

# Cuidados en la **vejez** en **América Latina**

Los casos de Chile,  
Cuba y Uruguay

Elaine Acosta González  
Floencia Picasso Riso  
Valentina Perrotta González

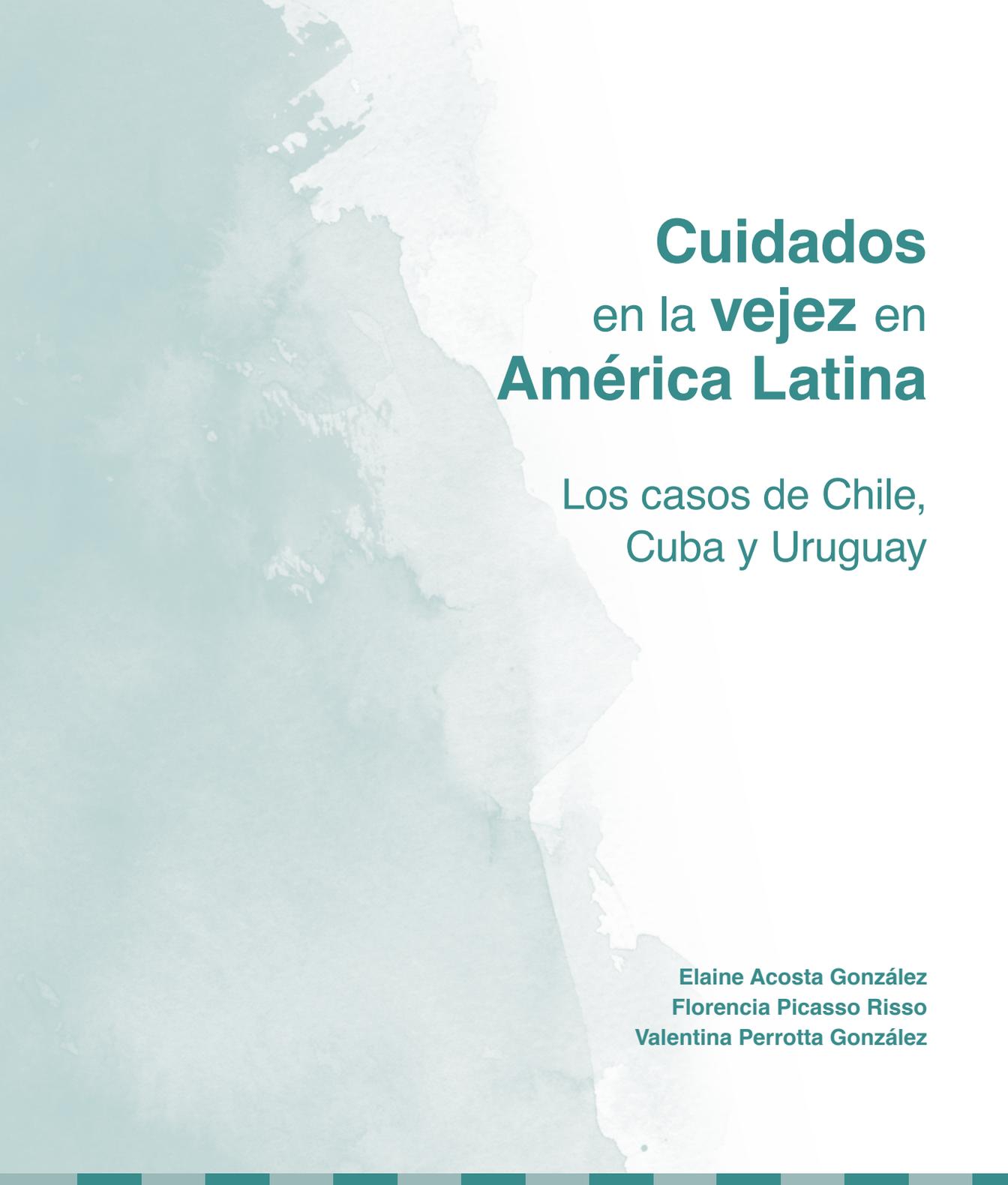


PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO  
DE INVESTIGACIÓN SOBRE CUIDADOS,  
FAMILIA Y BIENESTAR



Konrad  
Adenauer  
Stiftung

**SOPLA**



# Cuidados en la **vejez** en **América Latina**

Los casos de Chile,  
Cuba y Uruguay

Elaine Acosta González  
Florencia Picasso Risso  
Valentina Perrotta González



PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO  
DE INVESTIGACIÓN SOBRE CUIDADOS,  
FAMILIA Y BIENESTAR



Konrad  
Adenauer  
Stiftung

**SOPLA**

La Fundación Konrad Adenauer respeta y abraza la diversidad,  
por lo que las opiniones emitidas en este libro son de exclusiva  
responsabilidad de cada uno de sus autores.

ISBN 978-956-7684-20-5

**Observatorio de Políticas  
Sociales Comparadas sobre  
Cuidados, Familia y Bienestar  
en América Latina**

**Programa Interdisciplinario de  
Investigación sobre Cuidados  
Familia, y Bienestar (CUIFABI)**

**Programa de Políticas Sociales  
en América Latina (SOPLA)  
Fundación Konrad Adenauer**

**Editor Responsable**

Gunter Rieck Moncayo  
Director Programa Políticas Sociales en América Latina (SOPLA)

**Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.**

Programa Regional  
Políticas Sociales en América Latina (SOPLA)

Enrique Nercaseaux 2381  
751-0224 Providencia, Santiago de Chile

**Coordinadora Editorial**

Katrin Loebel Radefeldt  
Coordinadora Académica Programa Políticas Sociales en América Latina (SOPLA)

**Autoras**

Elaine Acosta González  
Flores Picasso Risso  
Valentina Perrotta González

**Editora Externa**

Lara Hübner

**Layout**

Alejandro Ubilla  
Marcela Veas

**Impresión**

Gráfica Funny

[www.kas.de/sopla](http://www.kas.de/sopla)

# Agradecimientos

Agradecemos a las y los informantes clave por el profesionalismo, compromiso y dedicación en el proyecto. El apoyo y los testimonios brindados por ellos facilitaron el acceso a la realidad de las políticas y programas sociales, a las normativas y las experiencias en torno a los cuidados en la vejez en los diferentes países.

Agradecemos especialmente a las investigadoras Teresa Abusleme (Chile), Ailynn Torres (Cuba), Valentina Perrotta (Uruguay) que actuaron como puntos focales y cuya orientación nos abrió el camino para acceder y propiciar alianzas y redes de investigación. Agradecemos, asimismo, a Carmelo Mesa Lago por su generosidad en las orientaciones metodológicas para la realización de la aproximación comparada y los aportes de Ailynn Torres en el trabajo con las entrevistas de Cuba y a Natalia Olivera por las transcripciones correspondientes a las entrevistas de Uruguay. También agradecemos la valiosa contribución y el apoyo brindado por el Cuban Research Institute de la Florida International University en Miami, en la figura de su director Jorge Duany, quien colaboró con entusiasmo en la estancia de investigación de la doctora Elaine Acosta, facilitando contactos y bibliografía, entre otros apoyos.

Finalmente queremos agradecer a Gunter Rieck, por la confianza y respaldo en esta línea de trabajo, así como su apoyo durante el transcurso de la investigación; y, en especial a la Fundación Konrad Adenauer por permitirnos emprender esta ruta que inicia y materializa la conformación del Observatorio de Políticas Sociales Comparadas sobre Cuidados, Familia y Bienestar en América Latina, horizonte y camino para la investigación, análisis e incidencia en materia de políticas sociales comparadas en la región



# Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>3</b>
<b>Prefacio</b> .....	<b>7</b>
<b>Prólogo</b> .....	<b>9</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>19</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>23</b>
A. El método comparativo de los casos.....	23
B. El proceso de selección de los casos: ¿casos/países más similares o diferentes?.....	26
C. Técnicas de obtención de datos.....	29
1) Recolección y análisis bibliográfico y de información secundaria.....	29
2) Entrevistas a informantes clave.....	30
<b>Aproximaciones teóricas: avances y desafíos en la construcción de un campo de estudio para comprender los cuidados en la vejez y el envejecimiento</b> .....	<b>33</b>
A. El redescubrimiento conceptual del trabajo de cuidados.....	33
B. Desigualdades múltiples en la provisión, distribución y apropiación de la responsabilidad social del cuidado hacia las personas mayores.....	35
C. Cuidados, vejez y envejecimiento: un problema incipientemente abordado por la investigación social en América Latina.....	36
D. La multidimensionalidad de los cuidados y la diversidad de la vejez: conflictos y resistencias en su consideración en el diseño e implementación de políticas públicas.....	39
<b>Chile</b> .....	<b>41</b>
A. Contextualización.....	41
B. Caracterización del envejecimiento poblacional en Chile.....	44
C. Marcos normativos.....	53
D. Análisis de la política social que promueve el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez.....	62
1) Estructura institucional: la creación de un servicio centrado en la atención y promoción de derechos de las personas mayores.....	66
2) El avance hacia la creación de un subsistema nacional de cuidados.....	69
3) Los recursos institucionales para la implementación de las políticas sobre envejecimiento y cuidados en Chile.....	70
E. Características de la oferta de cuidados.....	76
1) La familia como proveedor principal de cuidados hacia las personas mayores.....	80
2) La participación del mercado.....	82
3) Comunidad y tercer sector.....	83
F. Consideraciones finales y reflexiones del caso en relación con las políticas públicas.....	85
<b>Cuba</b> .....	<b>93</b>
A. Contextualización.....	93
B. Caracterización del envejecimiento poblacional en Cuba.....	98
C. Marcos normativos.....	107

1) Normativa constitucional.....	112
2) Normativa legal y reglamentaria.....	113
D. Análisis de la política social que promueve el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez.....	116
E. Características de la oferta de cuidados hacia personas mayores.....	123
1) Subprograma de Atención Comunitaria.....	124
2) Subprograma de Atención Institucional.....	125
3) Subprograma de Atención Hospitalaria.....	127
F. Consideraciones finales y reflexiones del caso en relación con las políticas públicas.....	133
<b>Uruguay.....</b>	<b>143</b>
A. Contextualización .....	143
B. Caracterización del envejecimiento poblacional en Uruguay.....	145
C. Marcos normativos.....	156
D. La política social que promueve el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez.....	160
E. Características de la oferta de cuidados hacia las personas mayores.....	168
F. Consideraciones finales y reflexiones del caso en relación a las políticas públicas.....	177
<b>La mirada comparada.....</b>	<b>183</b>
A. Existencia y adecuación de marcos normativos para la protección del derecho al cuidado en la vejez .....	183
B. Pertinencia y coherencia de las políticas públicas sobre envejecimiento y cuidados.....	186
1) Dimensión estructura y contenidos de las políticas .....	186
2) Dimensión institucionalidad de la política de envejecimiento y cuidados.....	189
C. Oferta programática de cuidados y atención a las personas mayores .....	191
<b>Consideraciones finales y recomendaciones.....</b>	<b>197</b>
Los principales desafíos y recomendaciones de política .....	201
<b>Anexo metodológico .....</b>	<b>217</b>
A. Coordinación logística del trabajo de campo.....	217
B. Pauta de entrevista.....	217
<b>Mapeo de los principales normativas y programas.....</b>	<b>221</b>
A. Mapeo Chile.....	221
B. Mapeo Cuba .....	235
C. Mapeo Uruguay .....	242
<b>Sobre las autoras.....</b>	<b>249</b>

# Prefacio

**Gunter Rieck Moncayo**

Director del programa regional Políticas Sociales en América Latina (SOPLA)  
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

El cambio demográfico ha impuesto enormes desafíos en el ámbito de las políticas sociales. Cuando el sistema público de pensiones alemán transitó en el año 1957 hacia el sistema de reparto y se dinamizó el pago de pensiones, el canciller federal Konrad Adenauer objetó a los críticos del modelo señalando que “las personas siempre van a tener niños!”. Hoy, Alemania reconoce mejor que ningún otro país la necesidad de corregir el sistema de pensiones que implica el envejecimiento acelerado de la población, así como la previsión social, en particular la salud y el cuidado, para que la política entregue soluciones sostenibles y financiables, centradas en la dignidad humana.

La Fundación Konrad Adenauer se compromete a nivel mundial con los principios de la economía social de mercado, que promueve un fundamento ético en el cual se basa el orden económico y social. El aprecio por la familia y por el compromiso del ciudadano es uno de los pilares de este exitoso modelo así como el deber de asegurar los riesgos de la vida en forma solidaria sin perder de vista el principio de subsidiariedad. Ludwig Erhard, considerado uno de los pensadores de la economía social de mercado, constató que “es necesario que el principio de subsidiariedad sea reconocido como uno de los principios de ordenamiento más importantes de la seguridad social y que la autoayuda, así como la responsabilidad personal, jueguen en lo posible un rol principal. La protección obligatoria del Estado debe tener sus límites ahí donde el individuo y su familia sean capaces de tomar precauciones bajo su propia responsabilidad y de forma individual”.

Si entendemos que, tal como se aprecia en este libro, en el cuidado durante la vejez, el individuo y su familia se enfrentan con frecuencia a limitaciones físicas y financieras y respecto de las cuales el Estado y sus instituciones intermedias deben jugar un rol muy relevante. El siguiente estudio compara tres sociedades latinoamericanas donde se produce un envejecimiento de la población más acelerado, primero se evalúa el *status quo* y a partir de él, se desarrollan propuestas concretas de política pública para su mejoramiento. Precisamente ahí radica —según mi opinión— el valor de este libro.

Espero que este profundo análisis enriquezca el debate sobre las políticas sociales en América Latina y contribuya a un aprendizaje recíproco. Pero principalmente, quisiera desearles a todas y todos los lectores una interesante y fructífera lectura.



# Prólogo

**Carmelo Mesa-Lago**

Catedrático de Servicio Distinguido Emérito en Economía  
y Estudios Latinoamericanos  
Universidad de Pittsburgh

Habiendo dedicado buena parte de mi vida académica al estudio de la política social y a los análisis comparativos, es natural que me atrajese este interesante y valioso libro que contrasta las políticas sociales en tres países pioneros del estado de bienestar en América Latina: Chile, Cuba y Uruguay. Además, se ocupa del reto clave del envejecimiento poblacional en la región y, por tanto, de la necesidad creciente de los cuidados durante la vejez. Elaine Acosta González, Florencia Picasso Risso y Valentina Perrotta González —las autoras— son especialista en el tema en la región. Por último, fui entrevistado por Acosta sobre el enfoque metodológico y el caso cubano. Por todas estas razones ha sido un gusto escribir este prólogo.

El libro es precedido por una Introducción y se divide en siete apartados: 1) metodología, 2) base teórica, estudio minucioso de la literatura y evolución de los cuidados a las personas mayores, 3) caso de Chile, 4) caso de Cuba, 5) caso de Uruguay, 6) comparaciones, y 7) conclusiones y recomendaciones. Un anexo metodológico ofrece toda la información sobre las entrevistas, incluidos los cuestionarios, y se presenta también una comprensiva bibliografía.

Las autoras aplicaron un enfoque ecléctico (países similares y diferentes) para la comparación: seleccionaron a los tres países más envejecidos de la región, que comparten algunas características —indicadores, procesos socio demográficos y ordenamiento en el índice de desarrollo humano<sup>1</sup>—, pero que tienen diferentes regímenes de bienestar y desempeños de las políticas sociales de vejez. Según las autoras, Chile sigue un modelo neoliberal o de mercado social, Cuba uno socialista de plan central estatizado, y Uruguay uno mixto. Después de sufrir regímenes autocráticos, Chile y Uruguay han tenido democracias pluralistas con alternancias en el poder, mientras que Cuba es un régimen autoritario, con partido único y escasas libertades civiles. No obstante, luego se dice que en la actualidad el régimen de bienestar chileno es de carácter mixto, mientras que

---

<sup>1</sup> Según el IDH 2015 ordenó a los tres países seleccionados como sigue: Chile (38 y 1), Argentina (45 y 2), Uruguay (54 y 3) y Cuba (68 y 6) correspondiente al lugar, primero, entre los 188 países y, segundo, en la región.

respecto de Cuba existe la dificultad de encasillar al país dentro de los enfoques tradicionales algo que, en mi opinión, se debe a que es un caso único en la región.

En el análisis comparado se siguieron tres criterios: i) marcos normativos que regulan y protegen a los que requieren cuidado en la vejez; ii) políticas sociales que promueven el derecho a cuidar y ser cuidado, y iii) oferta de programas y servicios de cuidados. Un componente importante del estudio fueron doce entrevistas (cuatro en cada país) que se hicieron sobre el envejecimiento y los cuidados de la vejez a la institución rectora, a la máxima autoridad de la política, al referente en la sociedad civil y a un experto o académico (en Cuba no se pudieron hacer las dos primeras a pesar de los esfuerzos).

Los apartados tienen acápites similares: contextualización (evolución histórica de los cuidados), envejecimiento poblacional, marcos normativos, análisis de la política social, oferta de cuidados hacia las personas mayores (los tres últimos son los criterios antes enunciados), y consideraciones finales y reflexiones respecto de las políticas públicas. El número y contenido de las tablas estadísticas varía (el caso cubano es el que más tiene); en los tres casos las relativas a gastos sociales presupuestales por tipo de receptor y los programas dedicados a los adultos mayores son similares.

El análisis de los tres casos son lo más abarcador y profundo que conozco sobre el envejecimiento y sus características. Cuba es el país más envejecido de los tres (el 19,8% de la población tiene 60 y más años), seguido de Chile (17,5%) y Uruguay (14%). Este último porcentaje está subestimado porque se basa en la población de 65 y más años, que se corrige con el índice de envejecimiento (personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años): Cuba 132,3, Uruguay 94,7 y Chile 81,4 —todos muy por encima de la razón de 44,7 en América Latina—. La proyección en Chile estima que los adultos mayores constituirán el 33% de la población en 2050, mientras que en Cuba se proyecta a un 30% en 2030<sup>2</sup>; respecto de Uruguay no se entrega este dato. En los tres países las mujeres están sobrerrepresentadas en este sector de la población (“feminización del envejecimiento”). El análisis minucioso de las características de los adultos mayores incluye género, educación, situación conyugal, ingreso, territorio, acceso a la salud, nivel de dependencia, pobreza, actividad laboral, apoyo familiar, acceso a crédito y vivienda (solo en Chile), participación social y calidad de vida. Sin embargo, hay muy escasas estadísticas sobre la raza: específicamente respecto del grado de envejecimiento de los pueblos indígenas en Chile y afrodescendientes en Uruguay, el que es inferior

---

<sup>2</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), *Anuario Estadístico de Cuba 2016, Edición de 2017*, La Habana, p. 23.

a la del resto de la población<sup>3</sup>; no hay disponible información respecto de Cuba, aunque los afrodescendientes constituyen al menos un 36% de la población total, una proporción mucho mayor que en los otros dos países.

Después del retorno a la democracia en Chile y, especialmente, desde comienzos del siglo XXI, el país ha sido un pionero regional con la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) en 2002<sup>4</sup>, así como de Chile Solidario en 2004, que está dirigido a ayudar a los adultos mayores en extrema pobreza, mediante la organización y coordinación de los servicios sociales en el sector público— y que se extendió progresivamente. También han sido innovadoras las re-reformas de salud (2006) y pensiones (2008), con la introducción de los “derechos explícitos garantizados” en ambos sectores y en la asistencia social, infundiéndole solidaridad social (inexistente en los previos sistemas privados), y mejorando la equidad de género. En 2009 se estableció un Sistema Intersectorial de Protección Social, cuya administración, coordinación y evaluación está a cargo del Ministerio de Desarrollo Social, y al cual en 2010 se agregó un subsistema de Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de discapacitados, y en 2016, un subsistema Nacional de Apoyo y Cuidados, focalizado en las personas con dependencia moderada y severa que se encuentran en el 60% de menores ingresos. En 2014 se creó un Comité Consultivo integrado por representantes de organizaciones de adultos mayores, de los prestadores de servicios y académicos. Se destacan los programas de participación de las personas mayores que cuentan con once organizaciones regionales y una confederación nacional. Chile firmó en 2015 y ratificó en 2017 la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores de la Organización de Estados Americanos, OEA, (en adelante la Convención).

El gasto social en Chile y la asignación a los adultos mayores y sus cuidados se ha incrementado notablemente: de 2001 a 2015, el gasto social creció en un 143%, a un promedio de crecimiento anual real del 6,5%. El gasto asignado a la protección social —tanto en pensiones contributivas y asistenciales, prestaciones por maternidad y enfermedad, apoyo familiar y exclusión social, entre otros— aumentó del 36,6% en el año 2000 al 39,1% en 2015, mientras que el de salud ascendió del 13% al 27,5% (ver tabla 2). El presupuesto de Senama se incrementó 31 veces de 2003 a 2017, sin considerar el gasto y la inversión que de otros ministerios y servicios públicos (como salud y pensiones); no obstante, se nota que aún es relativamente

<sup>3</sup> No se exploran las causas de este fenómeno, pudiera ser que estos grupos minoritarios tienen una esperanza de vida inferior a la media poblacional.

<sup>4</sup> El Senama ha logrado avances en los programas de atención al adulto mayor y ha mejorado sustantivamente la variedad de la oferta.

bajo comparado con otros programas del Ministerio de Desarrollo Social. En 2011, el 34,5% de los pensionados chilenos recibía la pensión básica solidaria y el 25,8% el aporte previsional solidario, porcentajes que se han incrementado en años recientes. Por otra parte, el 86,3% de los adultos mayores está cubierto por el sistema público de salud (de los 80 derechos garantizados de salud, 59 son para personas mayores); se eliminó el aporte del 7% que los jubilados y pensionados pagaban a salud y el Estado se hizo cargo de ese costo.

Valioso e innovador es el análisis del papel de la familia, el mercado, la comunidad y el tercer sector en los cuidados a adultos mayores. El 92% de los cuidadores son familiares y el 89% corresponde a mujeres; a su vez, el 25% de las personas mayores —en su mayoría mujeres— cuida a un nieto; un 68,7% de los discapacitados recibe apoyo familiar; solo el 9,7% de los mayores recibe cuidado de una persona o entidad dentro del sector formal. El 65,8% de las residencias de larga duración están en la capital, son privadas y con fines de lucro; el 31,5% son de organizaciones religiosas sin fines de lucro y solo el 2,6% son públicas; menos del 2% de los cuidados se hace por el servicio doméstico (mujeres), principalmente inmigrantes del Perú. Los costos de los servicios privados son altos y son reflejo de la gran desigualdad económica. El 98% de las personas vulnerables son atendidas por programas de la sociedad civil (en alianza con ONG, instituciones religiosas y asociaciones de inmigrantes) con transferencias fiscales, pero se observa una disminución de estos servicios.

A pesar de estos significativos avances, quedan problemas: hay acceso universal, pero sin estándares de calidad, el sistema de salud pública se concentra en los más pobres y menos sanos y aunque se ha incrementado notablemente su financiamiento fiscal, se sigue descansando en el cuidado ofrecido por las mujeres, hay una escasez de geriatras y un excedente de pediatras, pues existe un geriatra por 34.000 adultos mayores comparado con un pediatra por 1.270 niños. Aún no existen leyes adecuadas que rijan el tema, falta una apropiada fiscalización de programas y servicios; se requiere actualizar la ley de Senama, aumentar sus atribuciones y darle poder coordinador y vinculador con otros ministerios y entidades. La mayoría de los programas son de creación reciente y necesitan evaluaciones comprensivas, y los entrevistados concordaron en que las referidas evaluaciones permitirían identificar las brechas existentes.

Cuba enfrenta los desafíos más serios y urgentes del envejecimiento, lo que se combina con la falta de recursos para hacerles frente. Las mujeres están también sobrerrepresentadas en la fuerte emigración —con creces, la mayor en los tres países—, por lo cual se agudiza la disminución en la fecundidad interna al tiempo

que se acentúa el peso sobre las mujeres que quedan a cargo de los cuidados de los adultos mayores. El estudio detalla todas las normas existentes en distintos niveles pero concluye que: “es notoria la inexistencia de una legislación específica que promueva y proteja los derechos de las personas mayores y sus cuidados”; los derechos son mencionados de manera genérica, pero sin medidas en los códigos que protejan a dichas personas contra la vulneración de sus derechos; además los entrevistados señalan la “falta de articulación” entre la norma y su implementación, en parte por “la falta de recursos para garantizar su monitoreo, control y evaluación permanentes”. La descripción es similar respecto de las políticas sociales y la oferta de cuidados de las personas mayores, aunque destaca la toma de conciencia del envejecimiento, una mayor preocupación política sobre el tema, la creación de programas ad hoc, un aumento de casas y círculos de abuelos, así como hogares de ancianos, y un intento de mayor integración de los servicios. Cuba no ha firmado la Convención de 2015 porque no pertenece a la OEA.

No obstante, las estadísticas oficiales e información adicional muestran la insuficiente cobertura y el deterioro en la calidad de los servicios. De 2006 a 2015 el gasto social se redujo en 8 puntos porcentuales —tanto como porcentaje del presupuesto como del PIB— comparado con el incremento del 149% en Chile y del 88% en Uruguay. De 2007 a 2016, el número de hospitales en Cuba cayó en un 32%, pues se cerraron los que se encontraban en zonas rurales; el personal de salud menguó en un 22% y entre los médicos de atención primaria el descenso fue del 40%; a pesar de la caída en la tasa de natalidad y de la población de 1 a 14 años, hay pocos geriatras y un excedente de pediatras; los beneficiarios de la asistencia social mermaron del 5,3% al 1,6% de la población y el gasto en relación con el PIB declinó del 2,2% al 0,4%; la pensión media ajustada a la inflación se redujo a la mitad; el número de albergados mermó un 26% de 2003 a 2016, entre otros ajustes<sup>5</sup>.

Una sección muy interesante analiza el llamado tercer sector, que tiene dos vertientes. La primera corresponde al aporte de las iglesias mediante asilos, comedores para ancianos, limpieza de hogares, acompañamiento y baños, entre otros, así como la labor de Caritas. La segunda son las cuidadoras por cuenta propia —en su mayoría mujeres— aprobadas por el gobierno; el número de licencias creció quince veces de 2010 a 2013, llenando parte del vacío existente. Sin embargo, estas cuidadoras enfrentan muchas restricciones y su costo suele ser alto. No hay participación de la sociedad civil en las políticas estatales de adultos mayores.

<sup>5</sup> Las estadísticas del libro indican dicho descenso, el que se acentúa cuando se actualizan las cifras a 2016 (C. Mesa-Lago, “Bienestar Social en Cuba”, La Habana, *Cuba Posible*, 2017).

Se concluye que el modelo de bienestar cubano en los últimos 60 años fija como principios rectores la equidad y la cobertura universal, pero el diseño y ejecución de la política social tienen un “marcado carácter centralizado, verticalista, unitario y planificado... con un protagonismo absoluto del Estado... cada vez más excedido y debilitado en su gestión”; dicho modelo “se encuentra en una etapa de crisis”. Es necesaria la “revisión y actualización de la normativa nacional [para que] pueda responder de forma específica las necesidades actuales de la población envejecida, familias y cuidadores”; así como avanzar hacia el diseño y puesta en marcha de un sistema integrado de cuidado; asegurar la sostenibilidad financiera de los diversos programas; cambiar “el enfoque predominantemente salubrista” —la persona mayor como un problema de salud— hacia un enfoque gerontológico-comunitario y social en el envejecimiento; y reconocer e incorporar en la discusión a los diversos actores sociales, como ocurre en Chile y Uruguay.

El análisis de las características de las personas mayores en Uruguay incluye un dato que no se aborda en los otros dos países, aunque existe para Chile: el porcentaje de la población de 65 años y más que está cubierta por el programa de pensiones es de un 87,9%, uno de los más altos en la región; lo que es resultado de tres medidas introducidas desde 2009: i) mayor flexibilidad en el acceso a las jubilaciones; ii) una pensión asistencial para aquellos adultos mayores de 70 años y más que se encuentren en estado de vulnerabilidad o de 65 a 69 años que no tengan recursos para cubrir sus necesidades básicas; y iii) la concesión de un año de contribución a la pensión de las madres por cada hijo con un límite de cinco, lo que ha mejorado la equidad de género (Chile tiene un beneficio similar, pero no Cuba).

Uruguay tiene una larga historia en materia de bienestar social, que excepcionalmente no fue revertida por el gobierno de facto como en Chile, pero se marca una notable diferencia positiva desde que el Frente Amplio accedió al gobierno (2005-2020), por sus políticas sociales inclusivas con medidas como la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en 2005, a cargo de la política social, su coordinación, supervisión y evaluación (se fundó antes que en Chile y tiene mayores atribuciones); el establecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud que universalizó la atención e integró los subsistemas público y privado, lo que implicó la incorporación progresiva de jubilados y pensionados, y con participación de estos, los trabajadores y usuarios; la promulgación del Plan de Equidad en 2017 que integró reformas en protección social y desarrolló políticas de focalización (Programa de Asistencia a la Vejez); la fundación en 2009, dentro de la órbita del MIDES, del Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) la entidad rectora, de diseño, implantación y evaluación de políticas

sobre los adultos mayores; la creación en 2015 del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, dentro del MIDES, el que regula todos los servicios (a los niños hasta 12 años que son dependientes, los discapacitados y las personas de 75 años y más dependientes), reconoce el cuidado como un derecho, agrega servicios nuevos y expande los existentes, y tiene como objetivo la universalización de los cuidados<sup>6</sup>; la aprobación de una normativa (2016) que empodera al MIDES y el Ministerio de Salud para fiscalizar a los centros de larga estadía y fijar sus estándares de calidad. Por último, el MIDES ha elaborado e implementado dos Planes Nacionales de Envejecimiento y Vejez (2013-2015 y 2016-2019), encaminados a promover y proteger los derechos de las personas mayores; además se elaboró el Plan Nacional de Cuidados para 2016-2020. Uruguay firmó en 2015 y fue el primer país en ratificar la Convención de 2015 en el año 2016; la sociedad civil ha preparado un proyecto de ley para adecuar las funciones del Inmayores a la protección que plantea la Convención.

El gasto social en Uruguay cayó en el período 2002-2004 debido a la crisis económica —que incrementó la pobreza en los hogares al 30% de la población—, pero aumentó en un 83% de 2005 a 2012 (un 41% por encima del crecimiento del PIB) y redujo la pobreza al 6,4%, debido a las políticas sociales del Frente Amplio y a la creación del MIDES, lo que se desglosa para el año 2012 de la siguiente manera: un 50% a pensiones contributivas y asistencia social, un 24% a salud, un 18% a educación y un 6% a vivienda. El presupuesto de 2017 al Sistema Nacional de Cuidados asigna un 36% a la primera infancia (que tiene prioridad en los planes debido a la alta incidencia de pobreza), un 29% a los adultos mayores dependientes, un 22% a los discapacitados dependientes y el resto a gestión, supervisión y formación. Como en el caso chileno, el gasto social ha aumentado notablemente, mientras que en Cuba ha disminuido.

La oferta de cuidados a las personas mayores es escasa y dispersa, involucra a diversos prestadores públicos, privados y de la comunidad, con un importante grado de informalidad. Como en los otros dos países, la mayoría de la carga de cuidados recae en la familia, en su mayoría mujeres que laboran sin remuneración, y así lo percibe el 41% de la población. Respecto de los cuidados en el domicilio, el 47,5% cree que debe ser la familia, un 43,6% piensa que deben ser personas contratadas con ayuda familiar, y solo el 8% cree que deben ser las instituciones. Pero hay una estratificación por ingreso: los que tienen un nivel alto recurren a instituciones de calidad o personal especializado, mientras que los que tienen un

<sup>6</sup> El Sistema tiene la asesoría de un Comité Consultivo de Cuidados integrado por 16 delegados representantes de organizaciones de la sociedad civil vinculadas a cuidados, el principal sindicato de jubilados y pensionados, las entidades privadas que prestan servicios, y la academia.

nivel bajo de ingresos descansan en la familia; hay algunas alternativas estatales limitadas pero una gran proporción no tiene los estándares de calidad establecidos.

Todos los entrevistados reconocieron los grandes progresos alcanzados en los últimos 13 años, pero plantearon ciertas preocupaciones y medidas: hay que cambiar el enfoque medicalizado y tutelar de las personas mayores que mantiene el sistema de salud; dar prioridad a la prevención de la dependencia de los mayores; definir con precisión las metas, plazos, presupuestos y actores responsables; cambiar el sobrecargo de labor no remunerada del cuidado por las mujeres; eliminar el abuso y maltrato a la vejez (aunque Inmayores ahora está fiscalizando y detectando las violaciones); regular los servicios de cuidados y las funciones de sus trabajadores; el cuidado no debe limitarse a los enfermos, los discapacitados y los que sufren dependencia severa sino darse a todas las personas mayores, incluyendo a las que viven en zonas rurales o pequeñas localidades; incluir la salud mental.

El apartado comparativo del libro constituye un aporte profundo y pionero a la literatura. Con considerable esfuerzo, las autoras han logrado resumir en cuatro cuadros sinópticos todo el extenso material de los tres casos de estudio, identificando 18 variables clave en las áreas de i) la normativa, ii) las políticas de envejecimiento y cuidados, iii) la institucionalidad de dicha política, y iv) las características de la oferta. En cada una de dichas variables evalúan el desempeño de los tres países y ordenan a estos. Es imposible aquí siquiera resumir los resultados debido a la complejidad del ejercicio, pero en general, Uruguay es ordenado primero, Chile segundo y Cuba tercera.

En el apartado final de conclusiones y recomendaciones, se identifican los principales problemas encontrados en los tres países y se recomiendan políticas para paliarlos: i) actualizar y adaptar los marcos legales nacionales a las exigencias de la normativa internacional; ii) estimular y facilitar la investigación sobre el envejecimiento y los cuidados en la vejez; iii) ampliar y profundizar la participación de las personas mayores en el diseño e implementación de las políticas que les conciernen; iv) fortalecer las políticas que promueven el derecho al cuidado en la vejez; y v) consolidar y ampliar la oferta de atención y cuidados a las personas mayores. En cada una de estas recomendaciones generales se identifican políticas específicas basadas en los estudios de casos.

En Chile y Uruguay se ha avanzado de manera muy notable en la materia, especialmente bajo los gobiernos socialistas o social-demócratas, pero, aun así, se identifican necesidades pendientes y se proponen programas para resolverlas. Este ejercicio es importante para fijar metas y mejorar el cuidado de las personas

mayores a largo plazo, pero debería ser acompañado por un estimado de los costos y las fuentes de financiamiento en vista de la actual escasez de recursos. También hay que tener en cuenta las necesidades urgentes de otros sectores y áreas sociales, lo que genera tensiones y conflictos. Por ejemplo, en Uruguay se transfirieron recursos del cuidado a las personas mayores, alegando que son menos afectados por la pobreza, hacia los menores de 12 años que son más afligidos por esa lacra. Es una medida preocupante, pues se argumenta que dicho traspaso es incentivado porque la atención a la niñez es menos costosa que el cuidado a la vejez. Por otra parte, el costo de las pensiones aumenta cada vez más en Chile y Uruguay debido al envejecimiento y a las nuevas prestaciones otorgadas. Cuba avanzó mucho en los servicios sociales, pero eventualmente se encontró sin recursos suficientes para mantenerlos y tuvo que recortarlos, lo que provocó un serio deterioro en estos. La lección para los otros dos países es que deberían primero consolidar lo logrado y luego avanzar gradualmente con servicios que sean sostenibles financieramente, procurando un balance óptimo y justo entre las múltiples necesidades sociales, y también mejorando la eficiencia en la prestación de dichos servicios, un tema que demanda mayor investigación.

Es de esperar que en el futuro próximo, las autoras uniformen la data cuantitativa, por ejemplo, un estimado aunque sea aproximado de la cobertura de los programas, el gasto social asignado a los adultos mayores, e indicadores del impacto en pobreza, salud, niveles de vida y percepciones de los mayores (para esto último sería apropiado realizar una encuesta entre sector de la población)<sup>7</sup>. A esto se añadiría la información cualitativa que ya ha sido compilada. Con esta base podrían construir un Índice de Desempeño en la Atención a las Personas Mayores, asignando un puntaje a cada variable dentro de las cuatro categorías, así como a los nuevos indicadores cuantitativos. Dicho índice sería aplicable a otros países de la región para lograr una visión integral y evaluadora del tema y la identificación de los avances y vacíos existentes. Indudablemente, este libro es una contribución importante al tema del envejecimiento y los cuidados de los adultos mayores en América Latina, por lo que constituirá un modelo para estudios posteriores.

---

<sup>7</sup> Las autoras proponen “Desarrollar instrumentos de medición permanente de indicadores relacionados con los procesos de envejecimiento y los cuidados en la vejez”.



# Introducción

La profunda transformación sociodemográfica y el envejecimiento poblacional que conlleva constituyen un fenómeno nuevo para América Latina. Es sin duda una buena noticia en tanto da cuenta de los grandes avances en el desarrollo humano alcanzados en la región en los últimos años, pero, al mismo tiempo, abre nuevos desafíos para las personas mayores, las familias, la sociedad y el Estado. Algunos autores han advertido la magnitud y complejidad del asunto, señalando que se trata del inicio de la revolución más silenciosa de la historia de la humanidad, que carece de precedentes y cuyo alcance es impredecible (Arnold y otros, 2011).

En América Latina, considerar la necesidad de cuidados en las edades avanzadas como un 'riesgo social' es reciente, mientras que en los países desarrollados se instaló en los años setenta (Huenchuan y Roqué, 2009). Asumir la magnitud y complejidad del envejecimiento poblacional y sus consecuencias como un problema social prioritario —tanto en la agenda académica como en las políticas públicas— es urgente al menos por cuatro razones: i) porque el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia; ii) porque la población adulta mayor que precisa cuidados de forma permanente se encuentra en un innegable proceso de crecimiento; iii) porque el cuidado ha sido tradicionalmente una responsabilidad de las mujeres, quienes, por distintas razones, están menos disponibles para hacerse cargo de estas tareas, ya sea porque no pueden o porque no lo desean; y iv) por la insuficiencia y poca adecuación de los servicios sociales de apoyo a este grupo, por lo que la familia continúa absorbiendo los riesgos asociados a la pérdida de funcionalidad en la vejez.

Los desafíos que impone el envejecimiento poblacional en un contexto de crisis de los cuidados plantean la necesidad de generar investigaciones en temas de políticas sociales comparadas en la región. De esa forma, podrá apreciarse la manera en que cada régimen de bienestar ha ido gestionando y resolviendo el dilema de la organización social de los cuidados, en particular, respecto de aquellos servicios y necesidades que tienen las personas mayores como la seguridad social, los cuidados continuos (desde los informales hasta paliativos), el desarrollo de la autonomía y responsabilidad (capacidad y competencia en materia de salud), los modelos de atención comunitaria centrados en la persona y la prevención sanitaria, entre otros.

Como resultado de las presiones sociales y otros factores, se han puesto en marcha un conjunto de reformas en los últimos años en la región, que han tenido como objetivo ir incorporando a la protección social a importantes grupos de adultos mayores que, hasta entonces, no tenían acceso a ella. Se han aplicado

distintos modelos que tienen diferencias en los instrumentos legales y las institucionales, la adecuación de beneficios y sostenibilidad fiscal y económica de los nuevos programas, así como sus impactos e interacciones con otras áreas de políticas públicas como las vinculadas al mercado de trabajo, los sistemas de pensiones tradicionales, los programas de asistencia social y la creación de sistemas nacionales de cuidado. Esta diversidad ofrece un ámbito fecundo para el análisis y la evaluación de las políticas sociales sobre el envejecimiento y los cuidados. La investigación comparativa al respecto —todavía escasa— ha ido en aumento, pero aún presenta limitaciones en cuanto a sus alcances y contenidos.

En la mayoría de estos estudios se analizan los casos de Chile y Uruguay, sin embargo, Cuba es escasamente estudiada y, menos aún, en comparación con la región, entre otras razones, debido a la dificultad para encontrar datos que faciliten tal ejercicio metodológico. En algunas publicaciones de la CEPAL, se incorporan datos sobre Cuba, pero, por lo general, no se integran en los análisis, pese a ser uno de los países de mayor interés en materia de vejez y envejecimiento por ser el que ocupa los primeros puestos en relación con los distintos indicadores que lo avalan.

Atendiendo a esta carencia, con este libro nos propusimos desarrollar una aproximación comparativa considerando tres de los países más envejecidos de América Latina, pero incorporando el caso cubano (Cuba, Chile y Uruguay). Cada país presenta regímenes de bienestar diferentes y, en consecuencia, desarrollos disímiles en cuanto a las políticas y programas de atención a las nuevas necesidades de las personas mayores. Tal diversidad permite reflexionar sobre la complejidad de los desafíos, favoreciendo mayor incidencia académica y política en la formulación y mejora de las políticas sociales en torno a los cuidados en la vejez y el envejecimiento en la región.

Para efectos del análisis comparado se observaron tres campos:

- i) la existencia y adecuación de **marcos normativos** que regulan, promueven y protegen a quienes requieren cuidado en la vejez, así como los derechos de quienes proporcionan el cuidado en dicha etapa, en particular, de las mujeres.
- ii) la pertinencia y coherencia de las **políticas sociales** que promueven el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez.
- iii) la existencia, disponibilidad y accesibilidad de **programas y servicios** en que se proporciona cuidados a las personas mayores (hogares, mercado, comunidad y tercer sector y Estado).

Con este libro se pretende promover una línea de estudios de políticas sociales comparadas sobre los cuidados en la vejez y el envejecimiento que monitoree el estado de avance, los obstáculos y desafíos de las políticas sociales en torno al tema. El objetivo a mediano plazo es contribuir a la creación de un Observatorio sobre Políticas Sociales Comparadas en Familias, Cuidados y Bienestar en América Latina, que propicie el desarrollo de conocimiento académico y diálogo político-social (investigación, reflexión e incidencia) liderado por el programa interdisciplinario de investigación sobre Cuidados, Familia y Bienestar (CUIFABI) en alianza con el Programa Regional “Políticas Sociales en América Latina” (SOPLA) de la Fundación Konrad Adenauer.

El libro se organiza en siete apartados distribuidos de la siguiente manera: en el primer capítulo se desarrolla la metodología de trabajo, explicitando la estrategia de investigación, las técnicas de recolección de datos y los criterios de selección de los y las informantes calificados. En el segundo, se presentan algunas reflexiones teóricas en torno a la temática de los cuidados en la vejez y el envejecimiento en América Latina, reseñando las transformaciones sociodemográficas en el contexto regional y las conceptualizaciones emergentes. En los capítulos tres al cinco se desglosan los análisis de cada país, explicitando contextos, marcos normativos, orientaciones de la política social y descripción de la oferta programática sobre cuidados en la vejez en Chile, Cuba y Uruguay. El sexto capítulo destaca la mirada comparada, que revela algunas lecciones y aprendizajes producto del balance analítico de los tres casos. Por último, se presentan las consideraciones finales del trabajo, que buscan ser un aporte en tanto recomendaciones de política.



# Metodología

La estrategia empleada para esta investigación consistió en un estudio de casos múltiple o colectivo de carácter comparativo y exploratorio. Siguiendo a Yin (1989), se denomina estudio de casos múltiple o colectivo a aquel en el que cada caso es un instrumento para adentrarnos a las políticas sociales sobre los cuidados en la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva comparada. En este estudio se abordaron los casos de Chile, Cuba y Uruguay y las unidades de análisis para comprender las políticas sociales en cada contexto fueron los programas sociales, servicios, espacios institucionales y marcos normativos. Se trata de un estudio de caso con múltiples unidades de análisis.

Yin (1989) señala que el estudio de casos constituye una herramienta metodológica para examinar exhaustivamente la ocurrencia de un fenómeno, dentro de un contexto definido por el o la investigadora. Dicha estrategia permite utilizar múltiples fuentes y técnicas de relevamiento: documentos, observación, entrevistas y materiales diversos (fotografías y videos, entre otros). Asimismo, esta metodología es apta para estudios de diferente naturaleza —descriptivos, comprensivos y exploratorios—, pues posibilita la extensión de las indagaciones más allá de la operacionalización.

En relación con la aproximación analítica comparada de los casos múltiples, el procedimiento consistió en analizar, primero, los casos individuales de forma separada (análisis por dentro) y luego la totalidad, examinados en función de sus elementos comunes y distintivos (análisis cruzados) (Yin, 1989). Se trató de una aproximación comparada en un tiempo de investigación acotado (cuatro meses), con el objetivo de ir avanzando en los aprendizajes de las experiencias y procesos alcanzados. Sin embargo, dada la complejidad y alcance del tema y de los casos estudiados, es una línea de investigación que debe profundizarse en el contexto latinoamericano.

## A. El método comparativo de los casos

En la investigación se utilizó el estudio de casos comparativo mediante la aplicación de un enfoque ecléctico, como se detallará más adelante. Para tales efectos, se seleccionó un número de países manejable pertenecientes a una misma área geográfica (América Latina) y que, en términos de contenido, comparten la problemática común bajo análisis: un acelerado envejecimiento poblacional, pues los tres países se encuentran entre los más envejecidos de la región. Se comparan las políticas públicas en relación con los cuidados en la

vejez, aplicando consistentemente un marco común integrado de análisis, que considera las siguientes dimensiones:

- i) Marcos normativos que regulan, promueven y protegen a quienes requieren cuidado en la vejez
- ii) Políticas sociales que promueven el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez
- iii) Oferta de programas y servicios de cuidado (entre otros servicios de atención a las personas mayores).

Previo al trabajo comparativo en el tema, se revisaron los estudios comparativos en la región sobre regímenes de bienestar. Aunque la producción es escasa<sup>8</sup>, los análisis más recientes de Del Valle (2009<sup>9</sup>) y Martínez Franzoni (2007) destacan el trabajo de Filgueira (1998 y 2001), como el primero que acercó a Esping-Andersen a la realidad latinoamericana y avanzó hacia el análisis del período posreformas (1980-2000). La conclusión de Filgueira fue que, desde la década de 1980, los países —incluidos aquellos con una vocación más universalista en sus programas sociales como Argentina, Chile y Uruguay— han reorientado su matriz de bienestar, aunque de forma diferenciada: liberal en el caso chileno; corporativo a la continental en el caso uruguayo; y con mixturas híbridas en el caso argentino. Destacan además los aportes de Mesa-Lago (1998) sobre los sistemas de seguridad social en Latinoamérica, de Martínez Franzoni (2007, 2008, 2013) sobre regímenes de bienestar latinoamericanos y los estudios de Pribble (2011) donde se analiza el diseño de los regímenes de políticas sociales y su impacto en el bienestar material de las mujeres.

---

<sup>8</sup> Se señala entre los primeros estudios comparados de la región el de Mesa Lago (1989) donde, a partir de los sistemas de seguridad social propuso la existencia de tres tipos de países en América Latina: a) grupo pionero-alto, b) grupo intermedio y c) grupo tardío-bajo. En la actualidad, los países 'pioneros' se caracterizarían por una cobertura universal o casi universal en servicios de protección social básicos, una marcada estratificación en la calidad y condiciones de acceso de los mismos, un rango directamente estratificado de servicios para la población, y situación de masificación y déficit estructural en materia de recursos y gastos. El texto donde se desarrolla esta tipología que fue pionera es: C. Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social en América Latina* (Santiago de Chile, CEPAL, 1984) o su versión inglesa actualizada *Ascent to Bankruptcy: Social Security Financing and Development in Latin America* (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1989). El autor utiliza once variables para colocar a los 20 países de la región en esta tipología.

<sup>9</sup> Del Valle es crítico del concepto de régimen de bienestar puesto que al no profundizar sobre las formas de intervención del Estado en la economía no considera el rol del Estado en el desarrollo del mercado informal, tan ampliamente extendido en la región. En consecuencia, "tanto el concepto de 'Estado de Bienestar' como el de 'régimen' se presentan como analíticamente insuficientes para la comprensión del contexto latinoamericano" (Del Valle, 2009: 18).

La tesis de Barrientos (2004) —que sostiene que en las últimas dos décadas América Latina pasó de un régimen de bienestar conservador-informal, a otro liberal-informal— es confirmada por el trabajo de Juliana Martínez (2007), en el que concluye que todos los regímenes latinoamericanos son, en alguna medida, informales, en tanto una proporción de la población no puede lidiar razonablemente con los riesgos sociales mediante su participación en los mercados laborales o en los servicios públicos.

Del trabajo de esta autora, hay que resaltar que —frente a la escasez de estudios comparados en la región sobre el papel de la política pública en la generación del bienestar— es el primer estudio comparado de la región latinoamericana que avanza en la construcción de una tipología basada en los principales patrones de interacción entre mercados laborales, familias y política pública (familias, estados y mercados), considerando simultáneamente la estratificación socioeconómica y de género. Para ello hace uso del análisis estadístico comparado, combinando las tres esferas de producción del bienestar. Se distancia de las tipologías previas que se enfocan en la clase, como ella misma reconoce, considerando el estatus en general y la división sexual del trabajo en particular. Partiendo de la premisa de que los regímenes de bienestar se asientan en situaciones históricas concretas, se aproxima a los avances analíticos conseguidos en los estudios comparados en el contexto europeo, situando como telón de fondo la extrema desigualdad que caracteriza a América Latina, que continúa siendo la mayor del planeta. A partir de la identificación de conglomerados de países, el estudio reconoce y caracteriza tres principales regímenes de bienestar en América Latina.

Por su parte, respecto del envejecimiento destacan los aportes recientes de estudios que comparan políticas públicas sobre envejecimiento en los países del Cono Sur (FLACSO, 2015), el estudio del Banco Mundial sobre protección económica de las personas mayores (Rofman, Apella y Vezza, 2013) y el trabajo sobre envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina de Huenchuan (2016).

**Tabla 1**  
**Tipología de regímenes de bienestar en América Latina<sup>10</sup>**

Tipo de régimen de bienestar	Características principales	Países
<b>Estatal productivista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Estado interviene en aquellas áreas en que el mercado no resuelve o para aquella parte de la población para la cual el intercambio mercantil no es suficiente.</li> <li>• El carácter productivista alude a una búsqueda del Estado por ser funcional a las demandas del mercado y por compensar sus deficiencias.</li> <li>• El sector privado tiene un papel protagónico en la política social financiada 'del bolsillo' aunque con recursos públicos.</li> </ul>	<b>Chile</b> y Argentina
<b>Estatal proteccionista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las políticas enfatizan la protección social.</li> <li>• El Estado interviene en áreas que podrían ser de predominio del mercado, como la seguridad social, y para la población que no necesariamente se encuentra en condiciones de pobreza.</li> <li>• El carácter proteccionista alude a que hay áreas de la vida social que se mantienen bajo presencia estatal porque se considera necesaria sacarla o reducir su dependencia del intercambio mercantil, no solo en el financiamiento, sino también en la prestación de servicios.</li> </ul>	Brasil, Costa Rica, México, <b>Uruguay</b> y Panamá.
<b>Familiarista (con variante altamente familiarista)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gran peso de prácticas de producción informales</li> <li>• La mayoría de la población depende solo de arreglos familiares y comunitarios en el marco de mercados laborales y políticas públicas excluyentes.</li> <li>• El ámbito doméstico es central porque transforma a los hogares en unidades productivas y busca compensar la falta de empleo mediante la emigración y las remesas.</li> </ul>	a) Guatemala, Ecuador, El Salvador, Perú, Colombia y Venezuela. b) Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay (variante altamente familiarista)

**Fuente:** Acosta (2015) sobre la base de Martínez Franzoni (2007).

## **B. El proceso de selección de los casos: ¿casos/países más similares o diferentes?**

En la selección de los países para efectos de la comparación existen, según Mesa-Lago (2002) dos enfoques conflictivos y uno ecléctico. Si se trata de hacer una comparación relativamente controlada una posición apoya la cuidadosa

<sup>10</sup> En esta tipología no aparece clasificado el caso cubano, al no estar considerado en la muestra del estudio de Franzoni (2007). En un análisis más actualizado de la misma autora (Franzoni, 2017) se advierte la dificultad de incluir a Cuba en las comparaciones regionales debido a la falta de datos. Respecto del caso chileno, es importante hacer notar, como se verá en el análisis del caso, que se han comenzado a dar pasos importantes en los últimos años hacia el desarrollo de un enfoque de protección. Arriagada y Moreno (2012) consideran que estos cambios permiten hablar de un tipo de régimen mixto o híbrido. Sin embargo, aún no existe consenso en la literatura sobre cómo clasificar al régimen de bienestar chileno, considerando que se trata de cambios aún en curso.

selección de unos pocos países emparejados, que compartan características similares en una serie preseleccionada de variables. La otra posición sostiene que es preferible seleccionar un conjunto de países tan diversos como sea posible, entre los cuales el estudioso rastree procesos de cambio similares. Por su parte, el enfoque ecléctico argumenta que los conceptos similar y diferente son relativos y que los dos métodos conflictivos se pueden combinar siguiendo dos criterios fundamentales:

- i) Seleccionar un número razonable de países emparejados en un cierto número de variables —asegurando al menos similitud parcial y una comparación relativamente controlada—.
- ii) Analizar grupos dentro del conjunto seleccionado que sean tan diferentes como sea posible —permitiendo diferentes procesos de cambio—.

El estudio utilizó un método comparativo, siguiendo las recomendaciones generales señaladas por Mesa-Lago (2002) al seleccionar tres países de la misma área geográfica (todos de América Latina, dos del Cono Sur y otro del Caribe) y aplicar un enfoque ecléctico, por cuanto estos tres países comparten ciertas características similares en relación con indicadores y procesos sociodemográficos, aunque tengan modelos económicos y políticos diferentes. Se seleccionaron los tres países más envejecidos de la región (Cuba, Chile y Uruguay), cada uno con regímenes de bienestar diferentes y, en consecuencia, con desarrollos disímiles en cuanto a las políticas y programas sociales respecto de la vejez y el envejecimiento.

En lo referente al tamaño poblacional (ver tabla 2), se trata de países con un tamaño pequeño de su población en el contexto regional, siendo el caso uruguayo el de menor número de habitantes. Son países que presentan una baja tasa de crecimiento poblacional en relación con la tasa de la región, destacando el caso cubano por presentar el menor crecimiento, cercano al 0. Cuba también lidera el índice de envejecimiento, con una proporción de más de 130 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Le siguen Uruguay y Chile que prácticamente duplican el índice a nivel regional.

**Tabla 2**  
Indicadores demográficos seleccionados por país, 2016

País	Población (en miles a mitad del año)			Porcentaje de población de 60 años y más	Tasa global de fecundidad	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	Esperanza de vida al nacer	Tasa de crecimiento total (por 1.000)
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres					
América Latina	625.806	308.913	316.893	11,8	2,0	18,6	75,4	10,5
Chile	18.065	8.951	9.114	17,5	1,8	7,0	79,3	8,3
Cuba	11.425	5.720	5.705	19,8	1,6	5,4	79,4	0,4
Uruguay	3.443	1.662	1.780	19,1	2,0	11,0	77,4	3,5

**Fuente:** CEPAL-OBSERVATORIO DEMOGRÁFICO (2017) y CEPAL (2017).

La esperanza de vida al nacer es prácticamente la misma para las personas que viven en Cuba o en Chile, y levemente inferior para la población uruguaya. No obstante, en los tres países existe una mayor esperanza de vida respecto del promedio de América Latina. Sus tasas de mortalidad infantil son igualmente bajas comparadas con casi el 20% que todavía presenta la región. Destacan los casos de Chile y Cuba, que tienen tasas de mortalidad infantil muy bajas. Por último, la tasa global de fecundidad se comporta de manera más heterogénea: Uruguay presenta una tasa igual al promedio regional, mientras que Chile y Cuba tienen tasas inferiores al promedio.

Otro indicador relevante es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), pues respalda la potencialidad comparativa de los casos seleccionados, en la medida que ocupan los primeros puestos en la región. Así, Chile se ubica en el primer lugar en desarrollo humano en América Latina, con un IDH muy alto, mientras que Uruguay y Cuba se posicionan tercer y sexto lugar respectivamente, con un IDH alto (PNUD, 2016).

Sin embargo, los modelos políticos y económicos de cada país son diferentes, lo que hace más desafiante el análisis. En un extremo se encuentra Chile, que transita a inicios de los años noventa de un régimen militar autoritario hacia una democracia pluralista (con algunas limitaciones), con el cierre de la transición a inicios del siglo XXI caracterizado por una democracia más consolidada y con clara alternancia en el poder. En lo económico, Chile se rige por un modelo neoliberal impuesto durante la dictadura militar (1974-1989), que a partir de 1990 con los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia transita gradualmente hacia un mercado social con un creciente papel del Estado, en especial

durante en las administraciones socialistas de Ricardo Lagos y Michelle Bachelet (Mesa-Lago, 2002).

En el otro extremo se encuentra Cuba, que tiene un régimen autoritario de corte socialista y con partido único, por lo que existen pocas libertades civiles. La economía, desde inicios de la revolución socialista, se ha regido bajo un plan central en el que la mayor parte de la propiedad de los medios de producción está en manos del Estado. Con las reformas estructurales iniciadas en 2007, bajo el mandato de Raúl Castro, se producen un conjunto de transformaciones orientadas hacia el mercado, identificadas como las más importantes del período revolucionario. Una de las reformas más relevantes es la expansión del sector no estatal (Mesa-Lago y Pérez-López, 2013).

El caso uruguayo, por su parte, también experimentó un gobierno de facto entre los años setenta y ochenta, volviendo a la democracia a fines de la década de 1980. En 2005 accede el Frente Amplio al gobierno, siendo la primera vez para un partido de izquierda. En la actualidad está calificada como una de las democracias más estables y completas, según el Índice de Democracia<sup>11</sup>, ocupando el puesto 19 y siendo el único país latinoamericano en dicha categoría. Presenta un modelo de economía mixta.

## C. Técnicas de obtención de datos

En el estudio se aplicaron dos técnicas de recolección de información: i) recolección y revisión bibliográfica y de información secundaria, y ii) entrevistas a informantes clave. A continuación, se describe cada una de ellas.

### 1) *Recolección y análisis bibliográfico y de información secundaria*

Primero, se realizó una revisión bibliográfica de estudios nacionales y comparativos desarrollados en la región y fuera de ella sobre los tres casos en estudio. Además, del análisis de datos secundarios mediante el relevamiento de información proveniente de artículos, libros y revistas que dieran cuenta de la situación de las políticas sociales de cada uno de los países. Se revisaron además las principales estadísticas sociodemográficas a partir de la consulta de los censos nacionales, encuestas nacionales de caracterización sociodemográfica, encuestas de dependencia, de uso del tiempo, de calidad de vida del adulto mayor y de

---

<sup>11</sup> Más información consulte <https://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2018/01/daily-chart-21?fsrc=scn%2Ftw%2Fte%2Fbl%2Fed%2F>.

inclusión y exclusión social de las personas mayores, entre otras encuestas de carácter similar.

Luego se revisaron las normativas nacionales e internacional sobre cuidados, envejecimiento y vejez. Asimismo, se hizo una búsqueda exhaustiva en páginas web de distintas dependencias estatales y su correspondiente sistematización, en torno a las políticas sociales, programas y servicios destinados al cuidado y atención de las personas mayores y sus cuidadores, así como la sistematización de la documentación más importante generada por las propias instituciones nacionales.

## 2) Entrevistas a informantes clave

Para obtener una mejor aproximación a cada una de las realidades contextuales de los tres países, se entrevistó a informantes clave a partir de una pauta semiestructurada que incluyó las siguientes áreas temáticas: representación global del envejecimiento, la vejez y los cuidados, marcos normativos, políticas sociales, programas y servicios y desafíos y propuestas. En cada módulo se hicieron un conjunto de preguntas orientadoras a modo de buscar una mayor aproximación a los conocimientos de cada referente y su contexto en particular, experiencias y saberes (ver anexo metodológico).

Los informantes claves se seleccionaron a partir de un muestreo intencional de tipo opinático (Ruiz Olabuénaga, 2003) siguiendo un criterio estratégico personal, desde la definición de puntos focales orientadores en la materia (ver anexo metodológico).

En total se realizaron doce entrevistas, distribuidas de manera idéntica en cada país de la muestra (ver tabla 3).

**Tabla 3**  
Muestra entrevistas a informantes clave

Chile	Cuba	Uruguay	Total
4	4	4	12

**Fuente:** Elaboración propia

Respecto de los criterios de selección de los informantes, tal como se detalla en la tabla 4, se entrevistaron personas con distintos roles en relación con la temática de estudio. Así fueron consultados referentes de las instituciones rectoras en temáticas de envejecimiento y vejez, autoridades de la política de cuidados o sistema de cuidados (persona encargada de las políticas de cuidados específicas para personas mayores), referente de sociedad civil que nuclea a las personas mayores y académicos expertos en la temática de cuidados, vejez y envejecimiento.

Cabe señalar que en el caso cubano no fue posible acceder a los referentes de la política pública<sup>12</sup>, por lo cual, se consideró pertinente a los efectos del estudio ampliar la muestra a académicos especializados en la temática, quienes podían complementar la información de manera indirecta mediante sus estudios e investigaciones. A continuación, se presenta la información específica sobre los informantes claves que fueron seleccionados en función de los criterios anteriormente mencionados.

**Tabla 4**  
Informantes clave según criterios de selección

Criterios	Chile	Cuba <sup>13</sup>	Uruguay
<b>Referente de institución rectora en temáticas de envejecimiento y vejez (servicio, programa, instituto ministerio)</b>	Senama (Servicio Nacional del Adulto Mayor) Hernán Zapata, Jefe de la División de Coordinación Territorial		Inmayores Adriana Rovira, Directora de Inmayores
<b>Máxima autoridad de la política de cuidados o sistema de cuidados (persona encargada de las políticas de cuidados específicas para personas mayores si la hubiere)</b>	Ministerio de Desarrollo Social (encargado/a Chile Cuida-Sistema nacional de cuidados) Hugo Cuevas Jefe del Departamento de Diseño Metodológico del Ministerio de Desarrollo Social y encargado de Chile Cuida		Sistema de Cuidados- Secretaría Nacional de Cuidados Soledad Rodríguez Directora del Área Dependencia
<b>Referente de sociedad civil que nuclea a las personas mayores y/o referente de sociedad civil que demande por los cuidados</b>	Fundación Oportunidad Mayor Consuelo Moreno	Caritas Cuba Programa de Personas Mayores: Para personas adultas mayores en riesgo y sus familias Shirley Núñez Coordinadora Nacional Programa Personas Mayores	Red Pro Cuidados, Sub-comisión de Personas Mayores Margarita Percovich

<sup>12</sup> Es importante señalar que se hicieron numerosos esfuerzos, formales e informales, para conseguir las entrevistas en el caso cubano. Sin embargo, en algunos casos no se obtuvo respuesta después de reiterados correos electrónicos de solicitud, mientras que, en otros, se respondió negativamente debido a la no autorización de las respectivas jefaturas para dar las entrevistas. Esta situación se produjo tanto en quienes eran responsables de programas dentro de la política pública como en reconocidos centros de investigación especializados en la temática.

<sup>13</sup> Se contactó al Dr. Alberto Fernández, jefe del Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental del MINISTERIO DE SALUD, instancia que coordina el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor. No se recibió confirmación de participación. Se contactó a Humberto Arancibia, presidente de la Sociedad Cubana de Geriátrica y Gerontología. No se recibió respuesta.

Tabla 4 (continuación)

<b>Criterios</b>	<b>Chile</b>	<b>Cuba<sup>13</sup></b>	<b>Uruguay</b>
<b>Experto académico en la temática de cuidados, vejez y envejecimiento (universidades, centros de investigación)</b>	María Teresa Abusleme Académica, encargada de diseño de Plan Nacional de Demencias.	Teresa Orosa. Presidente Cátedra del Adulto Mayor, Universidad de La Habana.  Carmelo Mesa-Lago, Profesor Emérito Universidad de Pittsburg, EE.UU.  Sergio Díaz-Briquets, demógrafo. NTS Consulting.	Centro Interdisciplinario de Envejecimiento Línea Cuidados: María Carbajal

**Fuente:** Elaboración propia.

# Aproximaciones teóricas: avances y desafíos en la construcción de un campo de estudio para comprender los cuidados en la vejez y el envejecimiento

## A. El redescubrimiento conceptual del trabajo de cuidados

El redescubrimiento del trabajo de cuidados y su configuración como objeto de estudio tiene como trasfondo el escenario social de crisis de los cuidados, que alude no solo a la tensión en la provisión de cuidados derivada del distinto papel de las mujeres en las sociedades desarrolladas de finales del siglo XX (Hochschild, 2001), sino también a los cambios en los contenidos, protagonistas y circunstancias en las que ese trabajo se realiza en la actualidad. Como resultado, la crisis de los cuidados se ha convertido en un concepto heurístico que permite comprender los cambios demográficos, sociales, pero también económicos y políticos, registrados en las sociedades desarrolladas y aquellas en desarrollo en las dos últimas décadas. Dicho de otro modo, la crisis remite a un proceso de cambio social más amplio, ligado al cuestionamiento del estado de bienestar, al mismo tiempo que ha propiciado la discusión en torno a un trabajo imprescindible y desigualmente distribuido.

El cuidado es un concepto nuevo pero que alude a una vieja realidad (Tobío y otros, 2010) que, por naturalizada, no ha sido cuestionada y puesta en discusión hasta finales del siglo XX, cuando las teóricas feministas iniciaron el debate, convirtiéndolo en un fecundo y prometedor campo de investigación social. Lejos de ser una actividad natural, los cuidados, su significado y las formas en que se expresa, están atravesados por el género, el parentesco, la clase o la etnia. El cuidado o los cuidados han sido redescubiertos y se han ido ganando un espacio en la literatura académica (Carrasquer, 2013). El concepto forma parte de la producción científica en distintas disciplinas, aunque ello no significa consenso en cuanto a su definición y construcción como objeto de estudio (Letablier, 2007; Torns, 2008).

A pesar de su carácter polisémico, en la sociología contemporánea, es posible afirmar que se han dado importantes avances en la reflexión sobre la (re)emergencia de los cuidados como objeto de estudio, en el contexto de la denominada crisis de los cuidados y bajo el prisma de las desigualdades de género (Carrasco y otros, 2011). Es un concepto de suma utilidad para la investigación sobre la participación laboral femenina y el aporte de las mujeres a los sistemas de protección social. En este cruce, los cuidados se han definido

como un campo de investigación que involucra a diferentes actores, instituciones y formas de relación. Daly y Lewis (2000) lo han situado en la intersección de la familia y las políticas sociales, articulándose al mismo tiempo con los problemas de la ciudadanía y la inclusión social. En su propuesta conceptual de *social care*, las autoras dotan de contenido teórico al análisis del trabajo de cuidados, aludiendo a un trabajo socialmente organizado en el que participan distintos grupos, instituciones y espacios sociales, que se articula y distribuye de acuerdo con distintos patrones socioculturales y económicos.

Es un concepto dinámico y multidimensional que permite comprender los cambios y continuidades de los distintos arreglos institucionales en torno a los cuidados. Desde la sociología de la vejez, los sistemas de cuidados se insertan en el campo más amplio de la discusión académica sobre el apoyo social, pero al mismo tiempo ha servido para revisar el concepto de dependencia y su relación con el de cuidados, lo que ha ampliado el horizonte del debate. La sociología de las migraciones ha acuñado el concepto de cadenas globales de cuidado, que problematiza las estrategias de resolución de la crisis de los cuidados a través del reemplazo, entre las propias mujeres, en las tareas afectivas y de cuidado personal. Por su parte, la ética del cuidado no solo ha reactivado la parte de las emociones involucradas en el trabajo de cuidados a las personas, pues ha conseguido al mismo tiempo inspirar reivindicaciones a favor del reconocimiento social de este trabajo, concretamente en forma de remuneración, expresado en las fórmulas de salario familiar o maternal y de acceso a los derechos sociales. Con ello, el cuidado ha traspasado las fronteras del debate académico para convertirse en una cuestión política clave dentro de los debates sobre la reestructuración de los sistemas de protección social (Provoste, 2012; Rico, 2009).

La perspectiva teórica que asumiremos en este estudio se inscribe en la comprensión de la vejez y el envejecimiento desde la sociología del cuidado. En ese contexto, entendemos el cuidado como “una función social, un bien público y un derecho básico sin el cual no es posible concebir la existencia y la reproducción de la sociedad” (Rico y Robles, 2017), diferenciando y visibilizando las relaciones entre el proceso (envejecimiento) y la etapa o momento de la vida (vejez) y asumiendo la multidimensionalidad y heterogeneidad de ambos.

A partir de esta noción más amplia del cuidado, se ha podido avanzar —entre otros aspectos— en la revisión crítica del concepto de dependencia como una situación individualizada, basada en un supuesto de normalidad que marca la desviación, desde el cual se determina quienes no disfrutaban de una salud o un cuerpo normales. Esta revisión ha permitido reemplazar el perverso ideal de

autonomía —que establece una relación dicotómica con la dependencia— por un reconocimiento de la interdependencia social. Dicho reconocimiento supone situar a las personas en diversas posiciones y en un continuo de interdependencia. Implica además reconocer el carácter colectivo del sujeto del trabajo de cuidados, en tanto la necesidad de cuidados no se cubre nunca por una persona concreta, sino por redes sociales con distintos ejes y grados de responsabilidad e implicación (Pérez, 2006, p. 15).

Lo anterior se vincula además a un enfoque de derechos, que releva viejos y revisados derechos e inventa nuevos, pues no considera a las personas mayores como receptoras pasivas, sino como “sujetos responsables de una sociedad no jerárquica que apueste por poner la vida en el centro” (Junco y otros, en Pérez, 2006, p. 30). Desde el punto de vista teórico/metodológico, asumir esta postura lleva a develar las desigualdades (de género, parentesco, etnia, extranjería y clase social) producidas y reproducidas en las prácticas de cuidar y ser cuidado.

## **B. Desigualdades múltiples en la provisión, distribución y apropiación de la responsabilidad social del cuidado hacia las personas mayores**

Las actividades de cuidado no siempre se proveen, distribuyen o se apropian de manera igualitaria entre hombres y mujeres, entre mujeres de diferentes clases sociales, entre generaciones y, con la globalización, entre países. La vejez, así como la forma y condiciones en que se asegura el cuidado en dicha etapa de la vida, se ve afectada por múltiples formas de desigualdad y exclusión. A pesar de que los indicadores de mayor esperanza de vida pueden señalarse como logros de un mayor bienestar, existen evidencias de que una parte significativa de las personas mayores carecería de las oportunidades efectivas para disfrutar de una vejez digna, lo que se debe no solo a que las inequidades sociales aumentan con la edad (Arnold y otros, 2011), sino también a las dificultades de la política pública para anticipar y planificar los problemas derivados del aumento significativo de la demanda y las múltiples presiones ejercidas sobre la familia y, en particular, sobre las mujeres.

Si bien, el cuidado es una necesidad diaria de todas las personas, que adquiere formas diversas en función del ciclo vital, y del contexto histórico y cultural en el que se encuentra la persona (Precarias a la Deriva, 2004), cuando se llega a la vejez, muchas de estas necesidades de apoyo son en su mayoría cubiertas por la familia, porque se la considera como una responsabilidad fundamentalmente

privada (Sojo, 2011). Esto ha suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar que experimentan las personas mayores, poniendo una mayor atención a los mecanismos de apoyo social informales entre los que destacan el papel de los vínculos familiares (Guzmán y Huenchuan, 2005; Osorio y otros, 2011; Barros y otros, 2014). Es decir, las familias han asumido la responsabilidad por la asistencia económica y el cuidado de las personas mayores mientras que el Estado y las organizaciones de la sociedad civil han jugado un rol secundario (Arriagada, 2009; CEPAL, 2013; Acosta, 2015).

La sobrerrepresentación de la familia en el cuidado de las personas mayores está estrechamente condicionada por el lento e insuficiente desarrollo de los sistemas de protección social, que no han sido capaces de establecer sistemas sólidos de apoyo institucional para las personas mayores en condiciones de dependencia. El cuidado no es solo una actividad doméstica, aunque comúnmente se restrinja a ese espacio. El problema epistemológico y político que ello implica es que mientras lo doméstico siga siendo entendido como no-productivo, el cuidado seguirá siendo caracterizado de tal modo. Es necesario conceptualizar y desnaturalizar las categorías productivo y no-productivo, pero también entender que el cuidado es una actividad que sobrepasa el espacio doméstico-privado-familiar, que impacta fuera de esas instancias.

### **C. Cuidados, vejez y envejecimiento: un problema incipientemente abordado por la investigación social en América Latina**

Pese a que la vejez y el envejecimiento han sido abordados tradicionalmente con un enfoque biomédico desde perspectivas vinculadas a la salud (Osorio y otros, 2011), de forma incipiente pero constante, la investigación social en la región ha comenzado a incorporar los aportes de otras disciplinas y perspectivas teóricas, de manera que lo que hasta ayer había sido un patrimonio casi exclusivo de las ciencias de la salud, empieza cada vez más a preocupar a disciplinas como psicología, antropología, gerontología social o sociología.

Los esfuerzos hacia la mayor producción de estudios sobre vejez y envejecimiento han sido impulsados por los organismos internacionales, en especial Naciones Unidas, sobre todo a partir del 2002 con la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Huenchuan y otros, 2007). En los avances hay que reconocer la labor realizada por el CELADE y la CEPAL —mediante la División de Población— desde el año 2000 a la fecha. Estos estudios se han caracterizado por tener un carácter

descriptivo de los procesos de envejecimiento que viven las diferentes sociedades de la región, con tendencias prospectivas. Destaca la inclusión del enfoque de derechos (Huenchuan, 2009; CEPAL, 2017), el análisis de la institucionalidad (Huenchuan, 2016) y de las políticas públicas en la materia (FLACSO-CHILE, 2015).

La perspectiva macrosocial —que incorpora estas dimensiones— permite comprender el envejecimiento como un proceso donde el individuo es central —es él el que envejece—, pero ese envejecimiento tiene un impacto no solo familiar e intrasubjetivo, por lo que no puede ser explicado por las condiciones familiares y el contexto más cercano al adulto mayor, sino que en él operan instituciones, actores y procesos que han influido en ese período específico de la y durante todo el ciclo vital de la persona. Es por ello que el envejecimiento y los problemas asociados —por ejemplo, el maltrato— deben ser leídos desde un enfoque de derechos humanos, es decir, desde un modelo integrador, que abarque las perspectivas individuales, interpersonales, comunitarias y sociales (Huenchuan, 2014). En otras palabras, el reconocimiento de los múltiples procesos y factores que afectan el envejecimiento requiere ser entendido como asunto de política pública.

La consolidación de una institucionalidad pública centrada en la atención a las personas mayores ha facilitado la realización de estudios sobre el envejecimiento en los distintos países de la región, así como el levantamiento de información específica sobre este grupo, creando instrumentos específicos como las encuestas nacionales de dependencia, de calidad de vida del adulto mayor y de uso del tiempo, entre otras. La mayor disponibilidad de datos ha sido vital para facilitar la realización de estudios nacionales y comparados.

Una revisión preliminar<sup>14</sup> de la producción de la investigación social sobre políticas de cuidados en la vejez y el envejecimiento permite identificar la emergencia de un conjunto de problemáticas de interés en la comprensión de la vejez y el envejecimiento. Así aparecen como destacadas: i) el cuidado y las políticas públicas (Arriagada, 2009; Huenchuan, 2009; Flores-Castillo, 2012; Pérez, 2012; Calvo y Berho, 2014); ii) el maltrato o violencia intrafamiliar relacionado con personas mayores (Abusleme y Caballero, 2014); iii) las relaciones sociales y familiares, calidad de vida y bienestar del adulto mayor (Herrera y Kornfeld, 2008; Osorio y otros, 2011; Calvo, 2013; Del Pozo, 2014; Barros y otros, 2014); iv) capital social, participación

<sup>14</sup> Decimos preliminar porque las afirmaciones realizadas son de carácter exploratorio y se circunscriben a los tres países en estudio y algunos informes y publicaciones de carácter comparado en la región. Tampoco era un objetivo central de la investigación hacer un diagnóstico del estado de los estudios sobre el tema. Consideramos, no obstante, que una revisión del estado del arte permite diagnosticar con mayor profundidad los avances, vacíos y limitaciones de la investigación social sobre cuidados, envejecimiento y vejez en América Latina, lo cual sería muy útil de cara a su posible contribución al debate público y la incidencia en la formulación de políticas.

en asociaciones y satisfacción personal (Herrera y otros, 2014); v) características y condiciones de los cuidadores familiares (Comelin, 2014; y otros, 2015); y vi) género y envejecimiento (Osorio, 2007; Huenchuan y otros, 2010).

El estudio busca identificar las nuevas demandas resultantes del envejecimiento demográfico y sus consecuencias sociales, percibiendo que el cuidado hacia los adultos mayores es un fenómeno heterogéneo, que no es posible generalizar sin tener en cuenta las diferencias y múltiples desigualdades que lo atraviesan (género, clase y territorialidad, entre otros).

En cuanto a los enfoques desde los cuales se aborda el fenómeno, destaca el *enfoque de derechos* (Huenchuan, 2013), especialmente en lo relacionado con la vulnerabilidad de las personas mayores, promoviendo un modelo integrador de diferentes niveles: individual, familiar, comunitario, institucional-social (Huenchuan, 2014). Le acompaña otro de corte *sociopsicológico* (Arnold y otros, 2007; Calvo y otros, 2013), que presta atención a la dimensión subjetiva del envejecimiento, visibilizando a nivel del individuo o de grupos sociales cómo se refuerzan y reproducen procesos de discriminación y específicamente formas de maltrato estructural hacia las personas mayores. Al respecto han contribuido las publicaciones resultantes de las Encuestas sobre Inclusión y Exclusión del Adulto Mayor en Chile (Senama, 2011; Abusleme y otros, 2014). Otra aproximación que se incorpora en los estudios es el *enfoque de género* (Osorio, 2007; Arriagada, 2007), para dar cuenta del papel de las mujeres en la actividad del cuidado y de las consecuencias de la feminización del envejecimiento. Su uso ha permitido describir cómo el ser hombre o mujer afecta al proceso de envejecimiento, al tiempo que visibiliza el hecho de que el cuidado es una actividad cultural y numéricamente feminizada.

En cuanto a las aproximaciones metodológicas destacan las siguientes líneas de trabajo: por una parte, el análisis de normativas (Huenchuan, 2014; Mora, 2013) y, por otra, el de percepciones y estudios de opinión, por lo general, con la aplicación de cuestionarios estandarizados (Encuesta Nacional de Calidad de Vida). También existen análisis centrados en las políticas y programas dirigidas al adulto mayor (Briceño y otros, 2014; Abusleme y Caballero, 2014) y estudios intrafamiliares que se centran en el rol y funcionamiento de la familia como sostenedora de la actividad del cuidado y de las personas mayores (Del Pozo, 2014; Zegers, 2014). Se identifica además el enfoque de la construcción social de la vejez en las investigaciones sobre maltrato y demencia (Guajardo, 2013; Piña, 2014; Massad y Caballero, 2013; Soto, 2013; Guajardo y otros, 2015). Las investigaciones de Osorio (2007) y Osorio y otros (2011), por su parte, han abierto el camino para comprender la vejez examinando la huella biográfica.

## **D. La multidimensionalidad de los cuidados y la diversidad de la vejez: conflictos y resistencias en su consideración en el diseño e implementación de políticas públicas**

Las distintas nociones respecto del envejecimiento están determinadas por la variedad de interpretaciones sobre la vejez. La diversidad de la vejez, así como de los contextos sociales en que ella se produce, instala el reto del diseño e implementación de políticas sociales, que diferencien y visibilicen las relaciones entre el proceso (envejecimiento) y la etapa o momento de la vida (vejez), lo que exige dar cuenta de la multidimensionalidad y heterogeneidad de ambos. Al respecto, el concepto de *vejeces* (Romero y Dulcey-Ruiz, 2012) es de una enorme potencialidad por cuanto asume la diversidad humana, los contextos históricos y espacio-temporales en el proceso de vivir-envejecer y los procesos de devaluación dual del cuidado (Acosta, 2015).

Por su parte, las prácticas y representaciones en torno a la vejez y el envejecimiento están relacionadas con los significados que puede tener la idea de cuidados y con el valor, reconocimiento y obligatoriedad con que se identifique dicho trabajo (Carrasquer, 2013). Las investigaciones (Acosta, 2015; Batthyany y otros, 2013) muestran que —tanto desde la perspectiva de las personas mayores como de quienes las asisten— el cuidado es entendido como una actividad no gratificante, catalogada como esclavizante (como carga), altamente demandante de recursos físicos, económicos y afectivos; lo que, unido a las representaciones de la vejez como pérdida, influye en que se refuerce la percepción negativa con que es valorado este tipo de cuidados. El cuidado en la vejez visibiliza que la persona mayor que recibe atención se ubica en la categoría de sujeto dependiente y, por tanto, ha descendido en la jerarquía social que valora más a los individuos independientes y autónomos. Sin embargo, al mismo tiempo, puede constituirse en una actividad gratificante.

Los cuidados desbordan múltiples límites o fronteras como categoría analítica y unidad de análisis, evidenciando visiones dicotómicas en la significación de esta actividad, que muchas veces son reproducidas por el análisis social (Gonzálvez y Acosta, 2015) e incorporadas —o no— en el diseño e implementación de las políticas públicas orientadas hacia las personas mayores. El análisis de los cuidados en la vejez permite expresar, al menos, desigualdades de género, tensiones entre Estado, familia y personas que requieren cuidados, dicotomías y complementariedades múltiples (valorativas y analíticas) y mecanismos de desvalorización social (proceso de devaluación de la vejez vía el cuidado).

La dimensión biográfica y la relación con los cuidadores se reconocen, entre otros, como factores que influyen en la percepción de calidad de vida de las personas mayores (Osorio y otros, 2011). En ese sentido, el acercamiento a la experiencia subjetiva de los cuidados durante la vejez permite revelar cómo se constituyen las exclusiones en los sujetos del envejecimiento, en una dialéctica individual-colectiva, en parte predeterminada por las distintas expresiones de maltrato estructural, los imaginarios en torno a la vejez y las condiciones normativas que refuerzan esos imaginarios, y, por lo tanto, el tipo de vida de las personas mayores según las diferencias de clase y género.

Las narrativas y subjetividades involucradas en el trabajo de cuidado en la vejez están tensionadas por visiones dicotómicas que permean las significaciones sobre el tema, generando valoraciones sociales que posicionan o refuerzan la dependencia, la culpa, el altruismo, o la obligatoriedad, así como las imágenes tradicionales de género que asocian el cuidado a un rol que debe cumplir la mujer. Los significados de los cuidados en la vejez en la región (qué es cuidar bien, quién cuida a quién, dónde, a cambio de qué) están impregnados de una cultura familista, condicionada por la normatividad moral y jurídica desde la cual se derivan tanto mandatos como sanciones respecto de lo que se considera el buen cuidado.

Desde nuestra perspectiva, lo sustantivo para la definición de la vejez refiere a aquellos cambios subjetivos y estructurales producidos vivencialmente en el sujeto y no la prefijación etaria. Asimismo, entendemos el proceso de envejecimiento no es solo sociodemográfico, sino también sociopsicológico y subjetivo, en el que intervienen dimensiones políticas y socioeconómicas, constituyéndolo de modo complejo. El envejecimiento da cuenta además del predominio y aumento de personas mayores en la sociedad (envejecimiento poblacional), de los diferentes modos en que es vivida y representada la vejez en las prácticas de los sujetos y las instituciones sociales. Así, “las construcciones dominantes sobre la vejez hacen que este período de vida se convierta en un terreno social y cultural donde se disputan variadas concepciones de lo que es ser viejo o más bien, de lo que se pierde con la vejez. En el centro de debate se coloca a la vejez como un estado asociado a la condición de decrepitud, vulnerabilidad y marginalización” (Robles, 2005, p. 50).

## A. Contextualización

De acuerdo con Arriagada (2010), el análisis de la articulación entre las distintas esferas de producción del bienestar (Estado, mercado, familias y sociedad civil) ha situado a Chile —según las distintas tipologías desarrolladas en la investigación comparada sobre regímenes de bienestar en América Latina— en un modelo liberal de proveedor único, llamado también mercado-céntrico (Sunkel, 2007). En este modelo, al igual que en el régimen de bienestar estatal-productivista señalado por Martínez Franzoni (2007), se produjo un acelerado desplazamiento del rol del Estado a la prestación privada de servicios, en particular, de salud, educación y pensiones.

En el régimen de bienestar estatal productivista, el Estado interviene en aquellas áreas en que el mercado no se inmiscuye o para aquella parte de la población para la cual el intercambio mercantil no es suficiente. El carácter productivista alude a que el Estado busca ser funcional a las demandas del mercado y compensar sus deficiencias. El sector privado tiene un papel protagónico en la política social financiada *del bolsillo*, aunque con recursos públicos. Como resultado, amplios sectores de la población chilena quedan desprovistos, total o parcialmente, de la cobertura de servicios de cuidado y prestaciones sociales, dependiendo de programas focalizados con limitado alcance y escaso poder adquisitivo.

La conformación de la protección social en Chile es heredera de una larga tradición familística con vestigios de una fuerte estatización (inicios del siglo XX). El país tiene una larga trayectoria en materia de políticas sociales para el combate a la pobreza y la expansión del acceso a los servicios sociales de la población. Fue uno de los países pioneros en la región en la expansión de servicios de salud y educación básica gratuita, desarrollando organismos públicos especializados y prestaciones sociales en estos ámbitos (Robles, 2011).

Al situar históricamente el régimen de bienestar actual, Arriagada (2010) identifica tres períodos en la evolución de la política social: i) modelo paulatino de ampliación de la cobertura de bienestar hacia otros sectores sociales (1924-1973), ii) modelo neoliberal y privatizador (1973-1990) y iii) políticas mixtas posdictadura (1990 a la actualidad). El golpe de Estado de 1973 modificó profundamente el modelo de desarrollo y las políticas públicas, produciéndose una gran retirada del Estado que se reflejó en una significativa reducción del gasto público social, entre otros ámbitos. Estos aspectos delimitan en la actualidad un tipo de régimen de bienestar

que se clasifica como de carácter mixto o híbrido (Arriagada y Moreno, 2011), donde el cuidado —remunerado o no— continúa siendo responsabilidad principalmente de las mujeres.

Con la recuperación de la democracia, a partir de 1990, se conservan algunos rasgos del modelo anterior, pero se comienzan a dar pasos para la creación de un sistema de protección social que amplíe la cobertura institucional de los servicios en Chile. Emerge como eje de la acción política, con un fuerte énfasis en la población más pobre y vulnerable en el país, durante la década pasada, y se expande en la dirección de un sistema más amplio en cobertura y prestaciones, a partir de un enfoque de derechos, desde mediados de la primera década del 2000. De ese modo, se instalan una serie de medidas tendientes a mejorar la red de prestaciones sociales e inyectar recursos a los servicios públicos, con un fuerte énfasis en mejorar la focalización del gasto (Robles, 2011).

En general, los cambios producidos se orientaron a desmercantilizar en algún grado —mediante componentes solidarios— áreas clave de la política pública como la salud, la educación y las pensiones, optándose por la modalidad de cambios graduales y no estructurales en materia de política social. La evaluación de este proceso realizada por Martínez Franzoni (2007: 35) concluye que “el diseño de la actual arquitectura del bienestar en Chile refleja una combinación entre la moldeada durante la dictadura militar que tuvo lugar entre 1973 y 1990 y las correcciones introducidas bajo las administraciones del gobierno de centro-izquierda, agrupados en la Concertación de Partidos por la Democracia”.

Para consolidar este giro de la política social, el desafío de los últimos gobiernos se ha centrado en pasar de políticas asistenciales y compensatorias —basadas exclusivamente en atender las necesidades básicas de determinados sectores y grupos de población en situación de vulnerabilidad— hacia una política de reconocimiento de derechos. Sin embargo, en su diseño y puesta en ejecución se siguen priorizando, por una parte, a los sectores más pobres y, por otra, se descansa en la familia como pilar fundamental en la provisión de cuidado. Esto es notorio en la forma en que se concibe la Política Nacional promulgada en 1996 para hacer frente al envejecimiento, pues el Estado asume un rol subsidiario a favor de la persona mayor, tratando de superar el enfoque asistencial que había predominado hasta entonces, delimitando responsabilidades frente al cuidado de la persona mayor, propendiendo a un papel activo de la familia y de la comunidad. El énfasis está en que la responsabilidad por el adulto mayor se realice sin separarlo de su entorno habitual, estimulando su integración activa al medio social.

No hay que olvidar que un legado fundamental dejado por la dictadura militar fue la alta desigualdad, que se ha mantenido constante pese al crecimiento económico y la estabilidad. Estas desigualdades reflejaban además el efecto estratificador de las políticas sociales que establecieron una clara diferencia entre quienes podían (y debían) mercantilizar el manejo de riesgos y quienes no y, por lo tanto, se les procuraba el acceso a servicios estatales. El retraimiento del Estado ha significado una alta individualización, una alta vulnerabilidad de las personas y una recarga extraordinaria para las familias chilenas, que han pasado a estar en el centro de las tensiones, compensando el retiro y debilidad del Estado en la protección social, al mismo tiempo que han mitigado los impactos e inestabilidades asociadas a los ciclos económicos, particularmente determinantes en una sociedad donde el mercado ocupa un lugar protagónico.

Para enfrentar estos desafíos, durante la última década se han puesto en marcha innovaciones y reformas importantes en la protección social, que tienen como objetivo ampliar significativamente la cobertura de las prestaciones involucradas a lo largo del ciclo de vida y para el conjunto de la ciudadanía —pobres, vulnerables a la pobreza y no pobres—, y mejorar la calidad, oportunidad y equidad en el acceso a los servicios para la realización de sus derechos (Robles, 2011). Como rasgos de la política se instalan la noción de garantías y el enfoque de derechos al centro de su formulación. Junto con ello se fortalecen las articulaciones entre las prestaciones contributivas y no contributivas, de modo articulado en el campo de las jubilaciones y pensiones. Se observa en el caso chileno el desarrollo de un enfoque de protección como garantía ciudadana, aunque todavía en construcción (Cecchini y Martínez, 2011 en Robles, 2011).

La institución coordinadora de la política social en Chile —incluyéndola protección social— es el Ministerio de Desarrollo Social, que fue rebautizado en 2011. Su predecesor fue el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), creado en 1990. Entre sus objetivos figuraba contribuir en el diseño y aplicación de políticas, planes y programas en materia de desarrollo social, especialmente aquellas destinadas a erradicar la pobreza y brindar protección a las personas o grupos vulnerables, promoviendo la movilidad e integración social. Asimismo, es la institución encargada de velar por la coordinación, consistencia y coherencia de las políticas, planes y programas en materia de desarrollo social —a nivel nacional y regional— y evaluar los estudios de preinversión de los proyectos que solicitan financiamiento del Estado, determinando su rentabilidad social y si responden o no a las estrategias y políticas de crecimiento y desarrollo económico y social del país.

Desde la década de los ochenta, prioridad de la intervención pública —expresada en la política social y sus recursos— se ha focalizado en la población que vive en situación de pobreza y pobreza extrema, por lo que se ha diseñado una oferta de políticas de acceso exclusivo —como el sistema Chile Solidario— coordinada por el Ministerio de Desarrollo Social, así como subsidios que garantizan la gratuidad o el copago en el acceso a políticas sectoriales que están disponibles para el conjunto de la población (Robles, 2011). En la actualidad se configura como Sub Sistema Seguridades y Oportunidades.

## B. Caracterización del envejecimiento poblacional en Chile

Desde mediados de los años setenta, se señala el comienzo de la transición demográfica chilena, proceso que ha adquirido se ha acentuado en el presente siglo. El ritmo de crecimiento de la población de personas mayores ha sido el doble en relación con promedio nacional y al de los menores de 60 años, marcando un envejecimiento sostenido y acelerado (Huenchuan, y otros, 2007). Detrás de Cuba y Uruguay —que encabezan los procesos de envejecimiento en América Latina—, se encuentra Chile, que muestra un nivel de envejecimiento clasificado como de envejecimiento moderado avanzado (CEPAL-CELADE, 2009)<sup>15</sup>.

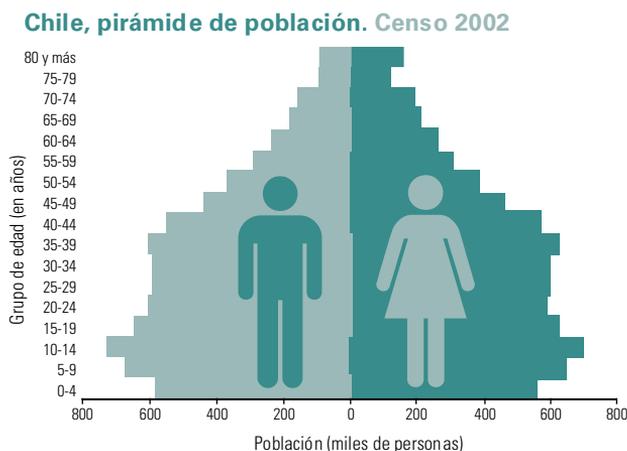
Como resultado de políticas públicas de salud, educación y protección social, la sociedad chilena ha experimentado un mejoramiento sostenido y permanente de las condiciones de salud de su población, experimentando una transición epidemiológica que ha conseguido un control significativo de las enfermedades infecciosas. A ello ha estado aparejado una disminución de la tasa de mortalidad para los segmentos más jóvenes de la población, un aumento significativo de la esperanza de vida y una reducción de la tasa global de fecundidad. En Chile se ha producido una drástica reducción de la natalidad y la morbilidad. La tasa global de fecundidad llega en la actualidad a 1,72 hijos por mujer (CEPAL, 2017), no alcanzando tasas de reemplazo.

Al observar las pirámides de población en los dos últimos censos se constata un cambio significativo de la composición por edades de la población. El número de adultos mayores aumenta considerablemente, pasando de 44 a 67 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años en solo 10 años (2002-2012). Dentro de este grupo, las mujeres tienen mayor presencia que los hombres.

---

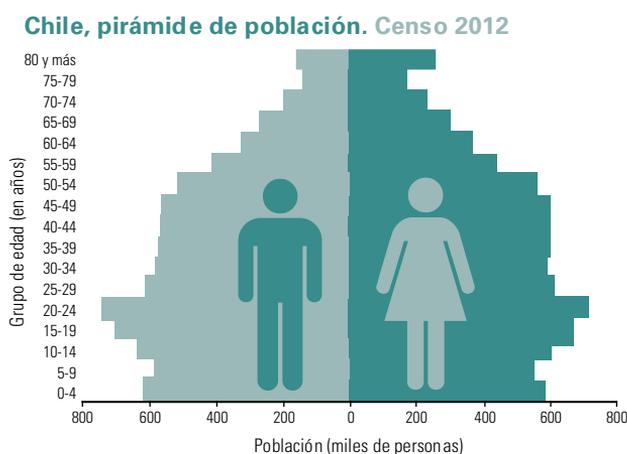
<sup>15</sup> Los niveles de envejecimiento de la población son heterogéneos en América Latina. Para captar este fenómeno, la CEPAL ha clasificado los países en cuatro grupos de acuerdo con sus niveles de envejecimiento: a) envejecimiento incipiente, b) envejecimiento moderado, c) envejecimiento moderado avanzado y d) envejecimiento avanzado.

**Gráfico 1**  
**Pirámide de población de Chile (2002) y (2012)**



**Índice de Adulto Mayor Censo 2002: 44,0**

**Hay 44 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años**



**Índice de Adulto Mayor Censo 2012: 67,1**

**Hay 67 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años**

**Fuente:** Censos 2002 y 2012.

En diciembre de 2015, la población chilena llegaba a los 18 millones de habitantes y el número de personas mayores era de 3.075.603, lo que representa el 17,5% de la población total (CASEN, 2015), porcentaje que ha hecho ingresar al país en el grupo III de envejecimiento (>15%) según la clasificación de CEPAL. El

crecimiento de este grupo ha ocurrido en forma acelerada cuando se observa que en el año 1990 las personas mayores representaban solo el 10% de la población.

Los resultados del Censo 2017 muestran que a la par que crecen los mayores, el grupo de 0-14 años ha disminuido progresivamente, pasando de representar un 28% de la población en 1990 a un 20% en 2015. Por su parte, la cohorte de 15 a 64 años aumenta su peso, pasando de un 64% al 68,6%. Entre el censo de 1992 y el de 2017 disminuye la dependencia de menores mientras aumenta la de mayores. La relación de mayores (65 años y más) / menores (0 a 14 años) se triplica en el mismo período. El índice de dependencia demográfica de personas mayores ha pasado del 12,2 en 2002 a 16,6 en 2017 (Censo, 2017).

Según las proyecciones, se estima que el incremento de las personas mayores continuará hasta alcanzar un tercio de la población en 2050 (CEPAL, 2017). Chile tiene una vejez aún joven, por cuanto el 75% de las personas mayores tiene entre 60 y 75 años. Aunque algunos expertos consideran que todavía no se está en la etapa de envejecimiento dentro del envejecimiento, se constata un creciente ritmo de sobre-envejecimiento de la población, con un aumento de los mayores de ochenta años, lo que redundará en una mayor presencia del grupo de nonagenarios y centenarios (Arnold y otros, 2011). Al 2015, los mayores de 75 años representaban el 30% de la población mayor (CASEN, 2015).

La esperanza de vida al nacer (EVN) alcanzó 79,3 años para ambos sexos en 2016. El indicador registra significativas diferencias en cuanto al género. En el caso de los hombres, la cifra es de 77,2 años y para las mujeres, 82,2 (CEPAL, 2017). Téngase en consideración que en 1950 esa cifra era de 55 años; los hombres tenían una esperanza de vida al nacer de 53 años y las mujeres de 57. En la actualidad, las personas en Chile que cumplen los sesenta años esperan vivir en promedio 24 años más, por lo que la vejez se constituye en una de las etapas más largas de la vida (Red Mayor, 2017).

La composición por sexo de la población mayor registra diferencias importantes. Las mujeres son mayoría, pues representan el 57,3% de población mayor, mientras que los hombres un 42,7% (CASEN, 2015). El índice de feminidad entre la población mayor para el 2015 indica una tasa de 134 mujeres por cada 100 hombres, registrando un incremento sostenido desde 1990 cuando esta proporción era de 123 por cada 100. Es importante hacer notar además que entre la población mayor el índice de feminidad es más alto (134) que cuando se calcula para la población total (111). El índice también crece según aumenta la edad, de tal modo que en el grupo de 75 años y más la tasa alcanza 157,9 mujeres por cada 100 hombres.

Los altos índices de feminización dentro de este grupo etario, unido a las desigualdades de género y su expresión en los roles asumidos por hombres y mujeres en la sociedad y en especial en el ámbito familiar, permiten sostener que más que un envejecimiento poblacional, Chile vive un envejecimiento poblacional feminizado. El término feminizado, en este caso, apunta no solo a la mayor presencia cuantitativa de las mujeres en término de los indicadores demográficos, sino al carácter social y cultural de la vejez, marcada por prácticas y representaciones tradicionalmente atribuidas al ser mujer.

El envejecimiento en Chile se ha producido entonces en un triple sentido: i) un aumento relativo de la población de 60 años y más respecto del total de la población, ii) un proceso de envejecimiento de la vejez, a través del aumento relativo de los más viejos (75 años y más) dentro del grupo de 60 años y más, y iii) un proceso de feminización de la vejez.

En cuanto a la distribución territorial, por zona de residencia, la población mayor se encuentra desigualmente distribuida, concentrándose fundamentalmente en las zonas urbanas (84%). En las zonas rurales vive el 15% de la población mayor. Por su parte, el índice de envejecimiento<sup>16</sup> registra una diferencia importante entre las zonas rurales y urbanas, siendo las zonas rurales las más envejecidas (CASEN, 2015). Es importante el cambio en este indicador en las últimas dos décadas: en 1990 apenas se registraban diferencias en el índice de envejecimiento por zona y al año 2015, las zonas rurales muestran un índice de 100,7 frente a un 83,9 de las zonas urbanas.

La distribución geográfica de las personas mayores muestra diferencias entre regiones: la mayor concentración se encuentra en la Región Metropolitana con más de un millón de adultos mayores, seguido de Biobío y Valparaíso. Según el índice de dependencia demográfica<sup>17</sup> Antofagasta (56), la Región Metropolitana (58) y Magallanes (60,6) tienen menores índice de dependencia (CASEN, 2015). Por otra parte, de acuerdo con el índice de envejecimiento las regiones más envejecidas son Valparaíso (107), Magallanes (106), Biobío (99) y Los Ríos (97). Las regiones menos envejecidas se concentran en el norte del país (Tarapacá, Antofagasta y Atacama).

Este mismo índice es medido en relación con la pertenencia a pueblos indígenas: la población más envejecida no pertenece a estos pueblos. Este indicador

<sup>16</sup> Entendido como la tasa de personas de 60 años y más por cada 100 personas menores de 15 años, población por zona.

<sup>17</sup> El índice de dependencia demográfica señala la relación entre la población en edades potencialmente inactivas o dependientes (menor de 15 años o de 60 años y más) respecto de la población en edades activas o no dependientes (comprendida entre 15 y 59 años) y se define como el cociente entre ambas poblaciones multiplicado por 100.

arroja una gran diferencia entre quienes pertenecen o no a un pueblo originario, puesto que quienes pertenecen a pueblos indígenas presentan un índice de 43 frente a un 91. Esta situación puede atribuirse, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a que los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana y, en términos generales, tienen una peor salud que el resto de la población<sup>18</sup>, tendencias que reafirman los datos de la encuesta CASEN (2015) para el caso chileno.

A nivel territorial las estrategias de provisión de cuidados y su reparto entre el Estado, la familia y el mercado evidencian la reproducción de las condiciones de desigualdad en la vejez. La Encuesta Nacional de Dependencia (2009) destaca que la dependencia se presenta de manera desigual espacialmente, ya que las peores condiciones de vida y niveles de dependencia de las personas mayores se encuentra entre quienes viven en zonas rurales, en especial las mujeres. Del lado de la oferta de servicios de cuidado también existe una gran variación y desigualdad comunal y regional.

En relación con la **situación conyugal** de las personas mayores, la mayoría se encuentra casado (50%), seguido de los viudos (22,7%) y los solteros (11,7%). Entre los casados, la mayoría son hombres (64,5%), mientras que entre las mujeres la mayoría es viuda (31,7%) y solteras (14%). Respecto de la presencia en los hogares, en el 40% de los hogares chilenos vive al menos una persona mayor, conviviendo 2,9 personas en promedio. Las personas mayores que viven en hogares unipersonales ascienden a un 13,1%, cifra que va en aumento (Red Mayor, 2017). De acuerdo con la zona de residencia, los hogares con presencia de personas de 60 años y más se encuentran en las zonas rurales (44,8%), mientras que en las urbanas es de un 39,4%.

Al comparar el nivel socioeconómico con otros grupos etario, las personas mayores tienen una presencia más significativa (63%) en los quintiles de más bajos ingresos (I-III) (CASEN, 2015), pues a medida que avanza la edad en la vejez el nivel socioeconómico disminuye, de manera que el porcentaje de participación en los quintiles de más bajos ingresos es mayor entre quienes superan los 75 años. En la medición de los niveles de pobreza por grupos etarios, entre las personas en situación de pobreza por ingresos son los mayores quienes registran los menores niveles. Sin embargo, cuando se mide la pobreza multidimensional por grupos de edad, considerando el entorno y redes, las personas mayores junto con los niños y jóvenes son los grupos que poseen los más altos porcentajes de pobreza.

---

<sup>18</sup> Más información en la página web de la Organización Panamericana de la Salud: [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=83:salud-pueblos-indigenas&Itemid=213](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=83:salud-pueblos-indigenas&Itemid=213).

En relación con la vivienda, la mayoría de las personas mayores en Chile cuenta con vivienda propia (81,3%), mientras que un 6,9% arrienda. Si se tiene en cuenta la calidad, el índice arroja que las personas mayores cuentan con condiciones de habitabilidad, teniendo en cuenta la tipología, materialidad y acceso a servicios básicos del lugar donde viven.

Los factores socioeconómicos también discriminan respecto de las posibilidades de recibir cuidados de las personas mayores. En relación con esto, el 21,4% de los hombres mayores del tercer decil socioeconómico inferior rara vez o nunca recibe apoyo económico y solo el 7,8% de los coetáneos del tercer decil superior (octavo decil) se encontraba en la misma situación (Huenchuan y Roque, 2009). Para compensar estos déficits, la Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2013) muestra que el 64,5% de las personas mayores que continúan trabajando lo hace por necesidades económicas. En este contexto, según el estrato socioeconómico al que pertenezcan las personas mayores, existe un acceso diferenciado a los servicios de seguridad social, jubilaciones, seguros de salud y redes familiares adecuadas (CEPAL, 2013).

Así, el nivel de ingresos es una variable que incide de manera significativa en la desigualdad en la vejez puesto que determina tanto el acceso a los sistemas institucionales como a los informales de apoyo: los más afectados son los sectores medios-medios y medios-bajos, quienes, respecto del acceso a servicios sanitarios y a una previsión social adecuada, están en una condición precaria, lo incide en un alto endeudamiento personal y familiar, acompañado de pérdidas crecientes de apoyo social y de su núcleo. La misma encuesta muestra un nivel de endeudamiento elevado en las personas mayores (28%), sobre todo entre quienes tienen de 60 a 74 años y entre las que solo cursaron hasta educación media. Respecto del acceso al crédito, un porcentaje considerable de las personas mayores no tiene acceso y cuando lo tiene proviene del comercio y no de los bancos. Solo un 11,6% tiene tarjeta de crédito bancarias, mientras que un 28,1% las tiene del comercio. Un tercio cuenta con tarjeta de débito y menos del 10% tiene chequera o línea de débito (CASEN, 2015). El 21,2% recibe una pensión básica solidaria, y el 0,6% participa en el Programa Chile Solidario (Red Mayor, 2017).

La información educacional de la encuesta Casen (2015) muestra que existe un 8,5% de analfabetismo en la población mayor de 60 años comparado con el 3,1% que se registra a nivel nacional. Esta tasa se eleva al 15% en las personas con más de 85 años y al 20% en aquellos que viven en las zonas rurales. El promedio de años de escolaridad es significativamente menor en las personas mayores (8 años) que en el resto de la población, donde asciende a más de 10 años de escolaridad.

Sin embargo, hay un porcentaje no despreciable de adultos mayores que se han alfabetizado digitalmente y reportan estar utilizando internet en un 22%.

Respecto de la actividad laboral de las personas mayores en Chile, la tasa de participación laboral al 2015 era de un 29,5%, porcentaje que se ha incrementado desde el año 1990 cuando era de un 22% (CASEN, 2015). Según el tipo de jornada, el 46,4% lo hace en jornada completa, el 7% en jornada parcial y un 2,7% en jornada prolongada. El 57% trabaja como empleado, obrero o en servicio doméstico, mientras que un 42% trabaja por cuenta propia o son empleadores. En este grupo etario se reproduce el patrón desigual de participación laboral que se manifiesta en el resto de los tramos de edad. Las mujeres mayores participan mucho menos del mercado laboral que los hombres, al igual que quienes pertenecen a los quintiles de más bajos ingresos. Por su parte, las regiones también muestran desiguales tasas de participación. Las personas mayores reciben en promedio menos ingresos cuando participan del mercado laboral que el resto de la población, siendo las mujeres las más afectadas. Mientras ellas reciben en promedio 315.537 pesos, los hombres mayores ganan 507.536 pesos.

En relación con las redes de apoyo de las personas mayores, la encuesta CASEN (2015) señala que en sus hogares se les facilita fundamentalmente los traslados, el apoyo en caso de enfermedad y ayuda económica en caso de emergencia. Por su parte, las personas mayores ayudan en el cuidado de niños y niñas, y personas con discapacidad, entre otros. El Estudio Nacional de la Dependencia señala que las personas mayores reciben a diario o casi todos los días, la visita de sus parejas, hijos, nueras o yernos y nietos. En referencia a los amigos, el 40% declara recibirlos con la misma frecuencia anterior. En general, las mujeres mayores declaran ser más visitadas por la familia, mientras que los hombres por los amigos. Las personas con algún grado de dependencia reciben visitas con menores niveles de frecuencia. Es importante destacar que sobre el 60% de las personas mayores declara que tendría a quién recurrir en caso de necesitar ayuda. La actividad más común entre las personas mayores es ver televisión (89%). Un 32% lee diarios o revistas a diario y un 48% declara practicar actividades recreativas (Senama, 2010).

Respecto de la situación de salud, la gran mayoría de las personas mayores está afiliada al sistema público de salud (85%). En cuanto a la calidad de la atención, el 33% señala que hay algún problema a la hora de recibir atención médica, debido a dificultades para conseguir una cita de atención o por presentar problemas en el establecimiento para ser atendido (demora o cambios de cita). El nivel de cobertura de enfermedades se ha ampliado, sobre todo para la población mayor, lo que queda de manifiesto en que un gran porcentaje de personas mayores (83,5%)

que en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que fue cubierta por el sistema AUGE-GES. Este porcentaje no solo es mayor al del resto de la población, sino que se ha ido incrementando desde el año 2011 al 2015 (CASEN, 2015).

En cuanto a las condiciones de salud (MINSAL, 2014) se destaca que, a nivel poblacional, el 83% del total de la carga de enfermedad en las personas mayores se concentra en ocho grupos de causas, principalmente neuropsiquiatrias (23,2%), enfermedades digestivas (15,8%) y enfermedades cardiovasculares (12,1%). Por su parte, las enfermedades respiratorias presentan la mayor prevalencia en este grupo etario, deteriorando su calidad de vida y provocando un alto porcentaje de muertes (Red Mayor, 2017). Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (ENS), la prevalencia de los factores de riesgo y patología cardiovascular en este grupo etario, indican que el 96,1% presenta sedentarismo, el 75,4% cumple parámetros de obesidad abdominal y el 74,6% hipertensión arterial. La diabetes mellitus tipo 2 alcanza al 26% de este grupo etario. Según los registros del EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor), solo un 7% de las personas mayores hace alguna actividad física (MINSAL, 2014).

Las enfermedades asociadas al deterioro cognitivo —en especial el aumento de todo tipo de demencias— es un factor preocupante en la salud de las personas mayores, por cuanto se sabe que la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en este grupo. En Chile, la enfermedad de Alzheimer pasó de ser la vigésima novena causa de muerte en 1990, a la quinta en 2013, lo que implica un aumento del 526% en estas dos décadas (Red Mayor, 2017).

En cuanto al nivel de dependencia funcional, es importante destacar que la gran mayoría de las personas mayores en Chile es autovalente (85,5%). Se registra un 14,4% de dependencia funcional y dentro de ellos un 6,2% presenta dependencia moderada, un 4,5 tiene una dependencia leve y un 3,7% experimenta una dependencia severa (CASEN, 2015). Los niveles de dependencia aumentan con la edad, registrándose en las personas de 80 años y más porcentajes de un 17 y 13% de dependencia moderada y severa respectivamente. Los mayores niveles de dependencia se registran en los hogares de los quintiles con más bajos ingresos, toda vez que en el quintil I hay un tercio de personas mayores con dependencia funcional.

En relación con los cuidados que reciben las personas mayores con dependencia funcional, un 42% de ellos cuenta con cuidado en el hogar, mientras que un 14% lo ha externalizado con un cuidador fuera del hogar. Existe un tercio que es cuidado

tanto por la familia como por un cuidador externo. Por último, existe un 4% que no cuenta con cuidador. Entre las personas mayores que cuentan con un cuidador, las mujeres cuentan con más apoyo (66%). La mayor parte de los cuidados que se proporcionan en el hogar se realizan en forma no remunerada (40%), considerando que poco más de la mitad no recibe cuidados. Un 9% paga por los cuidados que recibe.

El nivel de participación social de las personas mayores es más alto que la del resto de los grupos etarios en Chile. Un 34% participa de alguna organización o grupo. Las juntas de vecinos, las organizaciones religiosas y las agrupaciones de adulto mayor son los espacios en que más participan las personas mayores. Los hombres predominan en las juntas de vecinos, mientras las mujeres en las organizaciones y agrupaciones de adulto mayor. La participación social y el aspecto organizativo en las personas mayores promueven el autocuidado junto con un mayor nivel de información y acceso a redes sociales más amplias en una etapa que se caracteriza por la pérdida de estas.

En las encuestas de calidad de vida en la vejez (2010 y 2013), las actividades sociales constituyen un factor que promueve un envejecimiento activo y saludable (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2014, p. 63). Respecto de las actividades que las personas mayores realizan, se registra que las mujeres salen menos de sus casas, pero tienen una mayor afiliación a grupos religiosos. Un 49% de las personas mayores afirman que las actividades en que más participan son grupos religiosos, clubes de adultos mayores y organizaciones de barrio o juntas de vecinos. Se observa además que quienes más participan en organizaciones se sienten más satisfechas que las personas que no lo hacen.

Por último, es importante conocer las percepciones de la población acerca del impacto del envejecimiento en la sociedad y la autopercepción en la vejez. La encuesta de Inclusión y exclusión de las personas mayores en Chile<sup>19</sup> (2014) arroja que la inmensa mayoría de la población considera que el país no está preparado para el envejecimiento poblacional (79,8%), percepción que es compartida respecto de la preparación a nivel personal (77,2%). La mayoría cree que las personas mayores no pueden valerse por sí mismas (74%) y que la responsabilidad por su bienestar se deposita en primer lugar en las políticas públicas (52,6%), seguido de los familiares (44,9%) y muy poco en sí mismas (2,6%).

En relación con la forma en que se valora la vejez en Chile, la encuesta Fuerza Mayor<sup>20</sup> (2008) señala que se percibe fundamentalmente como una etapa

<sup>19</sup> Encuesta realizada a población de 18 años y más a nivel nacional con una muestra representativa.

<sup>20</sup> Encuesta representativa realizada en Chile el año 2008 a personas mayores (60 años y más) a nivel nacional.

en que ya no se pueden hacer las cosas que se dejaron de hacer cuando joven (79%). Predomina una fuerte sensación negativa frente a ser adulto mayor (67%) junto a una percepción de subestimación de capacidades por razón de la edad (61%). Envejecer significa volverse dependiente, incapaz de valerse por sí mismo (47%), lo que va de la mano con una sensación de inutilidad y de estorbo para la familia (27%).

### C. Marcos normativos

En la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe (2012) se genera un instrumento de suma importancia para el seguimiento de las políticas sobre el envejecimiento. Se trata de la llamada Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. En 2013, después de la Reunión de Seguimiento de la Carta de San José, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, adoptó la resolución sobre los derechos humanos de las personas mayores (A/HRC/24/L.37/Rev.1). Chile estuvo dentro de los países que presentaron el proyecto de resolución. Como resultado de esta acción, se han dado curso a un conjunto de normativas destinadas al reconocimiento y protección de los derechos humanos de las personas mayores. No obstante, no existe aún una ley que integre en un solo corpus normativo la regulación de la promoción de la autonomía y el derecho multidimensional al cuidado de las personas mayores.

Una década antes, el gobierno chileno había dado pasos relacionados con la promoción y aseguramiento de los derechos de las personas mayores, avanzando en la creación de instrumentos jurídicos vinculantes que permitan que los derechos sancionados en los acuerdos internacionales sean exigibles en el país. En el año 2002, se aprueba la ley 19.828 que permite la creación de un Servicio Nacional para el Adulto Mayor. Para llegar a ello se crea la Comisión Nacional del Adulto Mayor en el año 1995. Siete años más tarde, adquiere rango de Servicio, dando lugar al Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), institucionalidad vigente en la actualidad.

En el año 2003, el Gobierno de Chile con apoyo de la CEPAL y los organismos del Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento organizaron la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento. En 2005, con el objetivo de atender uno de los principales problemas relacionados con los derechos de las personas mayores, se convoca a la Mesa de Trabajo sobre Maltrato a Personas Mayores. Como resultado se creó una subcomisión jurídica abocada al diseño de una propuesta legal, que se concretó con el reemplazo en 2010 de la ley 20.066 por

la ley 20.427, que modificó el código existente sobre Violencia Intrafamiliar. En esta ley se incluye como víctima específica de maltrato al adulto mayor, así como las diferentes formas de maltrato a las personas mayores.

Según Mora (2013), con esta ley ha habido un reconocimiento del maltrato intrafamiliar hacia las personas mayores, aun cuando existen situaciones que no se encuentran cubiertas como abusos, violencias o maltratos a personas mayores ocurridas en los establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM) u ocasionados por terceros que no tengan parentesco definido por las normas legales. La autora critica la focalización de los instrumentos normativos en la familia, sobre todo respecto del maltrato. Sin embargo, su crítica se centra en los espacios y no en los actores y procesos, que son fundamentales para una comprensión holística del envejecimiento y, por lo tanto, de las acciones normativas. El envejecimiento y los problemas asociados —por ejemplo, el maltrato— deben ser leídos desde los derechos humanos, según Huenchuan (2014), a partir de un modelo integrador, que abarque las perspectivas individuales, interpersonales, comunitarias y sociales.

En el año 2004, con la ley 19.949, se sentaron las bases jurídicas para la creación de un marco regulador integrador referido a la protección social, denominado Sistema de Protección Social Chile Solidario —cuyo contenido y alcance en cuanto política social se detallará en el apartado sobre políticas<sup>21</sup>—. En la ley, Chile Solidario se define como un modelo de gestión que organiza y coordina programas y servicios sociales que existen en la red pública, asegurando acceso preferente para sus usuarios, por tratarse de la población más vulnerable del país. La ley explicita como beneficiarios a las personas mayores de 65 años de hogares unipersonales en extrema pobreza, población que se estimaba en 15.675 personas en 2003<sup>22</sup>. La amplitud del modelo de gestión —definido en la ley— ha permitido ir incorporando progresivamente nuevos beneficiarios asociados a problemáticas o vulnerabilidades específicas. Así, en 2006 se incorporaron las personas en situación de calle y en julio de 2007 se agrega la infancia temprana y su entorno familiar<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> Chile Solidario fue implementado, al inicio, mediante el Programa Puente (Fondo Solidario e Inversión Social, FOSIS, Ministerio de Planificación y Cooperación, MIDEPLAN) en el año 2002, y oficializado como política de Estado con la promulgación de la ley 19.949, el año 2004.

<sup>22</sup> Para esta población se diseñó un programa especial: el Programa Integral de Atención del Adulto Mayor (PIAM), cuya implementación se inicia en agosto del año 2005.

<sup>23</sup> En dicho año se pone en marcha e integra al sistema Chile Solidario el programa Chile Crece Contigo, diseñado como un sistema integral de atención a la primera infancia y hasta los 4 años, cuyo propósito es avanzar en el compromiso gubernamental del primer gobierno de la presidenta Bachelet de reducir las desigualdades sociales desde la cuna.

Además de los programas propios del sistema, especialmente creados para hacer un trabajo directo con las poblaciones objetivo, el nuevo marco regulador permite que Chile Solidario pueda movilizar otros recursos de la red institucional, para enfrentar situaciones críticas que afectan a las personas, como la cesantía, la enfermedad, la discapacidad, la vejez y la pobreza. En síntesis, se trata de un sistema que introduce la perspectiva de derechos, pero con carácter focalizado en la población más vulnerable y en áreas de intervención consideradas prioritarias.

Con posterioridad a esta ley, se desarrollaron otras iniciativas legislativas destinadas a establecer las condiciones para crear el Sistema Intersectorial de Protección Social, regulado por la ley 20.379 de 2009. El nuevo sistema está diseñado como un modelo de gestión, compuesto por varios subsistemas<sup>24</sup>, y constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida. El Ministerio de Desarrollo Social tiene a su cargo la administración, coordinación, supervisión y evaluación de la implementación del sistema. En el marco de esta ley se inserta el más reciente diseño del subsistema Nacional de Apoyo y Cuidados (SNAC) en 2016, que aspira a ser un eslabón más del sistema integrado de protección social. El subsistema tiene como misión, acompañar y apoyar mediante diferentes servicios, a las personas en situación de dependencia, a sus cuidadores y cuidadoras, a sus hogares y su red de apoyo.

El resto de las iniciativas legislativas aprobadas durante los últimos años que proporcionan directa o indirectamente apoyos a la atención y promoción de los derechos de las personas mayores son la reforma del sistema de salud (2004) con la ley 19.966 que establece un régimen de garantías en salud; la reforma del sistema previsional (2008), con la ley 20.255 y, por último, la ley 20.422 (2010), que establece las normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Se analizarán por separado los alcances de cada una de estas leyes.

El objetivo del nuevo instrumento de regulación sanitaria busca establecer un plan de salud garantizado de manera universal y determinado sobre la base de las prioridades sanitarias. El diseño de las garantías explícitas (GE) está sustentado en un principio universal, sin establecer una focalización determinada. Se asegura asistencia sanitaria, de acuerdo a las condiciones de salud e independiente de la capacidad de pago de las personas, con determinados estándares de calidad,

---

<sup>24</sup> El Sistema estará constituido por los siguientes subsistemas: a) Chile Solidario, regulado por la ley 19.949. b) Protección Integral a la Infancia, de Chile Crece Contigo. c) Aquéllos que sean incorporados de conformidad con el artículo 4° de la ley.

oportunidad y acceso financiero. Se incorpora además un elemento de igualdad para los sistemas público y privado, por cuanto el otorgamiento de las GE es obligatorio en ambos sistemas. Al criterio de universalidad se agregan los de certeza y no discriminación. Por primera vez, se incluye un mecanismo de exigibilidad a esta garantía social. El derecho a la salud, al menos en cuanto la atención de patologías determinadas como garantías explícitas, pasa a ser un derecho exigible.

Las garantías explícitas están diseñadas de tal manera que la rendición de cuentas toma una de sus formas más severas, la de exigibilidad legal. El control ya no es institucional, administrativo o político. Se pasa del control de los prestadores sobre sí mismos, al control de las personas que ejercen derechos vinculados a prestaciones sociales (Drago, 2006)<sup>25</sup>. Sin embargo, Drago señala que “las GE sirven de punto de referencia, de señal para el cumplimiento efectivamente universal de un derecho a la atención de salud, de un modo determinado y específico. El sistema general establece a partir de la ley 18.469 un acceso universal, pero sin atribuir estándares de calidad u oportunidad” (2006, p. 69). Particularmente, la reforma no resuelve del todo el problema de la equidad en los temas de calidad, localización geográfica y la propia desigualdad generada por la dualidad del sistema de salud que concentra a los más pobres y menos sanos en el sistema público<sup>26</sup>.

En relación más directa con los cuidados, otros estudios reparan en que, pese a los avances en materia de derechos y equidad de acceso, el modelo de atención que se define en la reforma de salud que articula los sistemas institucionales de salud y doméstico/comunitario sigue descansando en el papel mediador de las mujeres, al disminuir los tiempos de hospitalización y aumentar la derivación de los cuidados hacia el hogar (Arriagada, 2009). Esta concepción plantea serios problemas para el cumplimiento del derecho de las mujeres de cuidar o no y de ser cuidadas.

En cuanto a sus alcances, la reforma previsional del 2008 es una respuesta a las dificultades que venía mostrando el sistema de capitalización individual vigente en proporcionar una pensión superior a la mínima garantizada por el Estado en el contexto de un acelerado envejecimiento poblacional. La reforma pretende crear un marco legal que permita contar con un sistema integrado y

---

<sup>25</sup> Esta exigibilidad legal es reforzada con la aprobación de la ley 20.584 (abril 2012) que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y que se aplicarán a cualquier tipo de prestador de salud (público o privado).

<sup>26</sup> Estas garantías se explicitan en el Ordinario 3229 del Ministerio de Salud, emitido en junio del año 2008, cuyo objetivo es asegurar el acceso de toda la población a las acciones de promoción y protección de la salud, y para permitir la atención en el sistema público de salud de los grupos de inmigrantes no regulares más vulnerables (Demoscópica, 2009).

coordinado que asegure la protección social a todos los ciudadanos chilenos. El nuevo instrumento legal, persigue garantizar una prestación mínima de carácter universal para aquellas personas mayores más pobres (cubre inicialmente el 40% y se amplía al 60% en 2012), aumentando el nivel de las pensiones bajas mediante un aporte previsional solidario (estatal) que se va reduciendo según aumenta el monto de la pensión hasta que se elimina después de alcanzar un tope. La ley busca procurar atención a todos los que no tienen ahorros previsionales, con focalización en algunos grupos dentro de los que se explicitan a las personas mayores. La ley contempla la creación de un sistema solidario de pensiones de vejez e invalidez, otorgando beneficios de pensiones básicas y aportes previsionales solidarios.

Se trata, en consecuencia, de una reforma estructural, que crea un nuevo sistema de pensiones donde el Estado garantiza derechos en cobertura y beneficios, al establecer derechos universales y mínimos sociales para las personas que desarrollen su vida laboral en Chile. Introduce, además, medidas basadas en criterios de equidad de género como el bono de maternidad, el que se otorga a la madre por cada hijo nacido vivo, depositándose en su cuenta individual y se paga al tiempo de retiro de la mujer. Esta fue una contribución pionera de la reforma de 2008, que luego se introdujo en Argentina y Uruguay. Este principio ha permitido que desde la puesta en marcha de la reforma hasta el 2010 más del 66% de las solicitudes hayan sido pedidas por mujeres, según datos del Observatorio Previsional (2010).

Durante el último gobierno de la presidenta Bachelet (2014-2018) se ha intentado profundizar estos cambios, presentando una reforma al sistema de pensiones que fue enviada al Congreso para su tramitación en agosto de 2017<sup>27</sup>. La reforma propone la creación de un sistema previsional mixto, y un aumento de la cotización en un 5% a cargo del empleador, de los cuales un 3% irá a la cuenta personal y un 2% al Fondo de Ahorro Colectivo será una institución autónoma, eficiente y transparente. La nueva legislación propone, además, la creación de un fondo de incentivo para mejorar la pensión de las mujeres que decidan voluntariamente postergar su edad de jubilación. Asimismo, se propone una serie de reformas al sistema de capitalización individual que actualmente manejan las AFP (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

<sup>27</sup> El documento base de esta propuesta proviene de: Comisión Asesora Presidencial del Sistema de Pensiones (CAPSP), *Informe final*, Santiago de Chile, 2015. El análisis más reciente y abarcador sobre las reformas de 2008 y las propuestas de 2015 se puede encontrar en Mesa-Lago y Bertranou (2016). Más información disponible en <http://www.elmercurio.com/inversiones/noticias/fondos-mutuos/2017/08/14/los-15-cambios-que-le-esperan-al-sistema-de-pensiones-de-chile.aspx>.

Por su parte, la normativa sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad —aprobada en 2010— tiene como principios rectores promover la vida independiente y la accesibilidad universal. Cuenta con un diseño universal, un enfoque intersectorial, que promueve la participación y el diálogo social. Mediante esta ley se reconoce expresamente en el ordenamiento jurídico nacional la expresión “acción positiva” para lograr la efectiva igualdad de oportunidades para todos y todas.

En 2012, con la ley 20.595 se crea el Subsistema de Protección y Promoción Social denominado Seguridades y Oportunidades. Dicho subsistema forma parte del Sistema de Protección Social y pretende reforzar sus componentes solidarios y favorecer la inclusión social de las personas. Tiene tres objetivos: i) brindar seguridades y oportunidades a las personas y familias que participen en él, para promover el acceso a mejores condiciones de vida, ii) establecer bonos y transferencias monetarias (por deberes o condicionadas) para las familias de pobreza extrema (ingreso ético familiar), y iii) crear un subsidio al empleo de la mujer. Es una ley que busca proteger a personas y familias en situación de pobreza extrema. El diseño incorpora una comprensión multidimensional y dinámica de la situación de pobreza y vulnerabilidad de las personas y familias, considerando la desigualdad estructural y su expresión territorial, con el objetivo de mejorar las condiciones de desarrollo que les permitan resguardar el ejercicio de sus derechos y su inclusión social (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

En septiembre de 2013 el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, estableció, por primera vez, el mandato del experto independiente para el disfrute de los derechos humanos de las personas de edad, y se nombra a la chilena Rosita Kornfeld Matte. El mandato marca un cambio de paradigma, pues el envejecimiento ya no solo se considera desde una perspectiva económica y de desarrollo, sino que se avanza hacia un enfoque de derechos humanos, que reconoce a las personas mayores titulares de derecho, con derechos específicos, y cuyo disfrute debe ser garantizado por los Estados (Red Mayor, 2017).

Uno de los objetivos del mandato es promover los derechos de las personas mayores, potenciando su autonomía. Con este fin, la experta ha realizado recomendaciones para ayudar a los Estados en la implementación de marcos normativos y de política adecuados y eficaces que promuevan el fortalecimiento de la autonomía de las personas mayores y su participación activa en todas las esferas de la vida. El derecho a los cuidados —con énfasis en los cuidados de largo plazo y paliativos— es uno de los temas que se ha incorporado en la agenda, así como la necesidad de instaurar un modelo de atención centrado en la persona que

considere la heterogeneidad de las personas mayores, el género y las especificidades culturales. Asimismo, ha señalado la importancia de promover una perspectiva basada en los derechos humanos en los cuidados de las personas mayores con demencia. Al respecto, cabe destacar que a partir de la Primera Conferencia Ministerial sobre Medidas Globales de Lucha contra la Demencia (OMS, 2015), por primera vez los Estados incorporan la necesidad de tener un enfoque de derechos humanos para proteger los derechos y la dignidad de las personas mayores con demencia (Red Mayor, 2017).

En 2015, Chile<sup>28</sup> suscribe la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y en agosto de 2017 se envió el instrumento de ratificación a la Organización de Estados Americanos (OEA). Con este paso se hace obligatorio su cumplimiento por parte del Estado chileno, lo cual significa un importante avance en materia jurídica. La Convención tiene como objetivos, según la experta independiente, favorecer a la cohesión normativa y conceptualización de principios que guían la acción normativa y las políticas públicas de los Estados como al empoderamiento de las instituciones nacionales de derechos humanos; permitir el reconocimiento de los derechos específicos en favor de las personas de edad; permitir esclarecer las obligaciones que los Estados tienen respecto de las personas de edad; favorecer que los procedimientos de monitoreo de los derechos humanos consideren los de las personas de edad; fomentar la visibilización de los asuntos relacionados con el envejecimiento y la vejez, facilitando la educación de la población y con ello la integración efectiva de las personas de edad (Red Mayor, 2017).

La Convención además se relaciona con la creación de un catálogo de derechos específicos, aplicados a las personas mayores, que permiten su aplicación en situaciones que no tienen respuestas legales satisfactorias, tanto en ámbitos civiles —relacionados con temas como la capacidad, capacidades especiales— o penales como la violencia ejercida a personas mayores institucionalizadas en establecimientos de larga estadía. Permite además la especificación de los derechos humanos universales de las personas mayores, para concretarlos a situaciones específicas, en las que son especialmente vulnerables a la violación de sus derechos (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Haciendo un balance de los avances y limitaciones del marco normativo vigente en Chile en materia de vejez y cuidados, se pueden señalar varios elementos positivos comunes a las reformas emprendidas. Los entrevistados reconocen que en los últimos años se ha trabajado bastante el marco normativo y

<sup>28</sup> Junto a Chile suscriben la Convención Argentina, Brasil, Costa Rica, Panamá y Uruguay.

por ello se han logrado avances significativos. Se reconoce la importancia de haber conseguido —mediante reformas legales— asegurar la protección y asistencia a ciertos derechos relacionados con la dependencia, como las pensiones, la salud o la inclusión social de personas con discapacidad. De esta manera, lo conquistado no queda a merced de la discrecionalidad de la autoridad política de turno. Para modificar el marco establecido se requiere de un acuerdo parlamentario, mucho más difícil de conseguir. “El uso de la ley como instrumento de instalación de la política tiene un valor en sí mismo, más allá del instrumental. El hecho de que sea la ley la que plasme la política social, involucra la necesidad de un proceso legislativo, una serie de acuerdos políticos de al menos mediano plazo, que brindan una legitimidad y fortaleza a la política que no es posible de alcanzar por la vía reglamentaria. También permite reforzar la no regresividad, puesto que para reducir los alcances de la política se requiere de un nuevo acuerdo político” (Drago, 2006, p. 79).

Los esfuerzos políticos, traducidos en iniciativas legales concretas, han permitido ir adaptando la armazón jurídica general y sectorial a las nuevas necesidades y demandas de protección social, lo que ha favorecido a los sectores y grupos más vulnerables. También ha permitido dar coherencia en cada una de las áreas y prestaciones, resolviendo las fallas originadas en la multiplicidad de programas, en la mala focalización de algunas prestaciones y en la poca pertinencia de algunos servicios a las características sociales y culturales de los beneficiarios (Raczynski, 2008). Sin embargo, en opinión de los entrevistados falta un largo camino por recorrer en materia de derechos de las personas mayores, por cuanto aún no existen leyes adecuadas que rijan el tema y en algunos casos no se han convertido en leyes específicas. Al respecto consideran que la propia ley que crea el Senama está desactualizada en los términos de su formulación respecto de los avances en materia de enfoques de trabajo con las personas mayores.

Con todo, se trata de instrumentos jurídicos de reciente creación, cuya instalación definitiva y evaluaciones comprensivas no se han materializado. Los entrevistados reconocen que existe escaso conocimiento del marco normativo y una significativa distancia entre la norma y la práctica. Ha sido lento y complejo el proceso de adecuación de los marcos normativos nacionales a las directrices que emanan de las convenciones internacionales que el Estado chileno ha firmado y ratificado. Ha costado mucho lograr una articulación adecuada entre las normas nacionales y las declaraciones generales. Existe, en estricto rigor, un marco normativo que está distanciado de las prácticas concretas de atención a las personas mayores.

En el diseño y puesta en ejecución, las iniciativas legales han priorizado a los sectores más pobres (40% y luego 60% de las familias más pobres), bajo criterios de solidaridad y no de universalidad, teniendo en cuenta las limitaciones presupuestarias y los principios de equidad. Sin embargo, pareciera que la solución a largo plazo de los problemas de la protección social en Chile no se sostiene con la mera primacía del principio de solidaridad. Teniendo en cuenta lo que señalan Raczynski (2008) y Arriagada (2010) respecto de la extrema desigualdad de ingresos y oportunidades que sigue caracterizando a la sociedad chilena actual, la aplicación de este principio provoca que amplios sectores medios con bajas remuneraciones no estén adecuadamente cubiertos en sus derechos fundamentales.

A pesar de los avances, existen temas que no están cubiertos, como la fiscalización de programas y servicios, cuya facultad en el caso de la atención a la persona mayor la tiene la Secretaria Regional Ministerial de Salud. Tal es el caso de la supervisión o regulación de los establecimientos de larga estadía, cuya competencia no está en Senama. Además de la fiscalización existen vacíos en la evaluación de los programas, de manera de poder identificar su pertinencia, eficiencia y eficacia.

El empleo y la igualdad de oportunidades laborales para las personas mayores es un tema pendiente, por cuanto quienes tienen la pensión básica solidaria no pueden ingresar al mercado laboral, a lo que suma que el sueldo mínimo de las personas mayores es menor por ley. Por su parte, los programas de capacitación del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (Sence) no consideran a las personas mayores por tope de edad. Otro de los aspectos no considerados en las normativas es el del ciclo de vida, pues los instrumentos de derechos se han centrado en el tema del cuidado y no explicitado la identidad biográfica de las personas, que se considera un elemento central. Esta carencia es crítica en términos de transporte, ciudades amigables, y infraestructuras de los servicios de salud, entre otros. No ha estado la mirada puesta en las necesidades e intereses de la persona mayor. La autonomía del adulto mayor frente a la inminencia de la muerte es otro de los temas que requiere ser abordado en materia normativa.

Inevitablemente surge la pregunta de cómo responderá este marco jurídico a los límites que vienen dados por problemas de larga data en la gestión de sus programas sociales como las relaciones centrales y locales y el papel de los municipios en la gestión adecuada y pertinente de los mismos. Existe consenso entre los entrevistados en que este es un asunto que requiere ser atendido; la dispersión en la gestión y de los programas y las escasas competencias del servicio que atiende a las personas mayores son entre otros problemas los que no permiten que la norma pueda ser cumplida y fiscalizada.

En síntesis, se requiere modificar y actualizar la ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, adecuándola a una perspectiva basada en un enfoque de derechos. Esto permitiría entregar a Senama todas aquellas atribuciones que se requieran para convertirse en el órgano referente y articulador en las políticas públicas de envejecimiento y vejez. Dentro de ellas, son urgentes las facultades de fiscalización a programas que se encuentren dentro de su ámbito de acción y, por lo tanto, la facultad de sancionar a aquellos programas que vulneren los derechos de las personas mayores. En la actualidad esto no es posible porque solo cuenta con facultades de supervisión.

Las debilidades encontradas en los cuerpos normativos chilenos apuntan a la necesidad de aumentar por ley las atribuciones del Senama respecto de la coordinación con otras instituciones públicas en el manejo de programas que tengan como foco a las personas mayores, mediante la intervención directa y vinculante al servicio en cada uno de ellos. Para el fortalecimiento de la presencia en regiones se requiere cambiar la actual figura de coordinación regional hacia la de dirección regional, entregándoles mayores atribuciones para trabajar en la región que corresponda. Finalmente, como mecanismo de protección de derechos sería relevante considerar entregar al Senama la facultad de representar judicialmente a las personas mayores en caso de vulneración de sus derechos.

#### **D. Análisis de la política social que promueve el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez**

Con la recuperación de la democracia en los años noventa, comienzan los primeros abordajes, en el ámbito público, de la temática de las personas mayores en Chile. En el primer gobierno de la Concertación (1990-1994), se considera a las personas de 60 años y más como un grupo prioritario para la política pública<sup>29</sup>. Las primeras acciones estuvieron encaminadas a realizar diagnósticos sobre la situación de los mayores y —en función de ellos— comienzan las primeras intervenciones asociadas a transferencias de recursos a los municipios.

En el segundo gobierno (1994-2000), se crea una Comisión Nacional para el Adulto Mayor y avanzó en la elaboración de propuestas para su institucionalización.

---

<sup>29</sup> La coalición de partidos denominada Concertación de Partidos por la Democracia encabezó el gobierno chileno durante veinte años, desde la vuelta a la democracia en 1990 hasta el año 2010, fecha en que se produce un cambio de tendencia política, cuando asume la presidencia el representante de la derecha liberal y reconocido empresario Sebastián Piñera, perteneciente al partido de Renovación Nacional. Al término de dicho período la coalición de centro izquierda se reconfigura, admitiendo al Partido Comunista en sus filas, y pasa a llamarse Nueva Mayoría.

De este modo, mediante el decreto supremo, se creó el Comité Nacional para el Adulto Mayor. Al año siguiente, en marzo de 1996, el consejo de gabinete de ministros del área social aprobó la política de gobierno para el adulto mayor. En 1998 se comenzó a implementar la política de salud para adultos mayores, cuyo objetivo era asegurar los derechos de este grupo etario en el ámbito de la salud, y avanzar paulatinamente hacia el mejoramiento y la gratuidad de la atención. Esta iniciativa es la primera política sectorial concreta para personas mayores que se puso en marcha (Kornfeld y otros, en Huenchuan, 2016).

Entre las acciones fundamentales para consolidar la institucionalidad del servicio, su interconexión entre ministerios y la incidencia a nivel regional se pueden mencionar como los más relevantes durante estos años:

- Creación de los Comités Regionales para el Adulto Mayor (CRAM) en 1996, presididos por el intendente regional e integrados por los secretarios regionales ministeriales del área social y por representantes de instituciones de la sociedad civil. Estos funcionarios debían implementar la política a nivel regional. Los CRAM brindan asesoría al intendente en las regiones, para promover y aplicar planes y programas dirigidos a las personas mayores, y se ocupan de la adjudicación del Fondo Nacional del Adulto Mayor.
- Creación del Comité de Ministros del Adulto Mayor con el fin de definir y evaluar líneas de acción multisectoriales dirigidas a las personas mayores (enero de 2004).
- Creación del Comité Consultivo, que busca constituirse como una instancia de vinculación con la ciudadanía, y que está integrado por representantes de organizaciones de personas mayores, académicos y representantes de prestadores de servicios para este grupo etario.
- Creación de las coordinaciones regionales del Senama (2007), instancia que dio presencia nacional al servicio y que permite implementar los diversos programas que se ejecutan en el territorio.
- Coordinación de la Mesa Intersectorial para la definición de un concepto de cuidados sociosanitario (2014).

Mediante estos mecanismos, se ha ido consolidando la voluntad política para poner en marcha un enfoque de derechos, promoviendo e introduciendo política y legalmente principios solidarios, principalmente en ámbitos como la salud, las pensiones y la educación, con el objetivo de modificar las importantes desigualdades de acceso a la protección social entre las personas mayores.

En la cuenta pública del 21 de mayo de 2012, el presidente Sebastián Piñera (2010-2013) anunció una nueva política para abordar los desafíos del envejecimiento para el periodo 2012-2025, denominada Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile<sup>30</sup>. Se define como una política de envejecimiento positivo porque no se limita a solucionar problemas, sino que busca crear un futuro deseable, en el que el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y las personas mayores sean saludables, estén integradas y manifiesten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes (Kornfeld y otros, en Huenchuan, 2016, p. 164).

El diseño y puesta en marcha de la política está considerado como un hito relevante por cuanto convierte hace de la vejez y el envejecimiento una temática transversal a todos los organismos del Estado, ya que tanto la definición de objetivos y metas como la del plan de implementación se hicieron en el marco de un proceso participativo que involucró los aportes de distintas entidades, niveles y actores (Kornfeld y otros, en Huenchuan, 2016)<sup>31</sup>. La protección social y el enfoque de derecho, se han constituido en las directrices de esta nueva política, que pretendía ser implementada en tres niveles: i) atención domiciliaria, ii) centros diurnos y iii) subvención a los centros de larga estancia de adultos mayores no valentes, incorporando la estimulación de la autonomía y la prevención de la dependencia. Como mecanismo de financiamiento se planteaba el de la transferencia de recursos públicos —vía subvenciones— a los centros y fundaciones que prestan estos servicios.

Las ideas fuerza contenidas en la Política de Envejecimiento Positivo dicen relación, en primer lugar, con un abordaje integral del fenómeno, para que el país enfrente los desafíos de la vejez y el envejecimiento. Se reconoce a las personas mayores como sujetos de derecho, procurando fomentar la valoración de la persona mayor y propiciar su autonomía y autovalencia. Al mismo tiempo, se hace cargo de aquellas personas que, dada su condición, necesitan asistencia y cuidados permanentes (Red Mayor, 2017).

---

<sup>30</sup> La información sobre dicha política ya no está disponible. Para un estudio publicado por Acosta (2015) se pudo consultar en el sitio web de Senama (<http://www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf>). Tras el cambio de gobierno aparentemente se pretendió reformular o actualizar la política, pero a la fecha no hay información pública de la misma. Lo dicho es confirmado por una de las entrevistadas, representante de la sociedad civil, quien, a su vez, critica el hecho de la falta de continuidad en las políticas públicas, ratificando la politización de la agenda social.

<sup>31</sup> En el proceso participaron el Comité Técnico Interministerial, la Comisión Especial del Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, el Comité Consultivo del Adulto Mayor, el Comité Ejecutivo, la oficina central y las coordinaciones regionales del Senama, las organizaciones sociales de personas mayores, las organizaciones profesionales y fundaciones relacionadas con este segmento de la población.

La Política Integral de Envejecimiento Positivo es formulada además como una herramienta para fomentar un envejecimiento saludable y activo que integra los aspectos sociales y sanitarios del buen envejecer. En términos operativos se plantea su implementación en el marco de una labor multidisciplinaria en la que la participación de todos los actores es fundamental: autoridades gubernamentales, familias, sociedad civil y, por supuesto, los propios adultos como protagonistas de su propia vida.

Los ejes articuladores de la política son los siguientes:

- i) Protección de la salud funcional de las personas mayores: implica desarrollar servicios especializados, escalonados e integrados de salud y cuidados, que cuenten con geriatras, gerontólogos y personal especialista en la atención de personas mayores, con el fin de mantener la autovalencia hasta la edad más avanzada posible y entregar los cuidados pertinentes en cada etapa de la vejez. Incluye además la promoción de un estilo de vida sano, independiente de la edad.
- ii) Mejorar la integración económica, social y espacial de los mayores: implica promover su participación laboral, reducir la carga económica eximiéndolas de ciertos pagos, fomentar su participación y generar oportunidades de recreación. También trabajar en el fortalecimiento de una imagen positiva de la vejez., incluyendo en los programas escolares y universitarios, módulos de educación gerontológica.
- iii) Incrementar el bienestar subjetivo y felicidad en las personas mayores: implica considerar que la salud y la integración social son determinantes en el bienestar subjetivo y su felicidad, al tiempo que es de gran valor la opinión y el sentir de los propios adultos mayores respecto de la implementación de la Política.

Todas las acciones concretas que se proponen en la política (muchas de ellas se implementaron desde 2012) están enmarcadas en un discurso que no considera el envejecimiento como un problema, sino como una oportunidad que tiene el país de continuar creciendo y desarrollándose. Dentro de las acciones están la instalación progresiva de un modelo de cuidado integral para las personas mayores; el incremento gradual de los centros diurnos con enfoque de prevención sociosanitaria y la instauración de un programa estatal de cuidados domiciliarios, capacitando a personas para que realicen atención a domicilio.

Al mismo tiempo, la política fomenta el envejecimiento en casa y la autovalencia de la persona, para retrasar la dependencia y, por ende, la institucionalización de la

persona mayor. Sin embargo, este componente de la política requiere ser abordado con precaución, pues el régimen de cuidado existente en Chile corresponde al de un modelo de cuidado privado, con apoyo o soporte público. El problema está en que el modelo se sustenta en una dependencia sistemática de la familia para la provisión del trabajo de cuidado y servicios, basado en los principios de subsidiaridad. La familia es estimulada a desempeñar su rol mediante la ayuda o apoyo estatal, en vez de intervenciones directas.

En consecuencia, las familias siguen operando en la primera línea del cuidado y protección de las personas mayores y el resultado es que están sobrepasadas. Los cambios en la composición, tamaño, actividades de sus miembros y funciones familiares, así como las mayores expectativas de vida de los envejecientes y los requerimientos de cuidados más especializados y permanentes en edades más avanzadas, aceleran la crisis (Senama, 2011). Los objetivos de desmercantilización de las políticas sociales en el contexto de un régimen de bienestar estatal-productivista no han resuelto la creciente demanda de cuidado de las familias chilenas.

3) *Estructura institucional: la creación de un servicio centrado en la atención y promoción de derechos de las personas mayores*

En respuesta a las nuevas demandas provenientes de la participación del Estado chileno en los acuerdos internacionales y regionales antes mencionados, a mediados de los años noventa se comienzan a dar pasos en la creación de una institucionalidad que permita promover y garantizar los derechos de las personas mayores. De ese modo, se crea en primera instancia la Comisión Nacional del Adulto Mayor en el año 1995, que fungió como órgano asesor del Presidente en la formulación de las políticas, planes y programas para el adulto mayor. El trabajo realizado por dicha Comisión da paso a la creación del Comité Nacional para el Adulto Mayor, el cual fue el encargado de coordinar y articular la Política Nacional para el Adulto Mayor (Red Mayor, 2017).

En el año 2002 se aprueba el proyecto de ley de Creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama). Se produce entonces un cambio de institucionalidad, adquiriendo rango de servicio, dependiente del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, un ministerio de carácter político. El Senama surge como un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propios. Durante el gobierno del presidente Sebastián Piñera (2010-2014), se adscribió al Ministerio de Desarrollo Social, una cartera que ejerce como ente coordinador de todas las políticas sociales de Chile.

Con este cambio, se robustece la articulación intersectorial del organismo al situarlo al alero de las políticas públicas nacionales para grupos vulnerables, relacionándose directamente con los servicios asociados al Ministerio de Desarrollo Social, como el Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis) y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (Fosis), entre otros. En la actualidad, continúa en el mismo espacio institucional, sometido a la supervigilancia de la presidencia a través del Ministerio de Desarrollo Social y no cuenta con atribuciones de fiscalización.

En enero de 2003, el Senama inicia sus funciones definiendo como su población objetivo al adulto mayor, entendido como toda persona que ha cumplido 60 años. Se convierte así en la entidad estatal encargada de velar por la plena integración de las personas mayores a la sociedad, brindar protección ante el abandono e indigencia y garantizar el ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República y las leyes (Ganga y otros, 2016, p. 183). Se ha constituido en la institución rectora tanto de las políticas como de promoción de estudios sobre las personas mayores en Chile. En la ejecución de sus labores se entrelazan otras divisiones ministeriales, dependientes del Ministerio de Salud, del Ministerio de la Secretaría General de Gobierno, del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, del Ministerio de Educación, del Ministerio de Vivienda y Urbanismo y en conjunto de los anteriores, el Gobierno de Chile.

En cuanto a su estructura interna, el Senama cuenta con una dirección nacional y un nivel central, radicado en la ciudad de Santiago, Región Metropolitana. Está compuesto por tres divisiones: i) Planificación y Desarrollo, ii) Gestión y Operación Territorial y iii) Administración y Finanzas. En las regiones opera mediante quince coordinaciones regionales —una por cada región, que constituye la división administrativa mayor del país—, encabezadas por un coordinador que organiza el trabajo de los profesionales y administrativos de apoyo.

El quehacer del Senama en los primeros años estuvo marcado por la implementación, a nivel nacional y regional, de la Política Nacional del Adulto Mayor. Según Kornfeld y otros (en Huenchuan, 2016), en sus primeros años esta política se implementó en una serie de acciones y programas, entre los que se destacan el Fondo Nacional del Adulto Mayor, que entrega financiamiento a proyectos ideados por organizaciones de personas mayores; la transferencia de recursos a establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM), los programas relacionados con el turismo, así como diversos programas de subsidios. Desde el ámbito de la salud, se consolidó el Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto mayor (PACAM).

La declaración de su misión actual explicita que el enfoque de derechos orienta su acción, pues busca fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas.

El Senama ha definido como objetivos estratégicos, según el informe de Desarrollo Social (2017) elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social, los siguientes:

- i) Impulsar la constitución y articulación de una red de servicios sociales y cuidados, dirigida a personas mayores en situación de vulnerabilidad y/o que presentan distintos niveles de dependencia, por medio del desarrollo de acciones directas o intersectoriales, que contribuyan a la implementación de un subsistema nacional de cuidados en el marco del Sistema de Protección Social.
- ii) Fomentar la participación de las personas mayores en diferentes espacios sociales, mediante la implementación de acciones y programas, con la finalidad de fortalecer sus capacidades, aprovechando su experiencia y conocimiento en beneficio del país.
- iii) Promover el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las personas mayores en la sociedad, mediante la generación y difusión de conocimiento e información sobre el envejecimiento y la vejez, la formación de recursos humanos especializados, posibilitando una visualización pública positiva de esta etapa del ciclo vital.
- iv) Fortalecer la gestión territorial del Senama, sobre la base de la autonomía, coordinación y complementariedad con otros servicios de la región, con la finalidad de mejorar la distribución, oferta y calidad de los servicios dirigidos a este grupo etario, mediante un proceso continuo de mejoramiento de las capacidades técnicas, materiales y humanas de la institución en regiones.

Asimismo, se han llevado a cabo un conjunto de acciones en el ámbito de la capacitación y la educación hacia adultos mayores y cuidadores; también en el área de la salud, los planes de alimentación y en la creación de fondos presupuestarios destinados a aquellas personas mayores en condiciones de vulnerabilidad, entre otras. En la actualidad existen dos líneas programáticas de las que el servicio se debe hacer cargo: la participación y el cuidado de las personas mayores (FLACSO, 2015).

En relación con los cuidados, en el 2013, surge una iniciativa que promueve el Senama con el objetivo de debatir y consensuar un concepto de cuidados sociosanitarios, que permita orientar la intervención que realiza el servicio, una vez que este pueda ser operacionalizado. El Senama fue capaz de convocar a los distintos ministerios y servicios que comparten programas y acciones a favor de las personas mayores y sus cuidadores.

Hace poco se creó el Plan Nacional de Demencias, lo que ha constituido un importante avance para abordar los desafíos que implica este padecimiento entre las personas mayores, el que ha sido reconocido por la OMS como un plan metodológicamente bien elaborado. Sin embargo, en su etapa inicial solo tiene presencia en tres comunas y atiende a 5.000 personas de 200.000 que la padecen según los registrados<sup>32</sup>.

#### *4) El avance hacia la creación de un subsistema nacional de cuidados*

Destaca el avance durante el último gobierno de la presidenta Michelle Bachelet en el diseño e implementación de un Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC). En el año 2016, el Comité Intersectorial de Desarrollo Social aprobó la propuesta de un modelo de gestión del subsistema y la oferta pública para su primera fase de implementación. Así nace Chile Cuida, que es parte del Sistema Intersectorial de Protección Social y que busca entregar apoyo a las personas en situación de dependencia, sus cuidadores y cuidadoras, sus hogares y su red de apoyo.

La propuesta del Ministerio de Desarrollo Social para la primera fase de implementación, según el Informe de Desarrollo Social 2017, es poner el foco en los hogares con personas con dependencia moderada y severa que pertenezcan al 60% de menores ingresos, de acuerdo con la Calificación Socioeconómica del Registro Social de Hogares, representando un total de 100.947 hogares en el país. En el mes de diciembre del año 2016 se dio inicio a la fase de implementación del subsistema en doce comunas de seis regiones del país.

En la primera fase se priorizó la generación de servicios de apoyo y cuidado, que han tenido gran impacto y demanda de la población dependiente, tales como programas de respiro o alivio al cuidado y adaptaciones funcionales a la vivienda. Adicionalmente se ha potenciado la línea de los cuidados, destacándose

---

<sup>32</sup> Información proporcionada en entrevista por la representante de la Red Mayor.

el Programa de Cuidados Domiciliarios presente en dieciséis comunas, que entrega servicios de apoyo y cuidado en las actividades de la vida diaria a adultos mayores vulnerables socioeconómicamente, con dependencia moderada y severa que no cuentan con un cuidador.

En materia de cuidados sociosanitarios, el informe del Ministerio de Desarrollo Social (2017) reconoce que se ha avanzado en la definición e incorporación de estándares de calidad para la oferta programática dirigida a las personas mayores. Conforme esta definición, durante el año 2016 se elaboraron treinta y un protocolos (trece de funcionamiento de la residencia; doce de atención a los residentes y cinco de cuidados complejos), para los cuales se establecieron procesos vinculantes y participativos entre actores claves e instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil. Durante el año 2017, se empezaron a implementar dichos protocolos.

Sin embargo, la puesta en práctica de este subsistema aún está en proceso, y requiere de monitoreo y evaluación. Teniendo en cuenta lo previsto para esta primera fase, el diseño y puesta en ejecución de la política sigue priorizando a los sectores más pobres. Algunos de los desafíos tienen que ver con prevenir la reproducción de desigualdades de género e intervenir en materia de corresponsabilidad. Algunos beneficios —que consideran un abordaje familiar en las políticas— responden a la necesidad de romper con la dispersión y fragmentación con que las políticas llegan a su población objetivo. Se hace necesario incorporar la perspectiva de género para procurar la integralidad y eficiencia en el diseño e implementación de las políticas sociales. La responsabilidad del cuidado debería compartirse entre varios agentes institucionales y sociales, propender a una cobertura universal basada en prestaciones básicas topadas; gestionarse de manera descentralizada; garantizar una provisión mixta y canalizar las reivindicaciones y demandas sociales mediante un amplio sistema de participación de los agentes sociales y económicos y las ONG en varios sistemas consultivos. En suma, se trata de un sistema de protección social universal que haga énfasis en el cuidado como norte claro hacia el bienestar social (Acosta y Picasso, 2017).

5) *Los recursos institucionales para la implementación de las políticas sobre envejecimiento y cuidados en Chile*

El Estado chileno ha incrementado el gasto en protección social en los últimos años, debido a los beneficios incluidos en las reformas de la nueva política de protección social (reforma previsional, reforma de la salud, de la protección a la infancia y la modificación reciente del Código de trabajo sobre las normas de protección a la maternidad y el cuidado parental, entre otras). Esto ha permitido

aumentar las prestaciones económicas y temporales dentro de las que destacan los subsidios a la maternidad y la ampliación del descanso posnatal, período durante el cual las trabajadoras siguen recibiendo un subsidio, así como la incorporación del permiso de paternidad pagado de cinco días en caso de nacimiento de un hijo como derecho irrenunciable para los padres trabajadores, además de otras prestaciones relativas a la maternidad y paternidad<sup>33</sup>. Otros permisos parentales se refieren al cuidado de la salud de los hijos menores de un año que presenten una enfermedad grave que contempla el subsidio correspondiente y que permite el cuidado en el hogar de los hijos<sup>34</sup>.

Se agregan permisos para ausentarse del trabajo por motivos de enfermedad de hijos menores de 18 años, o para los cuidadores de personas mayores de 18 años con discapacidad mental, por causa psíquica o intelectual, multidéficit o bien presenten dependencia severa con discapacidad. Las horas permitidas para ello se considerarán como trabajadas para todos los efectos legales. En salud, cabe destacar que, desde noviembre de 2011, entra en vigencia el descuento del 7% de los aportes al sistema público y privado de salud para las personas adultas mayores en situación vulnerable. Con la eliminación del 7% aumenta el monto líquido de las pensiones y se mantienen los beneficios de salud, costo que pasa a ser asumido por el Estado.

El período 2000-2015 se caracterizó por el continuo incremento en gasto social, que resultó tanto del fuerte aumento en el gasto total como de un sostenido esfuerzo por focalizar recursos en las funciones sociales, según reportan los informes de la Dirección de Presupuesto (2010-2011 y 2016). Hasta el año 2010, el crecimiento acumulado del gasto social durante el período fue del 94,4%, lo que equivale a un 6,9% de crecimiento promedio anual; destaca el crecimiento del gasto en salud y en educación, que aumentaron en un promedio anual del 9,8% y del 7,7% respectivamente. Al año 2015 estas erogaciones alcanzan \$ 25.254.437 millones, lo que significa un crecimiento de 143% respecto del gasto social en 2001 (aumento de un 6,5% promedio real anual), y equivale a un aumento del 418% respecto del gasto del año 1990 (correspondiente a un incremento del 7,1% promedio anual).

<sup>33</sup> Así, la trabajadora que tenga una enfermedad provocada por el embarazo o el parto, puede beneficiarse de descansos suplementarios recibiendo un subsidio equivalente a la totalidad de las remuneraciones y asignaciones que percibía. También se mantiene la obligación de las empresas que ocupan veinte o más trabajadoras de cualquier edad o estado civil, de tener salas anexas e independientes del local de trabajo, en donde las mujeres puedan dar alimento a sus hijos menores de dos años y dejarlos mientras estén en el trabajo. Igual obligación corresponderá a los centros o complejos comerciales e industriales y de servicios administrados bajo una misma razón social o personalidad jurídica, cuyos establecimientos ocupen entre todos, veinte o más trabajadoras.

<sup>34</sup> También se hace extensivo el derecho a licencia para la trabajadora o trabajador que tenga la tuición legal de un niño de edad inferior a 6 meses como medida de protección, tendrá el derecho a permiso y percibirá el subsidio correspondiente hasta por doce semanas.

En los últimos 15 años, el gasto en funciones sociales no ha modificado de manera significativa su participación en el gasto total, ubicándose en promedio en un 67,6%.

En la composición del gasto social, se aprecia un constante crecimiento de sus componentes en términos reales, mostrando el mayor tamaño el gasto destinado a protección social, que llega en torno al 39% al año 2015. En el cálculo se considera toda prestación de protección social en forma de beneficios, en efectivo o en especie, destinados a subsanar ítems como pérdida de ingreso por enfermedad o incapacidad, pensiones, desempleo, exclusión social, así como todo apoyo familiar (asignaciones por maternidad, prestación de alojamiento a niños y familias y ayuda para sufragar el costo de una vivienda, entre otros), además de los desembolsos destinados a la investigación y desarrollo relacionados con la protección social (Rodríguez y otros, 2016).

En el gasto social del año 2010, el mayor peso lo representaron las políticas de protección social, con un peso relativo de un 29,6%; de educación, con un 17,9% y de salud, con un 16,5%. Al 2015, este peso continúa comportándose de manera similar. El gasto en protección social representa un 39,1%, mientras que el de educación se mantiene en un 29,3% y salud con un alza al 27,5%. En cada una de estas áreas, vale destacar que los gastos con mayor importancia relativa en 2010, tanto en sus respectivas categorías como en el gasto total, fueron aquellos destinados a la población de edad avanzada, con un 19,4%; y a la educación preescolar primaria y secundaria, con un 13,0% (ver tabla 5).

El gasto total en personas mayores, de acuerdo con las estimaciones del Ministerio de Desarrollo Social (2012), alcanzó \$MM 3.912.841 y se concentra fundamentalmente en pensiones (74%), seguido por salud (25%). Según datos de la Encuesta Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (2009) solo un 8,1% de los cuidadores declara recibir algún tipo de prestación o transferencia económica por concepto de ayuda a personas mayores con dependencia. Esta cifra se debe básicamente al estipendio al familiar del cuidador de postrados, conocida como la medida presidencial 6b, la que además de la transferencia en dinero (\$ 20.000 mensuales) al cuidador, le entrega capacitación y respiro por parte de un funcionario del sistema público de salud. Existe un programa de transferencias de recursos gubernamentales al Consejo de Protección a la Ancianidad (Conapran) de carácter privado, mediante el cual se ha logrado mejorar la cobertura de atención y profesionalizar los servicios que la institución brinda (Arriagada, 2011).

**Tabla 5**  
Chile: evolución del gasto en protección social (2000-2015)

	2000		2010		2015	
	MM \$	Porcentaje del gasto total	MM \$	Porcentaje del gasto total	MM \$	Porcentaje del gasto total
<b>Gasto total</b>	12.166.242	100,0	24.361.553	100,0	25.254.437	100,0
<b>Salud</b>	1.583.237	13,0	4.021.593	16,5		27,5
<b>Educación</b>	2.077.928	17,1	4.355.327	17,9		29,3
<b>Protección social</b>	4.415.979	36,3	7.214.424	29,6		39,1
<b>Edad avanzada</b>	3.398.472,8	27,9	4.716.093	19,4		
<b>Familia e hijos</b>	363.600	3,0	791.758	3,3		

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de datos de DIPRES (2011 y 2016).

En suma, el crecimiento y distribución del gasto público social en Chile y de las prestaciones económicas y temporales en la última década, cuyos componentes más importantes son la protección social, la educación y la salud, muestra coherencia con la prioridad de la política social de poner énfasis en estos sectores y el respaldo normativo que permite asegurar capacidad presupuestaria para estas prioridades. Queda pendiente un análisis más detallado del impacto del crecimiento del gasto en la distribución del ingreso en Chile y en la disminución de la brecha social que pretenden conseguir estas políticas.

En cuanto a la autonomía económica y los recursos de los que dispone el Senama es importante subrayar que es un servicio autónomo con patrimonio propio, administrado de manera independiente. Sus directores deben presentar el presupuesto ante el Congreso Nacional, destacar los logros y plantear mejoras al servicio. Desde 2003 a la actualidad se ha logrado aumentar en un 65,4% el presupuesto que se administra anualmente, sin considerar el gasto y la inversión que realizan los otros ministerios y servicios públicos (Kornfeld y otros, en Huenchuan, 2016). Desde la puesta en marcha del servicio en 2003, el presupuesto ha ido en ascenso, pasando de 1.000 a \$ 31.471.714 millones de pesos en 2017 (Red Mayor, 2017). Sin embargo, en comparación con otros servicios dependientes del mismo ministerio, el Senama está dentro de los que menos recursos dispone, solo superado por el Servicio Nacional de Discapacidad (ver tabla 6).

**Tabla 6**  
**Presupuesto comparado de distintos servicios dependientes**  
**del Ministerio de Desarrollo Social (2017)**

Senama	Senadis	Sernam	Conadi
31.482.440	18.520.163	51.385.042	128.719.258

**Fuente:** Red Mayor (2017).

La inversión pública en materia de cuidados sociosanitarios, mediante los diferentes programas y servicios provistos por el Senama, benefició, según el informe del Ministerio de Desarrollo Social (2017) a más de 19.394 adultos mayores en situación de vulnerabilidad y con diferentes niveles de dependencia. Los logros en este aspecto se materializan mediante la construcción y habilitación de establecimientos de larga estadía (ELEAM) y centros diurnos.

Del balance de los logros, limitaciones y desafíos en torno a la política de envejecimiento y cuidados, se desprende, en primer lugar, que el tema está en la agenda pública, aunque no con la fuerza ni la dimensión que se requiere, pues los temas de pensiones y salud son los que han tenido más fuerza en ella. No obstante, se han logrado avances, tanto en materia de política como de institucionalidad en el transcurso de los últimos veinte años. Se ha logrado articular una política pública en la materia y se ha ganado en solidez institucional, pasando de ser una comisión asesora a constituirse en un servicio nacional. Sin embargo, tanto la temática como la institucionalidad son de reciente instalación.

Sin embargo, el problema no radica solo en la juventud del servicio, sino también en las condiciones de funcionamiento y el lugar que se le ha asignado. Se trata de un servicio centralizado con oficinas de coordinación regional. No existen direcciones regionales, o sea representaciones del servicio en las regiones. Existen temáticas relacionadas con el adulto mayor que dependen del ministerio sectorial y lo que existe es un trabajo de complementariedad con dichas instancias. Los entrevistados coinciden en que el tamaño y atribuciones que posee el Senama no están acordes con la complejidad de los desafíos que tiene la sociedad chilena en materia de políticas públicas para la vejez y el envejecimiento. Aunque es el órgano encargado del diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas en relación con el envejecimiento y la vejez, no posee facultades de fiscalización de programas que se encuentran bajo su ámbito de acción, sino solo de supervisión. Desde la academia y la sociedad civil se reconoce el avance que ha logrado el Senama en materia de políticas y programas dirigidos a las personas mayores, pero al mismo tiempo se explicita que falta avanzar en el desarrollo de una

institucionalidad que permita una mayor incidencia en el tema, así como en la entrega de más recursos para el servicio, los que en la actualidad son comparativamente menores que los que reciben otros sectores que atienden protección.

Por estas razones se considera que el rol del Estado es todavía débil en materia de políticas de envejecimiento en Chile en relación con las urgencias que ha puesto la celeridad de las transformaciones sociales que ha generado el envejecimiento. En el último tiempo, el quehacer institucional del Senama se ha politizado a la par que ha perdido fuerza técnica. El tema del envejecimiento se ha ido repartiendo a otras dependencias de nueva creación vinculadas al subsistema de cuidados (Chile Cuida), que responde a otra institucionalidad del gobierno. En este sentido, el servicio ha perdido fuerza rectora en el tema, en la medida en que aún no tiene las atribuciones para articular las distintas iniciativas y programas bajo la misma política y lógica y que se agregan nuevos actores gubernamentales.

El propio Senama ha reconocido estas limitaciones y desde el año 2014 ha iniciado un trabajo para el fortalecimiento del servicio y la revisión de las políticas que se aplican. Uno de los lineamientos relevantes durante el 2017 fue el fortalecimiento de la institucionalidad respecto del papel que cumple en la supervisión de los servicios ofrecidos por instituciones que proporcionan cuidados a las personas mayores. De esta manera, se creó una unidad de supervisión al interior del servicio, que comenzó a operar ese año, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de estándares definidos por el Senama y la calidad de los servicios de cuidados provistos a personas mayores beneficiarias (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

El problema radica en que las atribuciones del Senama en la coordinación con otras instituciones públicas en el manejo de programas dirigidos a personas mayores son limitadas y no vinculantes, por lo que algunos esfuerzos promovidos por el Senama, como consensuar un concepto de cuidados sociosanitarios para el trabajo con personas mayores, no tuvo el impacto esperado en su incorporación efectiva. Ministerios como el de Salud —con mayores atribuciones y presupuestos— controlan y fiscalizan parte de los programas que atienden a personas mayores y en su gestión no necesariamente siguen las directrices del servicio. A la fecha, el Senama sigue siendo un servicio pequeño, con presupuesto y atribuciones reducidas y cuya institucionalidad no es suficiente para dar respuesta de manera oportuna e integral a los crecientes desafíos.

Los entrevistados coinciden en que uno de los problemas graves de la gestión institucional de la política es la falta de articulación entre los servicios y programas que provienen de distintas instituciones. Al evaluar el desempeño, se revela que

existe poca comunicación entre las estructuras a nivel nacional y desde ellas hacia las regiones y las localidades, lo que se reproduce a nivel local. La atención primaria en salud tampoco dialoga con los programas del Senama a nivel local. Para que esta realidad cambie, se sugiere fortalecer las atribuciones del Senama en la coordinación de la política pública y generar espacios o entes rectores que permitan transversalizar la temática.

Aunque la política se base en una visión del envejecimiento activo, los entrevistados observan que en la práctica sigue prevaleciendo una mirada altamente patologizada de la vejez y la mayor parte de los programas y recursos están centrados cuando existe una situación de dependencia. La valoración negativa de la vejez —centrada en la enfermedad y en la carga que representa— sigue permeando la política y la intervención social. La política no incorpora la prevención como uno de sus lineamientos, lo que se refleja en los presupuestos, pues se destina la mayor cantidad de recursos a la atención de la dependencia.

Como factores positivos y oportunidades para aprovechar en el mediano plazo se señala la positiva alianza que existe entre el Estado y la sociedad civil en este tema, con una participación significativa de las universidades. En este sentido, hay una mayor concientización de la importancia y urgencia de la creación de programas innovadores.

## E. Características de la oferta de cuidados

En este apartado se identifican y caracterizan brevemente los principales programas y servicios en que se proporciona cuidados a las personas mayores, las instituciones que ofrecen estos servicios (Estado, hogares, mercado, comunidad y tercer sector<sup>35</sup>) y el carácter de los mismos (públicos, privados). En función de los datos disponibles se analiza el nivel de la oferta actual en relación con la demanda, así como la distribución de la responsabilidad del cuidado entre los distintos actores<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> El tercer sector está compuesto por el conjunto de iniciativas formalizadas en activo de la sociedad civil, con autonomía de gestión e independencia, de carácter no lucrativo y por norma general voluntario, y que orientan su actividad a la intervención social en sentido amplio, lo que implica que tienen por finalidad la mejora del entorno social desde campos muy variados y que desarrollan su actividad en y desde un territorio concreto.

<sup>36</sup> Los estudios advierten, junto con la dificultad de información respecto de las personas mayores demandantes de servicios de cuidado, un alto grado de dificultad para caracterizar y evaluar la oferta pública y privada de cuidados para este grupo (Senama, 2009).

Desde que se reconoce a las personas mayores como un grupo prioritario de las políticas públicas en Chile, se han producido algunas mejoras en la ampliación de la oferta de cuidado, que es producto del aumento de los recursos monetarios para la población más pobre mediante la reforma previsional y de la salud, con la eliminación del pago del 7% de la pensión para la salud. Dicha medida no es menor, si se tiene en cuenta que el 86,3% de las personas mayores chilenas se encuentra inscrita en el sistema público de salud<sup>37</sup>. Las garantías explícitas en salud han logrado un importante avance, ya que de las 80 que fueron aprobadas, 59 están focalizadas en las personas mayores. En el área de salud existe mayor cobertura y además está incorporado la prevención con exámenes para mayores y los programas de alimentación complementaria.

El segundo informe sobre la ejecución de la reforma previsional señalaba que, a diciembre de 2011, el 34,5% de los pensionados del país recibía una pensión básica solidaria (PBS) y que un 25,8% el beneficio de aporte previsional solidario (APS). Durante el segundo semestre de 2011, los beneficiarios del pilar solidario aumentaron en un 3,2% respecto del semestre anterior, llegando a 1.060.355 personas como promedio mensual. Para la misma fecha, 194.464 mujeres se han beneficiado del bono por hijo.

La oferta de cuidados proporcionada por el Estado para las personas mayores en Chile es proporcionada por diferentes instituciones y una multiplicidad de programas. Los prestadores de servicios de cuidado pueden dividirse en tres grupos de acuerdo con su origen institucional: i) residencias de larga estadía (hogares administrados directamente por el Senama o administrado por otras instituciones privadas sin fines de lucro, subsidiadas por el servicio), ii) servicios de salud primaria, y iii) programas de apoyo a los cuidados, dependientes de otros ministerios o servicios y/o de los gobiernos locales, que se traducen en distintos tipos de prestaciones. La oferta programática del Senama se articula en torno a dos líneas: la participación y el cuidado de las personas mayores. En el siguiente gráfico se detallan los distintos programas según su línea estratégica.

---

<sup>37</sup> Vale recordar que el pilar de la reforma previsional se define por la entrega de una pensión básica solidaria y no una pensión básica universal.

**Figura 1****Oferta programática de del Senama de atención y cuidados a las personas mayores en Chile (2015)**

Programas de participación	Programas de cuidados
Buen trato	Centros día
Envejecimiento activo	Cuidados domiciliarios
Asesores senior	ELEAM y subsidio ELEAM
Te acompaño	
Vínculos	Programas de participación / cuidados
Escuela de formación para dirigentes mayores	Escuela de formación para dirigentes mayores
Turismo social	

Fuente: FLACSO, 2015, p. 71.

Aunque en el anexo se encontrará una descripción detallada de la fundamentación, objetivos y población objetivo de cada programa, a efectos del análisis comparado resulta relevante mostrar la oferta de programas de cuidados y participación (ver tabla 7).

**Tabla 7****Chile: programas del Senama sobre cuidados y participación (2015)**

Programa	Criterios de ingreso	Número de beneficiarios
<b>Programas de cuidados</b>		
Programa de centros de día	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas mayores de 60 años.</li> <li>Pertenecientes al I, II o III quintil de vulnerabilidad.</li> <li>Que presenten dependencia leve, deterioro cognitivo leve o depresión leve.</li> </ul>	1.200
Cuidados domiciliarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas mayores de 60 años.</li> <li>Pertenecientes al I, II o III quintil de vulnerabilidad.</li> <li>Que presenten dependencia moderada o severa.</li> </ul>	1.835
Establecimientos de larga estadía para AM (ELEAM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas mayores de 60 años.</li> <li>Que pertenecen a los quintiles I, II y III.</li> <li>Que presentan dependencia moderada o severa</li> </ul>	588
Programa fondo subsidio ELEAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas mayores de 60 años.</li> <li>Que pertenecen a los quintiles I, II y III.</li> <li>Que presentan dependencia moderada o severa.</li> </ul>	5.820
<b>Programas de participación y cuidados</b>		
Conjunto de viviendas tuteladas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas mayores de 60 años.</li> <li>Autovalentes.</li> <li>Que pertenecen a los quintiles I, II y III de carencia habitacional (puntaje Rukan 3).</li> </ul>	781
Fondo Nacional del Adulto Mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Componente autogestionado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Personas mayores de 60 años.</li> <li>Pertenecientes a organizaciones de mayores.</li> </ul> </li> <li>Componente intermedio:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Personas mayores de 60 años.</li> <li>Que pertenecen a los quintiles I, II y III de vulnerabilidad.</li> <li>Que presentan algún grado de dependencia.</li> </ul> </li> </ul>	1.873

Fuente: FLACSO, 2015.

Desde la creación del Senama se han producido avances en el desarrollo de programas para la atención al adulto mayor en sus distintas necesidades y etapas, desde una condición autónoma y activa hacia otra de dependencia moderada o severa. Los entrevistados reconocen que la variedad de la oferta ha mejorado sustantivamente para resolver las distintas y complejas necesidades de las personas mayores. En el Senama existen programas para personas mayores autovalentes y no valentes.

El gran desafío, sin embargo, es la cobertura<sup>38</sup>, pues el número de beneficiarios es muy bajo en todas las modalidades de programas en relación con el número creciente de personas mayores. La oferta pública residencial (establecimientos de larga estadía), pareciera haber disminuido, ya que en el catastro del año 2011 realizado por el servicio se reportaba un número aproximado de 663 establecimientos autorizados (Senama, 2011), que disminuyó en aproximadamente cien establecimientos, según el dato de 2017, a pesar de que la demanda ha aumentado. A la cobertura insuficiente, hay que agregar los problemas de certificación de calidad y fiscalización de este tipo de establecimientos. Por otra parte, la oferta de servicios de cuidado domiciliario para personas mayores es escasa y no tiene normas de certificación y acreditación para su funcionamiento. Otra de las dificultades que presenta la oferta es el déficit de recursos humanos para la atención de la salud de este grupo etario, ya que, en Chile, es muy baja la proporción de geriatras formados entre los médicos.

El año 2009, se contaba solo con 27 especialistas en geriatría reconocidos por la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, cifra que se elevó a 57 en 2016, aunque el sistema de salud registra a 88, la diferencia corresponde a quienes no hicieron la especialidad, pero fueron acreditados por el Fondo Nacional de Salud. Este número es insuficiente para atender a la creciente población de adultos mayores: existe un geriatra por cada 34 mil adultos mayores; los estándares internacionales recomiendan uno por cada 5 mil. Por otra parte, la distribución de los geriatras no es la adecuada, porque menos de la mitad trabaja en el servicio público y la mayoría se encuentra en la Región Metropolitana<sup>39</sup>. La diferencia entre geriatras y pediatras es enorme. En el mismo año la Superintendencia de Salud registra 2.885 pediatras, es decir, existe uno por cada 1.270 niños.

<sup>38</sup> Es importante aclarar que no se puede medir la cobertura, puesto que no existen datos sobre la población meta de cada programa.

<sup>39</sup> Datos proporcionados por Rubén Valenzuela, director del Senama en entrevista concedida al diario La Hora, disponible en <http://www.lahora.cl/2016/08/alertan-falta-geriatras-chile/>, consultada el 18 de diciembre de 2017.

Respecto de la participación, la entrevistada de la sociedad civil destaca los programas de participación de las personas mayores y la organización comunitaria conformada de estos. En 2017, se crearon once organizaciones regionales y una confederación regional, lo que es muy relevante a nivel nacional<sup>40</sup>. Las organizaciones de personas mayores han crecido en número y variedad. Sin embargo, presentan problemas de atomización y falta de liderazgo en su gestión. No cuentan con un referente dentro de las personas mayores, pues quienes hablan en su nombre no suelen ser personas mayores.

1) *La familia como proveedor principal de cuidados hacia las personas mayores*

La organización social del cuidado en Chile está sustentada en la dependencia sistemática de la familia para la provisión de este trabajo (Acosta, 2015). Lejos de la creencia común de que los mayores en la sociedad contemporánea han sido abandonados por su familia, la evidencia empírica en este país muestra una realidad muy distinta. La familia sigue siendo el principal sostén para los adultos de edad avanzada (Guzmán y Huenchuan, 2005). Según datos de la Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores (2009) este porcentaje aumenta en el grupo de adultos mayores, donde el 92,2% de los cuidadores son proporcionados por los familiares. Por su parte, el peso del trabajo doméstico en la oferta de servicios de cuidados a este grupo no alcanza el 2%

La distribución por género de los cuidadores de mayores dependientes también se inclina hacia las mujeres según el estudio de Dependencia (Senama, 2011), pues el 89% de las personas que entregan cuidados corresponde a mujeres, cuyo promedio de edad es de 53 años. Cuando son hombres, reciben ayuda en el cuidado en el 64,8% de los casos, mientras las mujeres solo en el 43,8% de los casos. En cuanto al parentesco, la responsabilidad del cuidado recae, sobre todo, en las hijas o hijos (44%), seguido por las parejas (28%).

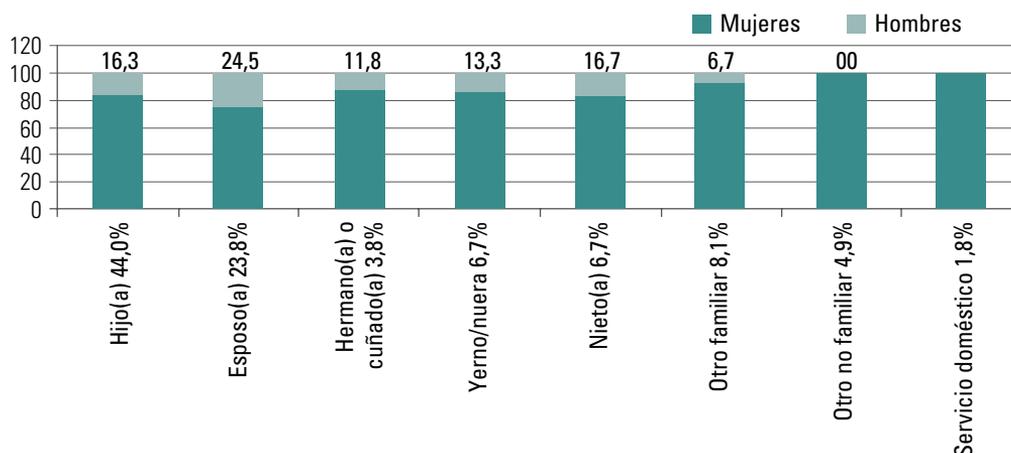
En el mismo estudio, se señala que las condiciones en que se ejerce el cuidado de un familiar tienen un gran impacto en la salud y la sociabilidad del cuidador, pues el escenario de alta tensión en que vive perjudica su salud tanto psíquica como física. Dos tercios de las y los cuidadoras no han tenido vacaciones hace más de 5 años, cuida a su familiar más de doce horas diarias, no comparten el cuidado y se sienten solos, sobrecargados y sobrepasados por su situación. A lo que se suma que el trabajo de cuidado no les permite generar ingresos.

---

<sup>40</sup> Información proporcionada en entrevista por representante de organizaciones de personas mayores.

Gráfico 2

## Chile: cuidadores de las personas mayores dependientes según género



**Fuente:** Elaboración del Senama sobre la base del Estudio de Dependencia (Senama, 2011).

Por su parte, los datos de la Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2013) muestran que una de cada cinco personas mayores está a cargo del cuidado de un nieto o nieta todos los días de la semana. Esta labor la cumplen principalmente las mujeres que tienen educación básica o media. Desde el punto de vista del receptor de cuidados, también se experimentan desigualdades de género en relación con la posibilidad de recibir apoyos en la vejez.

Para el caso de las personas discapacitadas, se estima que hasta en un 88% del total de cuidados prestados corresponde a cuidados de tipo informal (Herrera, 2007) y el 68,71% de los apoyos son proporcionados por un familiar (Fonadis-INE, 2004). Existe un porcentaje no despreciable (30%) de personas con discapacidad que no reciben ningún apoyo. El alto costo de la atención que requieren las personas dependientes —en particular, los discapacitados y ancianos enfermos— y la dificultad de los servicios asistenciales para atender las múltiples demandas de estos grupos, provoca que se traspase a los cuidadores familiares e informales prácticamente la totalidad de la responsabilidad y costo del cuidado. Estos, muchas veces, no disponen del tiempo ni las competencias necesarias para brindar un cuidado de calidad: “Los cuidados de salud que se dejan de hacer en el sistema institucional público o privado son realizados en el espacio doméstico, la mayor parte por mujeres, que deben absorber los costos de la salud ahorrados por seguros públicos y privados sin ninguna visibilidad ni retribución” (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2004).

## 2) *La participación del mercado*

El *Estudio de la situación de adultos mayores dependientes con pensión asistencial* (Senama, 2007) señala que el 9,7% de los mayores declara estar bajo el cuidado de una persona o entidad (hogares de ancianos o similares), dentro de una relación de servicio pagado (formal).

Las personas mayores institucionalizados en 2009 se repartían en 1.668 residencias (Senama, 2009), entre ellas 624 correspondían a residencias colectivas informales y 1.044 a residencias colectivas formales. Estas últimas son dependientes de instituciones vinculadas a la Iglesia católica como el Hogar de Cristo y la Fundación Las Rosas, corporaciones de derecho privado como Conapran (Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad) y hogares de colonias extranjeras, entre otros. Asimismo, existía un 37% de hogares informales que no garantizan la calidad de la atención ni son supervisados.

En 2013, se reportaban 726 residencias de larga duración para adultos mayores y la mayoría de ellas (65,8%) están ubicadas en la capital —donde hay mayor disponibilidad de estos servicios— y eran privadas o con fines de lucro y un 31,5% eran pertenecientes a organizaciones religiosas sin fines de lucro. Solo el 2,6% de este tipo de servicios son públicos (Senama, 2013). Las condiciones en que funcionan la mayoría de estas instalaciones no es suficientemente conocida, puesto que las capacidades de fiscalización son limitadas y que el Senama no tiene atribuciones para ello. Recién el año 2010, el Ministerio de Salud aprobó una resolución para establecer condiciones mínimas de seguridad, higiene, personal e infraestructura para la operación de estas instalaciones (Ministerio de Salud, 2010).

Los costos de los servicios privados son altos. Las residencias de larga estadía tienen tarifas que van desde los \$ 220.000 hasta los \$ 2.000.000 mensuales, dependiendo del tipo de servicio y prestaciones que se ofrezcan. En esta clasificación se pueden encontrar residencias que cuentan con servicios mínimos hasta establecimientos de lujo, que han sido catalogados como *senior homes* en las comunas de niveles socioeconómicos más altos (Las Condes, Providencia y Vitacura, entre otras) (Senama, 2009). En este contexto, ha surgido un nicho para el cuidado de las personas mayores en las residencias privadas de lujo, dirigido a un estrato socioeconómico alto, que puede pagar los altos costos de estos servicios que pueden llegar a 3.000 dólares. Altomonte (2017) señala que este tipo de servicios imita el modelo de *nursing home* de Estados Unidos y, en el caso chileno, están financiadas por capitales extranjeros.

Otra solución para la demanda de cuidado ha sido la contratación de trabajo doméstico remunerado. La migración femenina, en particular de origen peruano, ha respondido a la demanda de trabajadoras del hogar. Según datos de la encuesta CASEN de 2015, el 12% de los migrantes está inserto laboralmente en el servicio doméstico, rama cubierta en su totalidad por mujeres.

Por último, es importante mencionar que todavía persiste un importante grupo de la oferta de cuidados del cual no se posee información. El estudio de Arriagada (2011) indica que en Chile los hogares de ancianos reconocidos, no alcanzan a cubrir la demanda existente y este déficit, según la autora, promueve el surgimiento de hogares de ancianos clandestinos que han sido denunciados en la prensa local.

### 3) *Comunidad y tercer sector*

En Chile, como ha sido la tendencia en América Latina, la comunidad es fundamental en el apoyo al cuidado. El origen de las llamadas modalidades de cuidado no convencionales o alternativas a las que entregan sistemas educativos o de salud ha sido de carácter social (Acosta y otros, 2007). Frente a la falta de apoyo estatal, la misma comunidad ha creado los espacios para dar respuesta a sus propias necesidades, en alianza con ONG e instituciones religiosas, principalmente. La sociedad civil ha tenido un papel importante como proveedor de cuidados y programas para la vejez en Chile. El 98% de las personas en situación de vulnerabilidad son atendidas por programas de la sociedad civil<sup>41</sup>, con participación del Estado mediante la transferencia de recursos.

No obstante, es importante tener en cuenta que los procesos de modernización acelerada que ha experimentado la sociedad chilena han impactado negativamente sobre el tejido comunitario y en la actualidad sus capacidades y apoyos se encuentran disminuidos. Datos del 2009 indican que el 96,2% de las personas mayores declara no recibir ningún tipo de ayuda por parte de la comunidad (Senama, 2010). Los pocos que la reciben, declaran que se traduce fundamentalmente en tiempo de cuidado. En relación con los apoyos comunitarios disponibles para las personas con discapacidad, el Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile (Fonadis, 2004) sugiere que los amigos o vecinos no se involucran en el cuidado de una persona con discapacidad. Esta situación es ratificada por el segundo estudio de 2015, que arroja que solo un 2,9% de los cuidados son proporcionados por personas que no son parientes (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

---

<sup>41</sup> Información recabada en entrevistas.

Por su parte, la participación del tercer sector se manifiesta fundamentalmente mediante las congregaciones religiosas que han funcionado como intermediarias entre la demanda de la población y la oferta de trabajadores. A este actor se han sumado más recientemente algunas organizaciones de la sociedad civil, como las ONG y las asociaciones de inmigrantes. Todas ellas, de manera formal o espontánea, han incorporado las funciones de intermediación laboral, la información, el asesoramiento jurídico o el apoyo a la formación de las cuidadoras.

En síntesis, pese a los esfuerzos de coordinar de forma centralizada las iniciativas gubernamentales y no gubernamentales en materia de atención a la población adulta mayor, en la actualidad persisten serios problemas en el déficit de cobertura, en la heterogeneidad y dispersión de datos, así como en la gran desigualdad socioeconómica y a nivel regional y local respecto de la oferta de servicios. El problema radica en que muchos de los programas no tienen una presencia nacional y, por lo tanto, el impacto es muy limitado.

Las entrevistas confirman que existen diferencias significativas en la oferta programática de calidad en sectores más favorecidos económicamente en la Región Metropolitana y entre ésta y el resto de las regiones. Estas diferencias se expresan significativamente en el nivel de preparación del recurso humano. Persisten también importantes desigualdades de género no solo en los cuidados, sino también en la participación. A pesar de que el 85% de las organizaciones de personas mayores están constituidos por mujeres, son hombres quienes lideran la mayoría.

La oferta de servicios cuidado en el sector público carece de centros abiertos, programas de apoyo a las actividades instrumentales, atención en salud mental y la rehabilitación física, y es igualmente escasa en el sector privado, los que existen están dispersos y no alcanzan a satisfacer las necesidades mínimas de la demanda. Desde la perspectiva de los usuarios predomina un alto desconocimiento de la oferta y una insatisfacción generalizada con la suficiencia de los servicios en el entorno donde están emplazados, a lo que se suma el alto costo de estos centros (Senama, 2009).

Los entrevistados señalan que la evaluación de los programas es deficitaria, pues no logran dar cuenta del impacto y tampoco de las brechas que existen, por ejemplo, respecto de los recursos humanos, ya que las dificultades de implementación de los programas muchas veces se relacionan con la falta de capacitación. Predomina una suerte de voluntarismo expresado en crear e implementar programas, pero poco en evaluar su efectividad y eficacia.

Otra dificultad se relaciona con el carácter asistencial que aún predomina en los programas y servicios que el Estado ofrece; la inversión en actividades preventivas y educativas es relativamente reciente y escasa (Arriagada, 2011). Según los entrevistados, prevalece una mirada paternalista en la gestión de los programas, que no considera a la persona mayor como un sujeto. Asimismo, se observa coherencia en las políticas sociales, pero falta comunicación y relación entre los programas, lo que puede implicar que haya sobre o baja intervención en los hogares por falta de coordinación.

El sistema nacional de cuidados tiene un carácter piloto e incipiente y, por lo tanto, requiere mayor coordinación. Se ha puesto el foco en las personas mayores, pero no en las que tienen dependencia severa, como aquellas que tienen discapacidad intelectual o enfermedades, las que no están adecuadamente consideradas en una política de cuidados a pesar de los esfuerzos del Senadis.

En síntesis, en la actualidad la demanda de cuidados de la población mayor es resuelta fundamentalmente por la familia, lo que refleja una profunda inequidad social y la brecha existente entre los ciudadanos en el acceso a los servicios de cuidado. Estas diferencias, determinadas por el poder adquisitivo de los individuos se acentúan cuando se compara lo que es enfrentar la vejez en dependencia con y sin recursos económicos.

## **F. Consideraciones finales y reflexiones del caso en relación con las políticas públicas**

Desde el año 2007, Chile ha sido etiquetado como un país con envejecimiento avanzado y las políticas públicas no han incorporado los desafíos que implica ser un país envejecido. El tema no ha estado en la agenda pública o se ha reducido a las dos dimensiones más visibles: las pensiones y la atención en salud. Las encuestas evidencian que la mayoría de las personas considera que el país está poco preparado para el envejecimiento poblacional, a lo que se suma que predomina una visión negativa de la vejez, en la que las personas mayores son consideradas como una carga y el envejecimiento una patología, un déficit.

Chile ha iniciado el proceso de transición demográfica a mediados de los años setenta, que se ha profundizado a inicios del presente siglo. El ritmo de crecimiento de las personas mayores ha sido el doble respecto del promedio nacional y del de menores de 60 años y ha tenido un ritmo sostenido y acelerado. En la actualidad, los mayores de 60 años representan el 17,5% de la población y se estima que al

año 2050 ascenderán a un tercio. Entre las características de este proceso, destaca que —aunque aún se trata de una vejez joven— el segmento de los mayores de 75 años ya representa un tercio de la población mayor e irá en incremento. Los datos sobre la esperanza de vida en Chile están convirtiendo a la vejez en una de las etapas más largas de la vida, con las implicancias sociales que ello tiene.

Otra de las características del envejecimiento en Chile es su feminización. Las mujeres no solo son mayoría dentro del grupo de personas mayores, sino que además experimentan esta etapa en condiciones muy desiguales a la de los hombres. La desigualdad del envejecimiento también se expresa territorialmente; aunque la población mayor se concentra en las zonas urbanas, las zonas rurales son las más envejecidas. En cuanto a la distribución territorial, la mayor concentración de personas mayores se encuentra en la Región Metropolitana, pero las regiones más envejecidas se encuentran en el sur del país, además de Valparaíso en la zona central.

En cuanto a su nivel de presencia en los hogares, conviven en el 40% de los hogares chilenos y existe un porcentaje no despreciable de personas mayores que viven solas (13%). La participación laboral de las personas mayores en Chile ha venido incrementándose desde el año 1990 hasta llegar en la actualidad a un 29,5%. Los patrones de participación reproducen las desigualdades de género, tanto a nivel de la participación como en los ingresos que reciben las mujeres. Las personas mayores, en general, reciben en promedio menos ingresos cuando participan del mercado laboral que el resto de la población.

El envejecimiento en Chile se ha producido en un escenario de transformaciones de la política social y la matriz del bienestar, pues se ha intentado avanzar hacia la desmercantilización mediante componentes solidarios en áreas clave de la política como la salud, la educación y las pensiones. La modalidad en que se han producido estos cambios ha sido de carácter gradual y no estructural. El diseño e implementación de políticas mixtas con la recuperación de la democracia, si bien conserva algunos rasgos del modelo neoliberal y privatizador de la dictadura, avanza hacia la generación de un sistema de protección social con mayor cobertura institucional, equidad en el acceso y calidad en los servicios. En este contexto es entendible la priorización, en primera instancia, de la población más pobre y vulnerable del país.

Los cambios emprendidos desde los años noventa gradualmente han dado paso de políticas asistenciales y compensatorias hacia una política de reconocimiento de derechos y establecimiento de garantías. Sin embargo, muchas de estas políticas siguen sustentándose en la familia y, en especial, en las mujeres, como responsables

casi exclusivas de las tareas de cuidado. La responsabilidad del cuidado está desigualmente distribuida no solo a nivel familiar sino también social, lo que refleja el efecto estratificador de las políticas sociales previas, del retraimiento del Estado y de los altos niveles de individualización, que, en su conjunto, terminan recargando a la familia con esta responsabilidad.

En este escenario, el análisis del marco jurídico-normativo permite visualizar que en Chile se han producido importantes transformaciones de los cuerpos normativos que regulan la atención a las personas mayores y la protección social en general. El Estado chileno ha tenido un papel activo en distintas instancias internacionales y regionales donde se ha discutido sobre cómo avanzar en normativas y políticas sobre el envejecimiento. En este proceso, destaca la firma de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores en 2015, que fue ratificada en 2017. El país, desde la recuperación de la democracia, ha avanzado gradualmente en la creación o actualización de instrumentos jurídicos nacionales para que los derechos sancionados en los acuerdos internacionales puedan ser exigibles en el país.

De esa manera, se ha conseguido mediante reformas legales —de distinto alcance— el reconocimiento del derecho a ser cuidado y poder disfrutar de una vejez digna. Este logro tiene un valor en sí mismo al impedir la regresividad del reconocimiento del derecho al no quedar a merced de la discrecionalidad de la autoridad política de turno.

Los esfuerzos políticos, traducidos en iniciativas legales concretas, han adaptado la armazón jurídica general y sectorial a las nuevas necesidades y demandas de protección social, logrando con ello favorecer a los sectores y grupos más vulnerables. Sin embargo, en opinión de los entrevistados aún falta un largo camino por recorrer en materia de derechos de las personas mayores, por cuanto aún no existen leyes adecuadas que rijan el tema y en algunos casos no se han convertido en leyes específicas. Al respecto consideran que la propia ley que crea el Senama está desactualizada en su formulación respecto de los avances en materia de enfoques de trabajo con las personas mayores.

Con todo, se trata de instrumentos jurídicos de reciente creación, cuya instalación definitiva y evaluaciones comprensivas no se han materializado. Los entrevistados reconocen que existe escaso conocimiento respecto del marco normativo y una significativa distancia entre la norma y la práctica. Ha sido lento y complejo el proceso de adecuación de los marcos normativos nacionales a las directrices que emanan de las convenciones internacionales que el Estado chileno

ha firmado y ratificado. Ha costado mucho lograr una articulación adecuada entre las normas nacionales y las declaraciones generales. Existe, en estricto rigor, un marco normativo que está distanciado de las prácticas concretas de atención a las personas mayores.

En el diseño y puesta en ejecución, las iniciativas legales han priorizado a los sectores más pobres (40% y luego 60% de las familias más pobres), bajo criterios de solidaridad y no de universalidad, teniendo en cuenta las limitaciones presupuestarias y los principios de equidad. A pesar de los avances, existen temas que no están cubiertos, como la fiscalización de programas y servicios, cuya facultad en el caso de la atención a la persona mayor la tiene la Secretaría Regional Ministerial de Salud. Tal es el caso de la supervisión o regulación de los establecimientos de larga estadía, cuya competencia no está en Senama. Además de la fiscalización existen vacíos en la evaluación de los programas, por lo que no se puede determinar su pertinencia, eficiencia y eficacia.

El empleo y la igualdad de oportunidades laborales para las personas mayores es un tema pendiente, así como la capacitación. Otro de los aspectos no considerados en las normativas es el del ciclo de vida. Los instrumentos de derechos se han centrado en el tema del cuidado y ha faltado explicitar la identidad biográfica de las personas, que se considera un elemento central. Esta carencia es crítica en términos de transporte, ciudades amigables e infraestructuras de los servicios de salud, entre otros. No ha estado la mirada puesta en las necesidades e intereses de la persona mayor. La autonomía del adulto mayor frente a la inminencia de la muerte es otro de los temas que requieren ser abordados en materia normativa.

El nuevo marco jurídico también requiere adecuarse a las exigencias que vienen dadas por problemas de larga data en la gestión de los programas sociales como las articulaciones entre el nivel central y local y el papel de los municipios en la gestión adecuada y pertinente de los mismos. Existe consenso entre los entrevistados en que —frente a la dispersión de la gestión y de los programas, a las escasas competencias del servicio que atiende a las personas mayores y a otros problemas— son temas que requieren ser abordados para que la norma pueda ser cumplida y fiscalizada.

En síntesis, se requiere modificar y actualizar la ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, adecuándola a una perspectiva de la persona mayor como sujeto de derechos. Esto permitiría entregar al Senama las atribuciones necesarias para que se convierta en el órgano referente y articulador de las políticas públicas de envejecimiento y vejez. Dentro de ellas, son urgentes las facultades

de fiscalización a programas que se encuentren dentro de su ámbito de acción y, por lo tanto, la facultad de sancionar a aquellos que vulneren los derechos de las personas mayores, cuestión que no es posible en la actualidad porque solo cuenta con facultades de supervisión.

Las debilidades encontradas en los cuerpos normativos apuntan a la necesidad de aumentar por ley las atribuciones del Senama respecto de la coordinación con otras instituciones públicas en el manejo de los programas centrados en las personas mayores, mediante la intervención directa y vinculante del servicio en cada uno de ellos. Para el fortalecimiento de la presencia en regiones se requiere cambiar la actual figura de coordinación regional hacia la de dirección regional, entregándoles mayores atribuciones para trabajar en la región que corresponda. Finalmente, como mecanismo de protección de derechos, es importante entregar al Senama la facultad de representar judicialmente a las personas mayores en caso de vulneración de sus derechos.

A pesar de los avances, los entrevistados consideran que no se puede afirmar que el derecho a ser cuidado en la vejez esté garantizado en este país, pues las prestaciones otorgadas por el Estado tienen importantes limitaciones de cobertura y alcance. Para garantizar el derecho a ser cuidado en la vejez se requiere un trabajo más profundo, que implica tanto acciones de prevención como considerar la heterogeneidad de la vejez, la historia de vida y ampliar las coberturas. El concepto de condiciones mínimas garantizadas de calidad de vida (Raczynski, 2008) es un aporte porque instaura un conjunto de estándares que se consideran mínimos deseables para una vida protegida del riesgo y la vulnerabilidad. Sin embargo, al mismo tiempo, surge la pregunta por la sostenibilidad de estos mínimos —los mínimos son muy mínimos— y su incidencia en la transformación de la estructura de oportunidades de las personas mayores.

Se han registrado avances tanto en materia de política como de institucionalidad. Se ha logrado diseñar una política pública sobre envejecimiento y se ha consolidado el marco institucional bajo el cual implementar la política. Debido a que la instalación de la política y su institucionalidad es reciente, presenta limitaciones para asumir la complejidad de los desafíos de un país envejecido. El tipo de institucionalidad es una de las limitantes, ya que el Senama tiene rango de servicio, es de carácter centralizado y su presencia regional se traduce en oficinas de coordinación. Como depende del Ministerio de Desarrollo Social, la coordinación con otras carteras —que también entregan servicios de cuidado y atención al adulto mayor— es débil. El tamaño y atribuciones que posee el Senama no están acordes con la complejidad de los desafíos que debe asumir. Como órgano rector de la política

no posee facultades de fiscalización de programas que se encuentran bajo su ámbito de acción.

Estas limitantes ponen en evidencia el débil rol del Estado en materia de políticas de envejecimiento, a lo que se agregan la falta de recursos —que son comparativamente menores que los que reciben otros sectores que atienden protección—, la politización del quehacer institucional así como la pérdida de fuerza técnica, frente a la creciente multiplicación de actores gubernamentales y la repartición de la agenda de cuidados en otras dependencias de nueva creación vinculadas al subsistema de cuidados. Como resultado, el servicio ha perdido fuerza rectora en la medida en que no tiene atribuciones para articular las distintas iniciativas y programas bajo la misma política y lógica

La dimensión técnico-operativa de la política presenta problemas, pues las atribuciones limitadas y no vinculantes del Senama dificultan la coordinación con otras instituciones públicas en el manejo de programas dirigidos a las personas mayores; esta desarticulación entre los distintos servicios y programas que provienen de distintas entidades y servicios es reflejo de que la institucionalidad actual no es la adecuada.

Por otra parte, prevalece una mirada altamente patologizada de la vejez, por lo que la mayoría de los programas y recursos están centrados en la vejez en situación de dependencia. La valoración negativa de la vejez, centrada en la enfermedad y en la carga que representa, sigue permeando la política y la intervención social. La política no incorpora la prevención, lo que se expresa la mayor cantidad de recursos se destinan a la atención de la dependencia.

Como un factor positivo y una oportunidad, se encuentra la alianza entre el Estado y la sociedad civil en este tema, con una participación significativa de las universidades. En este sentido, existe una mayor concientización de la importancia y urgencia del tema a nivel social, desafiando la creación de programas innovadores.

Por último, en cuanto a la dimensión programática y de distribución de la responsabilidad social del cuidado, pese a los esfuerzos de aumentar la cobertura en materia de atención a las personas mayores, en la actualidad persisten serios problemas de déficit en la oferta de cuidados, así como alta desigualdad socioeconómica, regional y local. Muchos de los programas no tienen presencia nacional, por lo que su impacto es muy limitado. Las modalidades en que se concreta la oferta de servicios no es lo suficientemente variada y no se adapta a la realidad de las personas mayores y sus familias. Los servicios orientados a la prevención, la atención en salud mental y la

rehabilitación física, entre otros, se encuentran débilmente desarrollados y dispersos a nivel nacional.

Desde la perspectiva de los usuarios predomina un alto desconocimiento de la oferta y una insatisfacción generalizada con la suficiencia de los servicios en relación con la realidad del entorno donde están emplazados, además de dificultades en el acceso debido a sus altos costos.

Los recursos humanos son insuficientes de acuerdo con las necesidades actuales y futuras, además de su desigual distribución territorial. Persisten además importantes desigualdades de género no solo en los cuidados, que recae fundamentalmente en las mujeres, sino también en la participación.

Otros problemas lo constituyen la falta de evaluación de los programas para poder mejorar la oferta existente, el carácter asistencial predominante en los programas y servicios que ofrece el Estado, así como la mirada paternalista en la gestión de los programas, que considera la persona mayor como objeto. El carácter piloto e incipiente del sistema nacional de cuidados no permite evaluar si la actual política podrá resolver la creciente demanda de cuidados de la población mayor. Mientras, sigue siendo la familia la principal responsable del cuidado, lo que reproduce la profunda inequidad social y evidencia la brecha existente entre los ciudadanos en el acceso a los servicios de cuidado.



## A. Contextualización

Dentro de los modelos de bienestar se clasifica a Cuba entre los llamados tipos mixto o casos difíciles. De acuerdo con el análisis de Campoalegre y otros (2015), no se lo puede encasillar en los enfoques tradicionales —liberal, socialdemócrata o conservador— según la correlación familia-estado-mercado establecida por Esping-Andersen (2000). Con el desarrollo del proceso de transformaciones impulsado por la llamada Revolución cubana, el modelo de desarrollo social del país ha tenido a la equidad y la cobertura universal como principios rectores de la política social (Uriarte, 2002). La responsabilidad por el financiamiento y la distribución de los bienes sociales ha estado puesta en manos del Estado. Desde entonces se crearon sistemas de salud y educación gratuitos, junto con una red de protección social que incluía la seguridad laboral, la protección de la vivienda, subsidios a los alimentos y los servicios básicos y mecanismos para amparar a las familias vulnerables.

Mesa-Lago (2012) señala que, en el período 1959-1989, la revolución logró avances muy notables en materia de protección social al priorizar y asignar recursos fiscales para materializar dichos objetivos. Una parte fundamental de esos recursos provenían de la ayuda proporcionada por la Unión Soviética y el resto de los países socialistas por vía de donaciones o subsidios. La agenda de desarrollo social consideraba como áreas fundamentales promover el pleno empleo; reducir la desigualdad en el ingreso; universalizar los servicios gratuitos de educación y de salud, reduciendo con ello las desigualdades territoriales; alfabetizar a la población y acelerar la incorporación de la mujer a la fuerza laboral con políticas de educación y de cuidado infantil. Asimismo, expandir la cobertura y el monto de las pensiones de seguro social —financiadas por las empresas estatales y el fisco, sin cotización de los trabajadores—; crear un programa de asistencia social nacional y municipal; y convertir a la gran mayoría de la población en propietaria de las viviendas que tenían arrendadas.

Espina (2010) señala que la lógica de la política social implementada con la Revolución en ese periodo, en primer lugar, se caracteriza por que la equidad es el instrumento para avanzar hacia la igualdad, lo que implicó alterar la matriz de propiedad. En segundo lugar, por el carácter universal, de cobertura total, centralizado, unitario y planificado de la política social. Subyace a esta lógica una noción de la equidad concebida como la integración de tres principios básicos: el de igualdad absoluta, el de solidaridad y el de igualdad relativa o proporcional,

pues se acepta la existencia de desigualdades legítimas, asociadas al monto, la calidad y la utilidad de aportes laborales o servicios de otro tipo, individuales y colectivos (Espina, 2010). En tercer lugar, se plantea la absolutización del Estado cubano como coordinador y gestor de la política social, desde su diseño hasta su evaluación, por lo que, desde el inicio de la experiencia socialista, se priorizó el gasto social y se asignó recursos crecientes educación, salud y asistencia social como los ámbitos centrales de la política social.

Mediante una extensa red pública de cobertura total, el Estado es el protagonista hegemónico y decisivo, por lo que no existen otras alternativas (privadas o extraestatales) para acceder a programas o servicios sociales. Existen alternativas muy acotadas relacionadas con organizaciones religiosas y, en los últimos años, con iniciativas privadas —llamadas por cuenta propia— que presentan un bajo perfil y no pueden competir con la opción estatal. En cuarto lugar, las necesidades básicas —salud, asistencia social y educación— son consideradas derechos de la ciudadanía, por lo que son provistos, en un nivel básico, a toda la población, sin distinción de ingreso, mediante mecanismos no mercantiles como asignaciones gratuitas y subvenciones (Espina, 2008). En último lugar, destaca la baja o casi inexistente presencia del mercado como mecanismo de distribución en un contexto donde los servicios sociales operan con una lógica unitaria y universal.

El protagonismo exclusivo del Estado se tradujo en que la institucionalidad de las políticas operara en forma vertical y centralizada. Los programas y servicios fueron concebidos y desarrollados en forma homogénea y universal, y la participación de otros actores se desarrolló solo en forma consultiva, con un marcado énfasis técnico y burocrático. En síntesis, fue una política social centrada en el desarrollo de oportunidades que, a juicio de Espina (2014) consiguió mejoras efectivas en las condiciones de partida de los grupos en desventaja, pero no las modificó radicalmente al reproducir las asimetrías relativas. Asimismo, se señalan un conjunto de fallas y debilidades de la política social del período 1959-1989. En su análisis, Mesa-Lago (2012) que los resultados de la política de pleno empleo son cuestionables, pues para lograr esa meta se crearon empleos estatales innecesarios, lo que terminó afectando la productividad. La prioridad por la igualdad devino en un excesivo igualitarismo con un énfasis cíclico en incentivos morales —no económicos— que indujo a una caída en el esfuerzo laboral y en un alto ausentismo. La sostenibilidad económica de la política social se pone en cuestión debido al alto costo de los programas sociales, agravado por el envejecimiento demográfico.

En relación con el comportamiento del gasto social, aumentó de manera constante en el periodo 1959-1989, de manera que, durante la crisis de los años

noventa, el presupuesto protegió los gastos en educación y salud, aunque los ingresos fiscales se contrajeron. Ese costo, según Vidal (2008, en Mesa-Lago, 2012), fue pagado por la mayoría de la población, porque el déficit fiscal y la inflación redujeron el salario y la pensión real. Por otra parte, Espina (2008) sostiene que existen problemas en la forma en que se ha asignado, gestionado y controlado el gasto social como la asignación ineficaz de los recursos, la insostenibilidad financiera, el excesivo centralismo administrativo y la gratuidad universal de los servicios sociales sin considerar el ingreso personal.

La crisis económica que estalló a principios de los años noventa —tras la caída del campo socialista— agravó estas dificultades e impactó en todos los ámbitos de vida, entre ellos, el deterioro de la calidad de los servicios sociales. Las repercusiones se extienden hasta hoy, porque debilitó los mecanismos implementados por el Estado cubano para cubrir las necesidades básicas de la población. Es necesario recordar que esta crisis fue precedida por un el proceso de “rectificación de errores y tendencias negativas” (1986-1990). Durante este “ciclo idealista”, según Mesa-Lago (2015), se eliminaron las tímidas reformas de mercado introducidas, se acentuó el igualitarismo, junto con los incentivos morales y el voluntarismo, y se lanzó un plan de autosuficiencia alimentaria que fracasó, provocando una recesión. En esta etapa se demostró la incapacidad de este modelo de desarrollo para resolver los problemas estructurales y generar un crecimiento económico sostenible que permitiera solventar la política social.

En respuesta a esta crisis, se inician un conjunto de reformas que la literatura especializada califica de alcance modesto (Mesa-Lago, 2012). Las reformas del trienio 1993-1996 estuvieron orientadas al mercado y lograron, desde 1995, una recuperación económica parcial. Sin embargo, a inicios del año 2000, las reformas se detienen, se produce una desaceleración y se inicia el proceso conocido como la Batalla de Ideas, un programa, facilitado por la ayuda económica venezolana y centrado en la lucha ideológica, que incluyó varias políticas y acentuó las debilidades de la política social del período anterior a la crisis. Se fortaleció el centralismo y se puso énfasis en el igualitarismo y la movilización laboral. Entre las medidas, se redujo el trabajo por cuenta propia, se intentó universalizar la educación superior y se continuó expandiendo el empleo estatal innecesario, mediante el aumento del gasto social, lo que se hizo insostenible. A pesar de estas dificultades, en el periodo 1995-2006 se mejoraron los indicadores sociales y la mayoría sobrepasó los niveles pre-crisis de 1989. Sin embargo, la pobreza y la desigualdad aumentaron.

Desde el año 2007, los indicadores han experimentado una nueva regresión, producto de reformas ineficaces y de la crisis global, de manera que, con el objetivo

de corregir los problemas económicos y sociales del país, se formulan un conjunto de “reformas estructurales” en el ámbito de la economía que se abren al mercado e incorporan ciertos grados de descentralización (Espina, 2010). Sin embargo, conservan el objetivo de equidad, el carácter universal y unitario, donde el Estado mantiene su papel de máximo responsable y actor.

Dichas reformas fueron aprobadas por el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba (PCC) en 2011 y extendidas en 2012. El presidente Raúl Castro advierte, justificando las reformas que se inician en 2007, que los gastos en la esfera social deben estar en consonancia con las posibilidades reales de la economía del país y, en consecuencia, propone suprimir aquellos prescindibles y recortar los que se consideran insostenibles como los referidos a salud y educación (Castro, 2009).

Según Espina (2008), las reformas iniciadas en respuesta a la crisis no desmantelaron los principios y mecanismos de la política social, sino que se utilizaron como un instrumento para garantizar la protección a los más vulnerables. Por su parte, Mesa-Lago (2005) reconoce que la política social en Cuba logró avances muy notables en educación, salud, seguridad social, empleo y distribución hasta 1989, pero con el colapso del campo socialista y otros factores internos y externos se deterioraron casi todos los indicadores y servicios sociales (Uriarte, 2002) que solo lograron una recuperación parcial con las modestas reformas orientadas al mercado en el período 1993-1996.

En otras palabras, se comenzaron a introducir estrategias de focalización y familiarización de la política social, transfiriendo más responsabilidades a la familia y derivando otras al mercado, en un contexto de caída del ingreso real, de diferenciación de los ingresos, del acceso al consumo y de la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas para diferentes grupos sociales. Mesa-Lago (2015) señala que el deterioro en los indicadores de asistencia social es producto de la implementación de ciertos lineamientos de la política económica y social en 2011, que estipulan que los beneficiarios, cuyas familias tengan la capacidad para ayudarlos, dejarán de recibir asistencia. Las fallas de las estrategias de focalización se relacionan con el poco uso de políticas de acción afirmativa, lo que expresa en la reproducción de desventajas de grupos históricamente desfavorecidos —mujeres, personas mayores, afrodescendientes y comunidades de territorios de mayor retraso relativo—, que no pueden aprovechar en paridad las condiciones favorables generales.

Díaz-Briquets (2015) considera que, con estas medidas, la política social en Cuba está siendo forzada de facto a aceptar un modelo que toma mucho del sistema imperante en el sur de Europa, en el que la familia —mediante la provisión diaria de la asistencia

o el envío de remesas— asume el papel primario de atención. Como resultado, aparecen situaciones de pobreza y vulnerabilidad social, como el 20% de población urbana en situación de pobreza (Espina, 2008; Mesa-Lago, 2005). Según los datos recopilados por Espina (2014), la desigualdad social ha aumentado, por cuanto el coeficiente Gini se incrementó del 0,24 en 1986, previo a la crisis, al 0,40 en 2013<sup>42</sup>.

Los nuevos problemas sociales de desigualdad y de acceso no igualitario a los servicios sociales se han visto empeorados porque la protección social en Cuba no está adecuadamente garantizada por formas jurídicas, procesales y políticas actualizadas en defensa de los derechos humanos (Fernández, 2017). No es un problema solo del derecho, sino de las condiciones de posibilidad que tienen las personas de acceder y ejercer ese derecho. En la actualidad, la falta de instrumentos jurídicos de defensa de derechos en forma de recursos legales expeditos y sin formalidades, además de la ausencia de garantías políticas institucionales como la defensoría del pueblo y el tribunal constitucional son una muestra de la indefensión en la que se encuentran los ciudadanos frente a los crecientes reclamos por déficit en la cobertura de los servicios sociales, empeoramiento de la calidad, deterioro de la infraestructura y la atención. Todo ello se agrava por el mantenimiento del protagonismo absoluto de un Estado autoritario como coordinador y gestor de la política social, desde su diseño hasta su evaluación.

Del balance de más de medio de siglo de políticas sociales bajo la revolución, los expertos en el tema recogen aciertos y debilidades, así como desafíos para garantizar la continuidad y sostenibilidad de la política en la coyuntura actual. Existe consenso en que la política de protección social logró avances significativos en el acceso equitativo y mayoritario al bienestar hasta 1989, lo que es destacable en el contexto regional. Sin embargo, según Espina (2010), aún se reproducen brechas de equidad que conservan viejas desigualdades y las traspasan de una generación a otra. Otro problema es la sostenibilidad y asignación eficiente de recursos (Uriarte, 2002), pues el creciente costo del gasto social, sumado al desbalance en las asignaciones para diferentes dimensiones, genera déficits acumulados en áreas relevantes asociadas a la situación familiar (Espina, 2010), cuestión que en la actualidad resulta muy difícil de resolver en el corto plazo (Mesa-Lago, 2012).

<sup>42</sup> Es importante mencionar que, en el caso cubano, según lo señalado por los expertos investigadores de la política social, la disponibilidad absoluta y relativa de estadísticas económicas es deficitaria, aunque en el caso de las estadísticas sociales es mayor, especialmente en educación, salud y gasto social (Mesa-Lago, 2012 y Espina, 2010). Por ejemplo, en el informe social anual de la CEPAL (2010), Cuba no aparece en las secciones de pobreza, Gini, ingreso, PEA por actividad económica y ocupación por sectores, ni en el capítulo sobre protección social (CEPAL, 2011). No hay estadísticas sobre cobertura y acceso de los servicios sociales salvo en educación. El desempleo abierto estaba subestimado por el enorme excedente de mano obra estatal, que comenzó a recortarse en 2010. No existe información sobre la canasta familiar, el poder adquisitivo, el salario por género y la deserción escolar; hay pocas cifras sobre ingreso en los sectores estatal y no estatal, y el estimado oficial del déficit habitacional es debatible.

Al respecto, Díaz-Briquets (2015) considera que el modelo de bienestar cubano no cuenta con un financiamiento que le permita su sostenibilidad, en un contexto en que las edades de jubilación han aumentado y en que se han introducido otras medidas para contener la jubilación y otros costos de la red de seguridad social.

Es importante considerar que las debilidades o fallas de las políticas sociales no deben atribuirse exclusivamente a los limitados recursos, pues, a juicio de Espina (2010), la persistencia de brechas de equidad y la dificultad para remover los mecanismos reproductores de la pobreza se asocian también a fallas en el modelo y la aplicación de la política social. A la insustentabilidad económica se suma el predominio de estrategias sectoriales, que obstaculizan la concepción integradora del desarrollo social, lo que es particularmente relevante a la hora de pensar en las políticas de cuidado para enfrentar el envejecimiento poblacional en Cuba.

Otro de los obstáculos es la baja participación de los actores locales en la toma de decisiones, lo que se traduce en que se considera muy poco la diversidad territorial y grupal respecto de las necesidades y las formas de asistencia. En este sentido, Uriarte (2002) señala que es importante incorporar enfoques diferenciados en el trabajo con individuos, familias y comunidades, cuestión que no ha estado presente en la intervención social en Cuba. El modelo tampoco recoge los criterios de los usuarios para el mejoramiento de los servicios, lo que se explica, según Espina (2010), por la “absolutización del estatismo”, la continuidad de un excesivo centralismo y una formulación de las estrategias de desarrollo caracterizada por un alto nivel de tecnoburocratización. Por último, al evaluar la aplicación del carácter universal de la política social, se observa una minimización de la diversidad estructural y cultural de las necesidades sociales al poner en práctica un “homogenismo distributivo” (Espina, 2010).

## **B. Caracterización del envejecimiento poblacional en Cuba**

La Encuesta Nacional de Envejecimiento 2010 (ENEP) de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) reconoce que el envejecimiento es el gran reto sociodemográfico que enfrenta la sociedad cubana en la actualidad, lo que se sustenta en la realidad que emana del contexto sociodemográfico actual y perspectiva que presenta el país, caracterizado por un crecimiento poblacional muy bajo (nulo), con índices de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, baja mortalidad infantil, elevada esperanza de vida y un saldo negativo de la migración externa. En la presentación de los resultados de la encuesta se afirma que la combinación de estos factores ha afectado, no solo el tamaño y el ritmo de

crecimiento de la población, sino también, su estructura por edades, dando lugar a un franco proceso de envejecimiento (ONEI, 2011, p. 1). En las líneas que siguen mostraremos en detalle el comportamiento de este fenómeno, considerando las distintas variables y características particulares con que se manifiesta en el caso cubano.

Cuba encabeza los procesos de envejecimiento en América Latina y el Caribe (CEPAL-CELADE, 2009; OIT, 2009). En comparación con dos de los países más envejecidos de la región que son materia de este estudio, Cuba presenta un índice de envejecimiento<sup>43</sup> para el 2016 de 132,3, mientras que Uruguay uno de 94,7 y Chile uno de 81,4<sup>44</sup>. Las estadísticas más recientes de la ONEI (2017) indican que el proceso de envejecimiento en Cuba —entendido como el aumento de la proporción de personas de 60 años y más respecto de la población total— se ha profundizado en los últimos años, pues el porcentaje de personas mayores pasó de representar un 11,3% en 1985 a un 19,8% en 2016, ubicando a Cuba en el grupo III de envejecimiento (>15%).

En el 2016, de los 11.239.224 habitantes que registraba Cuba, la población de personas mayores estaba conformada por 2.219.784, cifra mayor a la de la población adolescente de 10 a 19 años. La composición por sexo de la población mayor registra diferencias importantes: las mujeres representan el 53,4% de población mayor y los hombres un 46,8%. Por zona de residencia, la población mayor se encuentra desigualmente distribuida, concentrándose fundamentalmente en las zonas urbanas (78,8%); solo el 21,2% vive en zonas rurales (ONEI, 2017).

Como tendencia se espera que la población mayor siga en un aumento sostenido y que la población joven, en especial la adolescente, tenderá al decrecimiento. La tasa de crecimiento de la población mayor de 60 años se duplicó respecto de la de la población total en el período 1970-2000 y, de forma alarmante, fue diez veces superior en el período 2000-2005 (Hernández, 2009). Otros indicadores que dan cuenta del proceso de envejecimiento en el país son la edad media y mediana que se calculan en 39,9 y 41,1 años respectivamente (ONEI, 2017).

Para el año 2025, se proyecta que las personas mayores se incrementarán a un 26% de la población total (ONEI, 2008), con un elevado crecimiento absoluto del segmento de 80 años y más, cuyo peso relativo se duplicó en el período 1970-2005 (Hernández, 2009). Si en la actualidad hay 2,2 millones de personas mayores, para el año 2030 serán 3,3 millones (ONEI, 2011). En la dinámica demográfica del año

<sup>43</sup> Personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años.

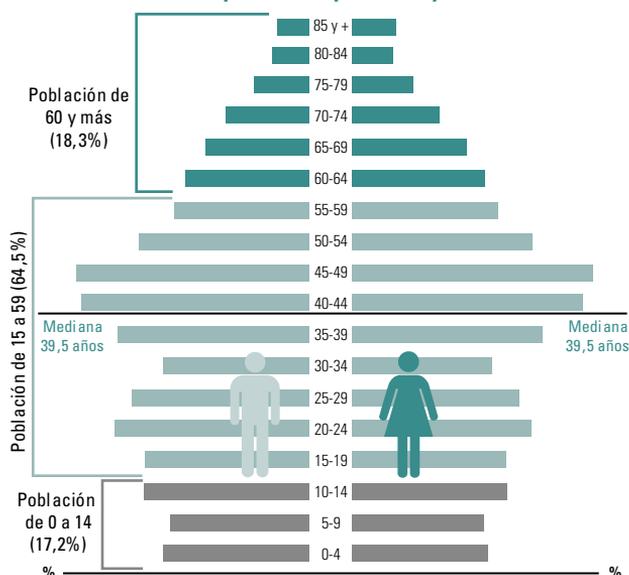
<sup>44</sup> Datos extraídos del Departamento de Salud y servicios humanos de los Estados Unidos, consultado en abril de 2017 en [https://aoa.acl.gov/Aging\\_Statistics/Index.aspx](https://aoa.acl.gov/Aging_Statistics/Index.aspx)

2011 al 2025, se proyecta que la población de Cuba habrá disminuido en valores absolutos, en algo más de 203.111 personas y que la edad promedio pasará de 38 años a alrededor de 44 años.

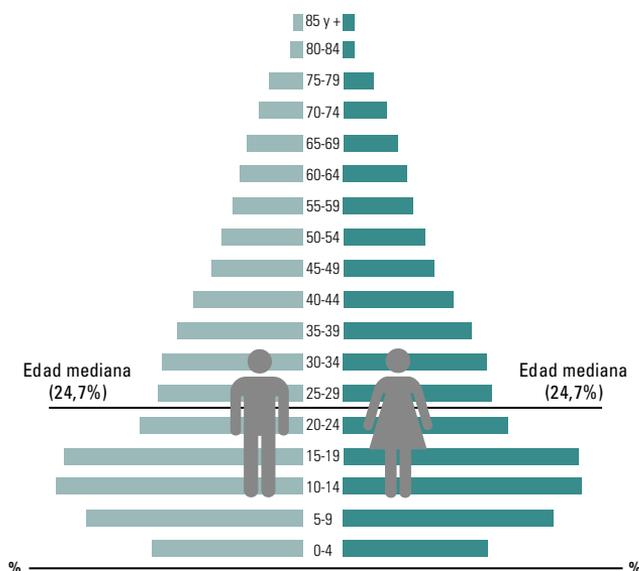
Un dato muy relevante para entender el impacto del envejecimiento en la sociedad cubana es la rapidez con que este proceso se ha desarrollado. A diferencia de lo que ocurrió en la mayoría de los países europeos, donde la transición demográfica hacia el envejecimiento se produjo en el curso de varias generaciones, en Cuba este proceso ha sido muy acelerado y homogéneo. Téngase en cuenta que en 1970 la población mayor representaba un 9% de la población total y en 2016 ese porcentaje se elevó al 19,8% (Anuario Estadístico de Salud, 2016) (ver gráfico 4). Al observar el comportamiento por territorios dentro de la isla, se registra que todas las provincias del país se encuentran en el grupo III de envejecimiento, con valores por encima del 15%, mientras que las unidades territoriales más pequeñas (los municipios) se ubican en los grupos II o III de envejecimiento (>10%). La ONEI (2017) pronostica que, de mantenerse el ritmo de crecimiento del envejecimiento, no clasificará ninguno en el segundo grupo dentro de 6 o 7 años.

**Gráfico 3**  
Estructura de la población por sexo y edades (1981 y 2012)

Cuba. Estructura de la población por sexo y edades. Censo 2002



## Cuba. Estructura de la población por sexo y edades. Censo 1981



Fuente: ONEI (2014)

Vale recordar que en el fenómeno del envejecimiento intervienen otros procesos demográficos como la fecundidad, la mortalidad y las migraciones; variables que combinadas en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población. En el caso cubano, la fecundidad se encuentra por debajo del nivel de reemplazo —menos de una hija por mujer desde hace 38 años— y con ello la población de 0 a 14 años ha ido disminuyendo respecto del total (ONEI, 2017). La tasa global de fecundidad ha pasado de 3,7 hijos por mujer en 1970 a solo 1,6 en 2016 y la tasa bruta de reproducción ha disminuido del 1,8 a 0,8 hijas por mujer (Anuario Estadístico de Salud, 2016). Por su parte, la caída de la tasa de natalidad —de 2,5 a 1% en el período 1953-2008—, el aumento de la tasa de emigración del -0,06% al -0,33% y la disminución de la tasa de crecimiento de la población de 2 al -0,01%, han contribuido, según Mesa-Lago (2010), a un decrecimiento de la población en términos absolutos.

La disminución en los niveles de mortalidad (del 7,6 en 1970 al 4,6 en 2016)<sup>45</sup> y el aumento de la esperanza de vida (de 64 a 78 años en el periodo 1960-2012) tiene como consecuencia el aumento significativo de la proporción de personas mayores de 60 años y más entre la población (Anuario Estadístico de Salud, 2016). Además de este último indicador, se considera el peso de la proporción de niños y jóvenes entre 0 y 14 años en la pirámide de edades para definir el envejecimiento.

<sup>45</sup> Tasa de mortalidad ajustada por edad.

En Cuba, la pirámide se ha invertido no solo por aumento de la proporción de personas mayores, sino también por la disminución de niños y niñas. En este contexto, existe un creciente proceso de sobreenvejecimiento con la expansión del peso relativo de personas mayores de 80 años la población. En la ENEP (2010), este grupo representa el 17,4%, con una presencia mayor de mujeres (18,6%) respecto de los hombres (16,2%).

El indicador de la esperanza de vida al nacer alcanzó los 78,45 años en el trienio 2011-2013 y registra diferencias entre hombres y mujeres, estas últimas tienen mayores tasas de supervivencia con una esperanza de vida de 80,45 años frente a 76,50 de los hombres (Anuario Estadístico de Salud, 2016). El índice de feminidad, que da cuenta de la representatividad del sexo femenino, alcanzó un valor de 1.119 mujeres por mil hombres para el total de personas mayores en 2010 (ONEI, 2011). Asimismo, el nivel de envejecimiento es mayor entre las mujeres (20,1%) que entre los hombres (18,0%) (ONEI/CEPDE, 2015). En 2012, las mujeres representaban el 53% de la población mayor de 65 años y el 56% entre las personas de 80 años y más según los datos del Ministerio de Salud. Estas diferencias dan cuenta del fenómeno conocido como feminización del envejecimiento.

Respecto a la distribución territorial, la zona occidental y central del país son las más envejecidas. Las tres provincias con mayor porcentaje de personas mayores en su población son Villa Clara (23,1%), La Habana y Sancti Spiritus (21,1%). Los datos de la ONEI (2017) reportan que la relación entre la población de 60 años y más con respecto a la de 0 a 14 años presenta valores por encima de la media nacional en Occidente y Centro, excepto en Artemisa y Ciego de Ávila; mientras que en el Oriente alcanza sus valores más bajos. Visto a la luz de la relación entre las personas de 60 años y más con las de 15 a 59, se presenta una situación similar, es decir, en el Occidente se concentran los valores por encima de la media nacional y en el Oriente por debajo. En cuanto a la relación de dependencia, la provincia de Villa Clara manifiesta el indicador más alto (610 personas en edades teóricamente inactivas por cada mil en edades teóricamente activas).

En relación con la situación conyugal de las personas mayores, la ENEP (2010) reveló que si bien la mayoría se encuentra casado o unido (45,6%), al considerar la suma de viudos (30,2%) con a la de separados o divorciados (17,5%) y a la de solteros (6,7%), una considerable proporción de adultos mayores (54,4%), al estar sin pareja, pueden carecer de vínculos afectivos y de cuidado que son tan significativos en la vejez. Como es de esperar estas proporciones se acentúan en el grupo de 75 y más (ONEI, 2011). Este indicador denota también un importante diferencial por sexo, pues los hombres que se encuentran sin pareja representan

el 37,2%, mientras las mujeres el 69,7%, porcentaje que se eleva al 68,2% después de los 74 años. La mayor presencia de mujeres viudas en el grupo de edad más avanzada, se explica, entre otras causas, por la sobremortalidad masculina, pero también por una mayor tendencia de las mujeres a permanecer sin pareja después de terminar una unión, ya sea por viudez, separación o divorcio.

En relación con los arreglos familiares, aproximadamente un 40% de los hogares en Cuba, de un total de 1.506.852, tienen una persona mayor entre sus miembros. Sin embargo, la evolución de los arreglos familiares indica un aumento de los hogares unipersonales y de parejas sin hijos, en desmedro de los hogares extendidos. El 92,5% del total de adultos mayores tienen hijos vivos actualmente y un porcentaje no despreciable de ellos no convive con sus hijos, hijos adoptivos e hijastros (47,8%) (ONEI, 2011). Al mismo tiempo, se ha producido un incremento de hogares donde viven personas mayores solas llegando a representar un 12,6% del total (Censo de Población y Viviendas, 2012). Según la ENEP (2010) la mayoría de las personas mayores son jefes de hogar (78,4%) y según sexo corresponde a un 87% de hombres frente a un 70,7% de mujeres.

Además de las redes familiares, la ENEP (2010) investigó el comportamiento de las redes de apoyo entre las personas de 60 años y más en Cuba. Estas redes brindan ayuda de distinta naturaleza a las personas mayores: económica, en dinero o especies, en labores cotidianas y de acompañamiento, transporte, realización de gestiones y trámites, entre otras. La compañía, los cuidados y la comunicación es el tipo de ayuda que más directamente beneficia a los mayores (90%), en los quehaceres domésticos, transporte y actividades diarias (81,8%). El apoyo económico (dinero) es más esporádico.

Por otra parte, las personas mayores ayudan a sus familiares corresidentes en distintas actividades e, incluso, económicamente, entre estas actividades destacan el cuidado de niños y de personas enfermas, o con alguna necesidad del núcleo familiar. Tanto el apoyo que reciben como el que ellos mismos ofrecen evidencian que, en la mayoría de los casos, la dinámica familiar tiende a ser de un intercambio de apoyo y colaboración mutua. A pesar de esto, la encuesta reveló que es mucho menos frecuente que las personas mayores tengan redes de apoyo que provengan de familiares o amigos no corresidentes o de los vecinos.

La seguridad económica es un indicador que se mide para tener información respecto de los recursos con que cuentan las personas mayores para alcanzar determinados niveles de bienestar económico. Se sabe que en la vejez estos recursos suelen ser muy variables y que dependen del sexo, el estado de salud, los

arreglos residenciales, los patrones de consumo previo y de los aportes mediante gratuidades o subsidios. Cabe aclarar que la comparabilidad de este indicador con lo calculado para el resto de los países de la muestra es compleja porque, según ha demostrado Mesa-Lago (2012), la evaluación del desempeño económico-social cubano enfrenta la escasez de estadísticas, especialmente económicas, en comparación con los demás países de la región. No hay cifras bancarias ni de reservas internacionales. Hay dos monedas en circulación (dualidad monetaria): el peso nacional (CUP) y el peso convertible (CUC), usados en sectores diversos de la economía. El desempleo abierto estaba subestimado por el enorme excedente de mano obra estatal, que comenzó a recortarse en 2010. No existe información sobre la canasta familiar, el poder adquisitivo y el salario por género. Hay pocas cifras sobre ingreso en los sectores estatal y no estatal, y el estimado oficial del déficit habitacional es debatible.

Respecto de la situación laboral, la ENEP (2010) registró que al momento de realizarse la encuesta el 79,1% de la población adulta mayor declaró que no trabaja, mientras que el 20,9% restante indicó que realiza alguna actividad laboral. En este último grupo, al menos una de cada dos personas mayores se insertó laboralmente después de jubilar, de forma tal que fueron clasificados como jubilados que trabajan. Las razones por las cuales continúan trabajando se relacionan con la integración social —sentirse útiles y capaces (70,8%)—, necesidades económicas (56%) y para ayudar a sus hijos u otras personas (22,5%). La participación laboral en estas edades, sin embargo, sigue el patrón de desigualdad, por lo que los adultos mayores que trabajan son en su mayoría varones, con un 34,6%, frente a un 8,1% de mujeres.

Al considerar su trayectoria laboral previa, según la encuestada de 2010, se observó que el 81% declaró que alguna vez había trabajado, confirmando la diferencia significativa por sexos<sup>46</sup>. Las mujeres que alguna vez trabajaron representan proporciones muy inferiores a la de los hombres en todas las regiones del país (ONEI, 2011). Se sabe también por otros estudios que son las mujeres, incluyendo a las mayores, quienes son las principales responsables del cuidado familiar —cuidado de nietos, pareja y familiares cercanos— y del mantenimiento del hogar. Como el cuidado y las actividades domésticas no son considerados como un trabajo, las mujeres se encuentran subrepresentadas en su participación laboral y su contribución económica en las estadísticas. Los datos de la misma encuesta registran que un 24,4% de las mujeres mayores de 60 años declara que su actividad ocupacional son los quehaceres del hogar.

---

<sup>46</sup> No hay datos desagregados sobre el tipo de inserción laboral previa, en cuanto a niveles de formalidad, cantidad de años o ingresos.

En relación con los ingresos, la fuente de ingreso más generalizada entre las personas mayores es la jubilación o pensión que beneficia al 71,2% de este grupo (ENEP, 2010). Otra fuente de ingreso relevante es la ayuda de familiares residentes en Cuba o las remesas del exterior<sup>47</sup>, que asiste a 15 personas mayores de cada cien, con un diferencial por sexo a favor de las mujeres. La tercera fuente es el salario que alcanza al 12,8% en su mayoría hombres. Llama la atención un 9% de las personas encuestadas declaró no haber recibido ingreso en el período consultado, con porcentajes más elevados entre las mujeres (14%). Por último, es necesario señalar que existe un alto grado de insatisfacción respecto de los ingresos recibidos, puesto que el 60% se siente con privaciones y carencias, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos cuenta solo con el ingreso por jubilación o pensión.

En 1989 el sistema de pensiones cubano estaba entre los más amplios, generosos y costosos de América Latina y esta situación persiste hasta fines de 2008 (Mesa-Lago, 2010)<sup>48</sup>. Con la crisis de los años noventa, se experimenta un deterioro significativo en el valor real de las pensiones, pese al incremento nominal del período 2005-2008, ya que el valor promedio de las pensiones —que se ajustaba anualmente a la inflación— en 2008 estaba un 54% por debajo del nivel de 1989, lo que era insuficiente para satisfacer las necesidades básicas. En paralelo, la red de protección social se deterioró debido a la disminución del acceso y calidad de los servicios de salud, así como de los bienes subsidiados vendidos por la libreta de abastecimiento. Como resultado, se señala que la pensión promedio nominal mensual de 235 pesos en 2008 había perdido su poder adquisitivo (Mesa-Lago, 2010).

<sup>47</sup> Las remesas ocupan un lugar importante en la economía cubana actual, dados los altos niveles de emigración y su alta dependencia en el sector externo. Cálculos recientes estiman que desde el 2009 el monto anual de las remesas enviadas a la isla ha crecido notablemente. Se calcula un crecimiento del 108,4% y se estima un monto de 21,2 billones de dólares recibidos por el país por este concepto. Las remesas, entre otros efectos positivos, contribuyen al desarrollo económico aumentando el nivel de vida y consumo de los hogares receptores, la reducción de la pobreza, así como la expansión de las inversiones y el aumento del empleo. Para mayor información véase datos y reflexiones actualizadas en el artículo de Mario A. González-Corso (2018) disponible en <https://cubapossible.com/potencialidades-la-participacion-la-emigracion-crecimiento-economico-la-isla/>

<sup>48</sup> La amplitud y generosidad del sistema de pensiones cubano en términos comparativos estaba dada por las siguientes características que señala Mesa-Lago (2010): i) las edades de retiro (55 años la mujer y 60 el hombre) estaban por debajo del promedio regional (cuatro años más bajo para la mujer y dos para el hombre); ii) el período promedio de retiro era de 23,4 años para la mujer y de 20,8 años para el hombre (el segundo en duración comparado con todos los países socialistas o ex socialistas y el más largo de América Latina); iii) se requerían 25 años de trabajo (frente a un promedio de 20 años de cotización en la región); iv) las tasas de reemplazo mínima y máxima también eran superiores al promedio, y v) los trabajadores no cotizaban y las empresas estatales pagaban el 12% de la nómina (menos de la mitad de la existente en países comparables como Argentina y Uruguay y contrastado con el 36% que aportan los empleadores en los ex países socialistas). Por otra parte, las pensiones no se ajustaban anualmente (ni se ajustan hoy) según el Índice de Precios al Consumidor (IPC) o el salario, como ocurre en doce países de América Latina, pero estaban suplementadas por una red de protección social que ofrecía precios subvencionados a bienes de consumo racionados, servicios de salud gratuitos, vivienda propia o con arrendamiento muy bajo, y servicios muy baratos de transporte, electricidad, gas y agua.

Los estudios demuestran que existe una amplia franja de población que no puede satisfacer sus necesidades básicas, particularmente en el contexto de desigualdades de ingresos profundizadas por las reformas estructurales (Domínguez y otros, 2012; Espina, 2008). Las personas mayores que residen solas, por ejemplo, constituyen uno de los principales grupos afectados, pues dependen exclusivamente del Estado y de las pensiones que son insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas y acceder al mercado en divisa (Gross, 2013). La pensión media nominal en 2015 era de 270 pesos cubanos mensuales (ONEI, 2016), equivalente a 10,80 dólares, un monto que no alcanza a cubrir las necesidades básicas alimentarias. Para subsistir, deben recurrir a la ayuda de la familia —que reside en la isla o en el extranjero— o al trabajo por cuenta propia, entre otras estrategias.

Si bien no es posible acceder a cifras oficiales sobre la pobreza en Cuba, las investigaciones señalan que ha ido aumentando en el último decenio y que entre la población más pobre se encuentran personas mayores jubiladas, jefas de hogar y madres solteras, y, en estos grupos, los que no reciben remesas (Espina, 2008). Para hacer frente a los problemas derivados del envejecimiento poblacional, en 2008 se implementó la ley de reforma del sistema de pensiones (ley 24 de Seguridad Social) aprobada en diciembre de 2008, que aumenta la edad de retiro en cinco años, incrementa las pensiones nominales e introduce la posibilidad de que los pensionados trabajen sin perder el derecho a la pensión, entre otros cambios. Sin embargo, los análisis concluyen que estas medidas son insuficientes, pues —aunque contengan los gastos e incrementen levemente los ingresos— no asegura la sostenibilidad financiera del sistema de pensiones.

En materia del estado de salud, la encuesta ENEP (2010) indica que más del 80% de las personas mayores en Cuba padece de alguna enfermedad crónica, proporción que se incrementa en el grupo de 75 años y más respecto del de 60 a 74 años, y en estos grupos el porcentaje de mujeres es siempre mayor. Las enfermedades crónicas más frecuentes entre las personas mayores son la hipertensión arterial (55%), seguida de la artritis, reumatismo o artrosis (36%). La diabetes, cardiopatías y los problemas nerviosos también son comunes en este grupo etario. En todos los padecimientos mencionados, las mujeres tienen mayor incidencia que los hombres (ONEI, 2011).

La ENEP (2010) registró que —en los distintos indicadores que miden el nivel de dependencia funcional— la gran mayoría tiene total autonomía para realizar las actividades básicas de la vida (ABVD) diaria. El 90% de ellos declara que pueden realizar solos actividades como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, desplazarse de un lado a otro de la casa y usar el servicio sanitario.

Respecto de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) —preparar una comida caliente, manejar su propio dinero, ir a la iglesia o al doctor, entre otras— se registra un nivel de dependencia más alto, puesto que alrededor de un 30% de adultos mayores necesita ayuda para esas actividades, que sobrepasa el 55% cuando se trata del grupo de 75 años y más.

### C. Marcos normativos

En esta sección, se analizará, en primer lugar, los principales instrumentos internacionales referidos a la protección de los derechos de las personas mayores que ha suscrito el Estado cubano, tanto aquellos de carácter general —que se aplican a todas las personas— como los de carácter específico —que buscan la protección de un grupo determinado de personas—. Luego, se revisará la normativa nacional (leyes, decretos y reglamentos) para garantizar estos derechos.

Antes de entrar en detalle es importante contextualizar brevemente las particularidades del ámbito normativo en Cuba y los mecanismos de discusión y aprobación de las leyes. La Constitución socialista cubana, adoptada en 1976, formaliza finalmente el Estado cubano bajo la estructura jurídica de los países pertenecientes al bloque comunista de la Guerra Fría. En su artículo 5º colocaba al Partido Comunista como la “vanguardia organizada marxista-leninista de la clase obrera y la fuerza dirigente de la sociedad y del Estado”. Rojas (2011) considera que la Carta Magna plantea una subordinación de la sociedad y la economía al Estado, a lo que correspondía una organización del sistema político con un poder legislativo, la Asamblea Nacional del Poder Popular, con muy escasas funciones. La Asamblea, más que un órgano parlamentario o deliberativo, fue — y continúa siendo- concebido como caja de resonancia del aparato ejecutivo del Estado. De esa forma, a pesar de que los conceptos de “justicia” e “igualdad” eran centrales en aquella constitución, la dilatación de los derechos sociales fue compensada por una notable contracción de los derechos civiles y políticos, sin precedentes en la tradición liberal, republicana o populista de las constituciones latinoamericanas.

La Constitución fue reformada en 1992 y en dicha ocasión se considera que avanzó en disminuir retóricamente el aspecto doctrinario de la de 1976, en flexibilizar el concepto de propiedad estatal, por medio de la admisión de la propiedad mixta, y en conceder la “libertad de conciencia y de religión”. Sin embargo, Rojas (2011) manifiesta que se mantuvo la reducción del ejercicio de los derechos políticos al espacio de las instituciones estatales, cuestión que se profundizó con la Ley

de Reforma Constitucional de 2002 en el sentido de su penalización por medio de decretar el carácter “irrevocable” del socialismo. La Asamblea Nacional del Poder Popular continúa siendo *el órgano supremo del poder del Estado*. Representa y expresa la voluntad soberana de todo el pueblo”, y, en consecuencia, entre sus facultades se encuentra, la de “aprobar, modificar o derogar las leyes”. Es precisamente ante el presidente de la Asamblea Nacional que se presentan los proyectos de ley en ejercicio de la iniciativa legislativa, a partir de la cual se inicia el procedimiento legislativo.

En la actualidad, la discusión y aprobación de las leyes en Cuba no deja de ser un ejercicio meramente formal, toda vez que no existe ninguna institución en particular que tenga la responsabilidad de evaluar los resultados positivos y/o negativos derivados del cumplimiento y aplicación de las leyes. El proceso legislativo en su conjunto se ha caracterizado por una baja —en ocasiones inexistente— utilización de la discusión popular y pública en el proceso de producción legislativa, una alta desconexión entre las investigaciones jurídicas externas, una deficiente y limitada regulación de los requisitos para la elaboración y presentación de los proyectos de ley y el proceso legislativo, así como por la inexistencia de una política legislativa articulada y coherente.

Por último, cabe destacar que, si bien las relaciones sociales más importantes son reguladas siempre mediante las leyes que aprueba la Asamblea Nacional, en la práctica, es el Consejo de Estado quien no sólo regula cualquier tipo de relaciones sociales (de cualquier ámbito de la realidad social), sino que además modifica y deroga, mediante sus decretos-leyes, las leyes aprobadas por la Asamblea Nacional. Una de las consecuencias más visibles de esta limitación, según señala Carrillo (2010), quizás sea el hecho de que la Asamblea Nacional, en sus 32 años de institucionalizada, ha aprobado hasta hoy solamente 107 leyes, entre las que se cuentan las del Presupuesto del Estado que son anuales (31 leyes), las del Plan de Desarrollo Económico Social aprobadas anualmente desde 1978 hasta 1991 (13 leyes), algunas leyes puramente modificativas, y otras que han sido sustituidas por leyes que regulan la misma materia con el mismo nombre y número diferente. En estos constreñidos márgenes podrá comprenderse a continuación el déficit que Cuba presenta en relación a la regulación de los derechos de las personas mayores.

En 2013, después de la Reunión de Seguimiento de la Carta de San José, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó la Resolución sobre los derechos humanos de las personas mayores (A/HRC/24/L.37/Rev.1). Cuba estuvo entre los países que presentaron el proyecto de resolución (Huenchuan, 2013), que —aunque no es un instrumento vinculante— compromete a los Estados firmantes a promover y garantizar el ejercicio pleno de todos los derechos

humanos y libertades fundamentales de las personas de edad. En particular, los Estados deben tomar medidas para combatir la discriminación por motivos de edad, el abandono, el maltrato y la violencia, y ocuparse de las cuestiones de la integración social y la debida atención sanitaria de este grupo, teniendo en cuenta la importancia decisiva de la solidaridad, la reciprocidad y la interdependencia generacional en el seno de la familia para el desarrollo social. Junto con ello, el país firmante tiene el desafío de aplicar sus políticas relativas al envejecimiento mediante consultas incluyentes y participativas para que sean eficaces.

En relación con los instrumentos internacionales jurídicamente vinculantes, la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, fue aprobada en 2015 en el seno de la Organización de los Estados Americanos. Luego de seis años de negociación constituye el único instrumento interamericano, y el primero a nivel internacional, que cubre la gama de derechos que tienen las personas mayores a ser protegidos, que van desde los civiles y políticos, hasta los económicos, sociales y culturales. El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Esta convención, que ha entrado en vigor en 2017, no ha sido firmada por Cuba, por cuanto aún no pertenece a la organización de la que emana el documento<sup>49</sup>.

En relación con las normas constitucionales, leyes, reglamentos y decretos que están vigentes en Cuba para garantizar el cuidado y los derechos de las personas, no existe una normativa específica sobre los derechos de las personas mayores o en relación con el cuidado en general. No obstante, en respuesta a los avances de la normativa internacional y los desafíos internos que genera el proceso de envejecimiento poblacional, se han puesto en práctica un conjunto de medidas legislativas en el período 2007-2012 con el objetivo de incrementar la protección de los derechos de las personas mayores. Estas acciones están encaminadas a actualizar y reorientar la política social para encarar los urgentes desafíos del acelerado envejecimiento poblacional.

Una de las acciones legislativas más significativas emprendidas durante el periodo fue la ley 105/2008 de Seguridad Social y el decreto 283/2009 (Reglamento

<sup>49</sup> En el año 2009, los cancilleres que participaron en la XXXIX Asamblea General de la Organización de Estados Americanos alcanzaron un acuerdo para derogar la suspensión a Cuba aprobada en 1962. Sin embargo, a la fecha el gobierno cubano no ha manifestado la intención de reincorporarse a la organización (ver [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores\\_firmas.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp), fecha de consulta 17 de noviembre de 2017)

de la Ley de Seguridad Social), orientados a reformar el sistema de seguridad social cubano e incrementar la protección de los derechos de las personas mayores. En el texto se considera que el régimen general de seguridad social establece la protección al trabajador en los casos de enfermedad y accidente de origen común o profesional, maternidad, invalidez y vejez y, en caso de muerte, a su familia. Junto con ello, explicita que los servicios sociales responden a programas y acciones dirigidos a adultos mayores, personas con discapacidad o enfermedades crónicas, embarazadas, niños, egresados de establecimientos penitenciarios y otros grupos poblacionales. En la ley se garantizan las prestaciones a los beneficiarios del sistema, como formas de cuidado directo —prestaciones en servicios, sobre todo, atención médica— e indirecto —prestaciones monetarias y en especies, como alimentos y medicamentos, entre otros— (Campoalegre y otros, 2015).

Para hacer frente al impacto del envejecimiento en el costo de las pensiones, el texto de la ley de reforma del sistema propuso un aumento gradual de la edad de retiro (60 años para la mujer y 65 para el hombre) en un lapsus de siete años; cotizaciones obligatorias del trabajador (más allá de los empleados que trabajan en empresas estatales bajo el régimen de perfeccionamiento) y un aumento en la pensión nominal. Estas medidas, sin embargo, se consideran insuficientes para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de pensiones, a pesar de que se proponen contener los gastos e incrementar los ingresos (Mesa Lago, 2015). Además, el aumento de la pensión promedio en 2008 equivalía a la mitad del nivel de la pensión en 1989.

Según García y Alfonso (2010), la reforma consideraba además de cambios en las pensiones y jubilaciones, otras medidas en pro de mayores niveles de bienestar y seguridad para las personas mayores, como, por ejemplo, seguridad en el empleo y en el ingreso, protección y salud en el trabajo, seguridad en la formación profesional, seguridad en la nutrición, la actividad física, el desarrollo individual y la participación social. El jefe del departamento de atención al adulto mayor del Ministerio de Salud en Cuba declara en el informe de seguimiento presentado ante CEPAL, que uno de los elementos esenciales de la nueva concepción y reorientación de las políticas sociales y sectoriales estriba en organizar las acciones y los recursos en función de las personas, más que organizar a las personas en torno a los servicios disponibles.

Con posterioridad, en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba celebrado en 2011, se aprueban los Lineamientos Económicos y Sociales del Partido y la Revolución; el lineamiento 144 orienta a la institucionalidad pública a “brindar particular atención al estudio e implementación de estrategias en todos los sectores

de la sociedad para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento de la población”. Sin embargo, en los lineamientos 165 y 166 del mismo documento se plantean como objetivos la disminución de la participación relativa del presupuesto del Estado en el financiamiento de la seguridad social y, en consecuencia, la necesidad de seguir extendiendo la contribución de los trabajadores del sector estatal y la aplicación de regímenes especiales de contribución en el sector no estatal. La protección de la asistencia social se garantizará a las personas que “realmente la necesitan” por estar impedidas para el trabajo y no contar con familiares que brinden apoyo. Junto con ello, se explicita la importancia de eliminar prestaciones —cuando pueden ser asumidas por las personas o sus familiares— y ajustar otras que hoy se brindan, en correspondencia con los incrementos realizados en las cuantías de las prestaciones y pensiones en los últimos años. En términos de la gestión institucional, se propone la integración de todo el trabajo social en un único centro coordinador.

Por otra parte, los lineamientos 173 y 174 explicitan el giro de la política social en la dirección de eliminar gratuidades y subsidios considerados excesivos. El principio que rige tal decisión es el de compensar a las personas necesitadas y no subsidiar productos de manera general. Así, se propone eliminar, ordenada y gradualmente, la emblemática libreta de abastecimiento como forma de distribución normada, igualitaria y a precios subsidiados.

De acuerdo con el marco de estos lineamientos, en octubre del 2014, el Consejo de Ministros aprueba el Acuerdo 32/14 que constituye la nueva política para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento de la población cubana. Dentro de los objetivos de la política implementada se definen tres: i) estimular la fecundidad, con el fin de acercarse al remplazo poblacional de una perspectiva inmediata<sup>50</sup>; ii) atender las necesidades de la creciente población de 60 años y más y fomentar la participación de las personas mayores en las tareas económicas, políticas y sociales, y, por último, iii) estimular el empleo mayoritario de las

<sup>50</sup> En la dirección de estimular la fecundidad, se crean dos decretos leyes (decreto ley 339 DE 2017 —“De la maternidad de la trabajadora”— y el decreto ley 340 —Modificativo de regímenes especiales de seguridad social en cuanto a la protección a la maternidad—) que amplían y fortalecen las normas que apoyan a las cubanas empleadas que apuestan a la maternidad y quienes desempeñan funciones de cuidado en la familia, tanto en el sector estatal como en el creciente sector privado y cooperativo. Se introdujeron mejoras en el pago de la licencia de maternidad, reducciones de impuestos para quienes se desempeñen en el sector no estatal y se amplió la posibilidad a otras personas de asumir el cuidado de la descendencia en edad preescolar, entre ellas las personas mayores (abuelos o abuelas). De ese modo, el cuidado del bebé hasta su primer año de vida podrá extenderse a los abuelos maternos o paternos, que sean trabajadores (anteriormente solo podía hacerlo el padre), y recibir la prestación social ascendente al 60% de su salario promedio mensual de los últimos 12 meses. Más información en <http://www.ipscuba.net/sociedad/cuba-reactualiza-la-ley-sobre-maternidad-de-la-trabajadora/> (fecha de consulta: el 24 de noviembre de 2017).

personas aptas para trabajar. Las medidas se proponen rebasar el marco de las pensiones y jubilaciones, al incluir aspectos como el empleo, la nutrición, la actividad física, el desarrollo individual y la participación social de las personas mayores. Estas iniciativas buscan adecuarse al estándar internacional en materia de derechos humanos.

En definitiva, se modifica el carácter obligatorio de la jubilación y se amplía en 5 años, con un incremento gradual. Su aplicación durante los próximos diez años difiere la entrada de más de 285 mil pensionados, lo que significa un ahorro de 4,2 mil millones de pesos al presupuesto de Seguridad Social (Fernández, s/f). También se acordó incrementar los montos de las jubilaciones y que los jubilados puedan trabajar, añadiendo salario a su jubilación.

Además de estas medidas recientes, en Cuba continúan vigentes una serie de normas de rango constitucional y legal que incluyen parcial o sectorialmente la protección de derechos de las personas mayores.

#### *1) Normativa constitucional*

La Constitución cubana vigente de 1976, reformada en 1992 y 2002, señala que el Estado es la principal institución responsable del modelo de bienestar y que la familia se ubica en la doble condición de beneficiaria de políticas públicas y de actor social (Campoalegre y otros, 2015). En el primer capítulo de la Constitución de la República de Cuba, donde se enuncian los fundamentos políticos, sociales y económicos del Estado, se establece que este garantizará especial protección a la infancia y las personas con alguna limitación para trabajar, entre las que se encuentran implícitamente las personas mayores. En distintos pasajes del texto constitucional se pueden identificar aquellos sectores de la población que cuentan con especial protección por parte del Estado, entre ellas, las personas mayores sin recursos o amparo familiar o aquellas que presentan alguna limitación para trabajar por su edad, invalidez o enfermedad.

El artículo 44 garantiza la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Para alcanzar dicha igualdad, se explicitan algunos de los servicios que el Estado debe proveer a la población para asegurar el cuidado de quienes lo requieren, así como la inserción laboral o social del resto de los miembros de la familia. Es responsabilidad del Estado proveer las instituciones —círculos infantiles, seminternados e internados escolares, casas de atención a ancianos y servicios— que faciliten a la familia trabajadora el desempeño de sus responsabilidades.

El artículo 47 establece que —mediante el Sistema de Seguridad Social— el Estado debe garantizar la protección adecuada a todo trabajador impedido por su edad, invalidez o enfermedad y el artículo 48 agrega que debe proteger —a través de la Asistencia Social— a los ancianos sin recursos ni amparo y a cualquier persona no apta para trabajar que carezca de familiares en condiciones de prestarle ayuda. Por último, el artículo 50 garantiza el acceso igualitario y universal a la salud.

Cabe recordar que la ausencia de garantías políticas institucionales, como la defensoría del pueblo y el tribunal constitucional, es un vacío importante frente a los crecientes reclamos por déficit en la cobertura de los servicios sociales, empeoramiento de la calidad, deterioro de la infraestructura y la atención que no tienen mecanismos claros y expeditos para ser atendidos. Esto se explica por el que el modelo de ciudadanía vigente en Cuba desde 1959. Al respecto, Bobes (2010: 520) sostiene que éste se erige a partir de “un ideal de justicia social definido en términos de igualdad económica (excluyendo las dimensiones política y civil), que induce un modelo de gobierno autoritario, verticalista, estatista y jerárquico que empieza a ser rebasado por una sociedad civil en vías de pluralizarse y por la brecha entre la definición simbólica de la justicia social y el desempeño de las políticas públicas concretas a partir del llamado periodo especial”.

## 2) *Normativa legal y reglamentaria*

En este rango de normas se encuentra el llamado Código de Familia (ley 1289) que data del año 1976 y que constituye el cuerpo legal que regula todas las instituciones relativas a la familia: el matrimonio, el divorcio, las relaciones paterno filiales, la obligación de dar alimentos, la adopción y la tutela. En relación con las personas mayores y sus cuidados, en el artículo 150 se establece que a los directores de los establecimientos asistenciales se les considera tutores de los mayores de edad incapacitados que se encuentren internados en dichos establecimientos y que no están sujetos a tutela. Por su parte, el Capítulo III, artículo 148, regula la tutela de las personas mayores de edad declarados incapacitados (término jurídico) estableciendo que esta corresponderá por su orden al cónyuge en primera instancia, a uno de los padres, a uno de los hijos, a uno de los abuelos o a uno de los hermanos indistintamente, en ese orden, así como que cuando sean varios los parientes del mismo grado el tribunal constituirá la tutela teniendo en cuenta lo que resulte más beneficioso para el incapacitado.

El Código de Familia, sin embargo, si bien en la época que fue promulgado era un código adelantado respecto a muchos otros que existían en el mundo en aspectos como la protección del menor o el divorcio, el alcance de esta normativa

es limitado en la actualidad, debido a las nuevas realidades y necesidades de las personas mayores, así como a las profundas transformaciones experimentadas por la familia. Los entrevistados concuerdan en que el nuevo escenario en la estructura social y demográfica del país demandan la necesidad de actualizar y renovar este código. Por ejemplo, como la normativa otorga protección por igual a todos los miembros de la familia, no considera situaciones específicas que afectan a los miembros más vulnerables. Se está trabajando en la actualización del código para adecuar sus preceptos a los lineamientos de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de las Naciones Unidas<sup>51</sup> y para que existan figuras que se relacionen directamente con los derechos de las personas mayores, como el derecho a la abuelidad que ha sido incorporado en otros países.

El derecho a la salud se garantiza mediante la ley 41 de Salud Pública de 1983, que establece en el capítulo II, sección quinta, artículo 29, que el Sistema Nacional de Salud en coordinación con las demás instituciones del Estado y la colaboración de las organizaciones sociales y de masas, así como la participación activa de la comunidad, debe brindar atención a los ancianos mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación de índole biopsicosocial, tendientes a lograr una vida activa y creativa en este grupo etario. El decreto 139 —Reglamento de la Ley de la Salud Pública de 1988— establece en el capítulo I, sección décima, en su artículo 52 que el Sistema Nacional de Salud brindará atención al anciano mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación a través del médico de la familia y demás instituciones de atención ambulatoria, hospitalaria, hogares de ancianos y casas de abuelos y círculos o clubes de ancianos y la atención a domicilio. El Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, en el acuerdo 2840, adoptado con fecha 25 de noviembre de 1994, en su apartado segundo, numeral 9, asigna al Ministerio de Salud Pública la organización de los servicios de salud destinados a los ancianos y otros grupos tributarios de este tipo de atención, como parte de la asistencia social.

La situación de abandono y vulneración de derechos respecto del cuidado de las personas mayores se recoge en la ley 62 de 1987 del Código Penal, título VIII, Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal, capítulo VIII, artículo 275, apartado 1, donde se señala que quien “abandone a un incapacitado o a una persona desvalida a causa de su enfermedad o de su edad o por cualquier motivo, siempre que esté legalmente obligada a mantenerlo o alimentarlo, incurre en sanción de privación de libertad”.

---

<sup>51</sup> Desde su promulgación en 1976, el Código civil ha tenido tres actualizaciones (1984, 1985 y 1994). Más información en <http://www.granma.cu/cuba/2015-02-13/un-codigo-de-amor-para-la-familia> (fecha de la consulta: el 20 de noviembre de 2017).

En relación con el trabajo, la resolución 8/2005 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en su Reglamento General sobre Relaciones Laborales, capítulo I, artículo 2 (incisos a - I) refiere los principios fundamentales que rigen la política de empleo, entre ellos se citan el pleno empleo, percibir salario igual por trabajo igual, capacitación y desarrollo, y el de igualdad de oportunidades para obtener un empleo sin discriminación de ningún tipo.

Por otra parte, se actualizaron un conjunto de reglamentos y resoluciones para incorporar mayor protección a los derechos de las personas mayores en el ámbito administrativo como la modificación en 2011 del Reglamento de Hogares de Ancianos, pues este tipo de instituciones había operado con un reglamento que data de 1985. En el artículo se establece que los hogares de ancianos son instituciones sociales a cargo del Sistema Nacional de Salud y que su objetivo es atender la estadía de largo plazo, brindando atención integral y continuada a las personas mayores, que por diversas causas no pueden mantener una vida independiente y autónoma o no pueden ser atendidos en su situación de dependencia por otros medios. Estas instituciones se evalúan de acuerdo con los indicadores establecidos en el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor.

Finalmente, cabe realizar algunas observaciones críticas en relación con los avances y limitaciones de la normativa cubana en vistas a promover y garantizar los derechos de las personas mayores. En primer lugar, los actuales marcos normativos son insuficientes en su alcance y funcionamiento, fundamentalmente por la inexistencia de una legislación específica que promueva y proteja los derechos de las personas mayores y sus cuidados, no reconociendo con ello la especificidad en la regulación de las necesidades de este grupo. Al mencionado déficit hay que agregarle la dispersión normativa que dificulta el seguimiento y control de la consideración de los derechos frente a la importancia creciente que tiene este grupo en la realidad del país, así como la complejidad y celeridad con que requiere ser abordado desde el punto de vista de la política social.

Los derechos de las personas mayores están recogidos en las normas constitucionales y mencionados de manera genérica en las normas que regulan la salud, el empleo o la seguridad social. Sin embargo, no hay normas específicas ni en el Código Civil ni en el Penal, que las protejan de las vulneraciones de sus derechos como las situaciones de maltrato. Sobre el tema del cuidado tampoco existe una regulación específica, a pesar de la relevancia ha adquirido como resultado de la actual crisis que experimenta la sociedad cubana en este aspecto.

Otra dificultad señalada por los entrevistados se relaciona con la falta de articulación entre la norma y sus prácticas de implementación, lo que tiene un impacto negativo sobre la respuesta a las necesidades de este grupo poblacional. A esto se suma que no existen los recursos que garanticen el monitoreo, control y evaluación permanentes de la implementación de la norma. Por último, los expertos destacan la inconsistencia de algunas normas como, por ejemplo, requisitos inadecuados para ser beneficiarios de algunas políticas sociales o patologías reconocidas como beneficiarias de ancianos encamados, entre otros.

#### **D. Análisis de la política social que promueve el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez**

La estructura del sistema de protección social en Cuba comprende las siguientes áreas: i) seguridad social circunscrita a las pensiones de seguro social contributivas; ii) asistencia social para grupos necesitados sin cobertura de seguro social y subsidios universales a los precios de los artículos racionados (no existen programas de transferencias condicionadas); iii) sistema educativo público, universal, gratuito y financiado por el fisco; iv) sistema de salud igualmente público, universal, gratuito y financiado por el Estado; v) política habitacional que consiste en la construcción de viviendas por el Estado o por la población con recursos propios y vi) no hay seguro social de desempleo, el gobierno promueve el empleo no estatal y paga una compensación a sus trabajadores innecesarios despedidos (Mesa-Lago, 2012).

El cuidado aún no se incorpora como una dimensión explícita y prioritaria de la agenda de política social cubana en el contexto de la actualización del modelo, a pesar de que se ha reconocido la relevancia del envejecimiento poblacional y las necesidades de implementar estrategias en todos los sectores de la sociedad que permitan abordar el fenómeno. En los Lineamientos Económicos y Sociales del Partido y la Revolución de 2011, se explicita la necesidad de enfrentar esta realidad; frente a lo cual Rodríguez y Albizu-Campos (2015) hacen una primera observación crítica, pues consideran que los problemas derivados del envejecimiento poblacional deben ser atendidos, no enfrentados. Mencionan además las reformas migratorias que entraron en vigor en 2013 como otra línea de la política encaminada a abordar las transformaciones demográficas que impactan en el envejecimiento poblacional. Frente al creciente éxodo de jóvenes cubanos, en particular de mujeres en edad reproductiva, las reformas incorporaron un proceso de flexibilización y ampliación de las acciones en materia de movilidad internacional, pues incorporan la circularidad en la migración, así como otros procesos asociados.

En paralelo, y debido a la multidimensional del fenómeno, el gobierno cubano ha comenzado a implementar un conjunto de acciones dirigidas a promover la fecundidad y la atención, cuidado e inserción social efectiva de la población adulta mayor. Sin embargo, no es posible determinar su impacto y efectividad debido a que son medidas recientes y que, además, la forma de su ejecución es disímil.

Es importante situar los actuales cambios en la política social en una etapa que inicia el año 2007 y que conocida como la actualización del modelo económico y social. Este modelo, aún en construcción, “se orienta al logro de un socialismo sustentable y próspero, caracterizado por el predominio de la propiedad socialista de todo el pueblo sobre los medios fundamentales de producción, articulada con elementos de mercado y el principio de distribución socialista; encaminado a la inclusión social mediante la universalidad de las políticas públicas en esferas claves, la atención prioritaria a determinados grupos sociales, la participación de las familias y la sociedad civil con criterios de equidad y alto componente axiológico” (Campoalegre y otros, 2015, p. 96).

Esta etapa se caracteriza por focalizar la protección de la asistencia social en sectores de la población que se encuentran en desventaja, entre ellos las personas con limitaciones o impedimentos para trabajar y las familias en situación de vulnerabilidad social. Al respecto, existe una sobrerrepresentación de grupos específicos que conforman el patrón de vulnerabilidad social en Cuba —hogares unipersonales de adultos mayores o personas con discapacidad— (Campoalegre y otros, 2015), por lo que uno de los lineamientos de la que establece la eliminación de subsidios y gratuidades que resulten indebidos o excesivos, de manera tal que opere el principio del subsidio a las personas que más lo necesitan y no a los productos, que ha sido lo predominante hasta la fecha.

Para contribuir al diseño de políticas dirigidas a las personas mayores en el año 2011 se crea un grupo de trabajo denominado “Envejecimiento poblacional y la salud del trabajador”, cuya misión es identificar del conjunto de acciones y regulaciones que le corresponden al Ministerio de Salud Pública —institución encargada del diseño y ejecución de la política— y a otros sectores, de manera de favorecer la implementación de políticas públicas más saludables en la población cubana. Dentro de los objetivos de las políticas públicas que fueron definidos por el grupo de trabajo se encontraban los siguientes (Fernández, s/f):

1. Promover una visión positiva del envejecimiento, con enfoque en el ciclo vital, mediante el desarrollo de estrategias apropiadas para las personas mayores, como actividades educacionales, recreativas y culturales, la práctica sistemática de actividad física con el incremento de círculos de

abuelos y campañas de comunicación, y la participación en la universidad de la tercera edad.

2. Perfeccionar la atención médico integral de la población adulta mayor, a través de los equipos básicos de salud, de los equipos multidisciplinarios de atención gerontológico (EMAG), vacunación, servicios de geriatría y atención diferenciada en centros laborales de alto riesgo.
3. Garantizar una cobertura de atención comunitaria e institucional a las personas mayores vulnerables mediante casas de abuelos, asistente domiciliario y hogares de ancianos.
4. Cubrir las demandas para la atención a las personas con discapacidad.
5. Promover entornos favorables (físicos y sociales) para las personas mayores.
6. Capacitar los recursos humanos necesarios para afrontar el envejecimiento de la población cubana.
7. Realizar estudios longitudinales sobre envejecimiento en el país, así como documentar los resultados de las investigaciones.

Entre los objetivos de la nueva política, el cuidado no aparece como una dimensión explícita, a pesar de la relevancia que se le ha asignado en los distintos instrumentos internacionales y de la opinión de algunos especialistas cubanos: “El tema del cuidado es del mismo modo relevante y las alternativas y opciones deben acompañar la necesidad de que la población en edad laboral no abandone su rol productor para atender tareas de cuidado al interior de la familia. De ahí que, para ello, también la sociedad debe impulsar acciones” (Rodríguez y Albizu-Campos, 2015, p. 8).

En octubre del 2014, el Consejo de Ministros aprueba el acuerdo 32/14 que constituye la nueva política para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento de la población cubana. Entre las prioridades del acuerdo está ampliar la protección legal de las personas mayores, estimular la incorporación al empleo de las personas en condiciones de trabajar, implementar programas de comunicación y culturales sobre el proceso de envejecimiento y la dinámica familiar que sensibilicen, valoricen y entretengan a la población y a las personas mayores. Junto con ello, definir en el Plan de la Economía y en el Presupuesto del Estado los recursos necesarios para enfrentar los elevados índices de envejecimiento, así como estudiar el comportamiento actual y prospectivo de la dinámica demográfica. Ello supone disponer de un mayor información puntual y precisión para los programas sociales y sectoriales diferenciados, para lo que se han nuevos instrumentos de recolección

de información más específicos de la población mayor como encuestas, entre otros (García y Alfonso, 2010).

La institucionalidad encargada de implementar dicha política es el Ministerio de Salud Pública, responsable además de la aplicación de las políticas médico-sociales del país. En el ministerio, el Departamento Nacional de Atención al Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental es el que se encarga de ejecutar, monitorear y evaluar la política para hacer frente al envejecimiento. Este departamento es responsable de administrar el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor —creado a mediados de la década de los noventa (1996) y que continúa vigente—. El programa tiene como misión garantizar la atención integral de este grupo en tres escenarios: i) la atención primaria de salud, ii) la atención hospitalaria y iii) la atención institucional. Como antecedente, en 1978 se crea el primer programa de atención al anciano, conocido como modelo de atención comunitaria. En 1982, en respuesta a los acuerdos de la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena, se lanza el Plan de Atención Nacional al Anciano que incorpora un enfoque social e integral. En 1984 aparece el Plan del Médico y Enfermera de la Familia y el Plan de Atención Integral a la Familia.

El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor se actualiza cada cinco años y es prioritario dentro del Ministerio de Salud. Cuenta con tres subprogramas (de Atención Comunitaria, de Atención Institucional y de Atención Hospitalaria) cuya población objetivo la constituyen las personas de 60 años y más. Sus actividades tienen un alcance nacional y operan en todos los niveles de atención (local, municipal, provincial y nacional). Sus ámbitos de acción incluyen no solo salud, sino seguridad social, deportes, cultura y derechos, entre otros. El presupuesto es de origen estatal, además de las prestaciones monetarias, en servicios y en especie que otorga el Régimen de Seguridad Social, para las que en el 2010 se destinaron 885,8 millones de pesos (MINSAP y CITED, 2012). Aunque no está disponible información específica sobre el presupuesto de este programa, se pueden hacer algunas reflexiones en relación con la estructura y comportamiento de los gastos sociales por área en Cuba. Espina (2010) señala que en la década de 1990 —en condiciones de crisis y de reforma económica— la proporción del gasto público social en relación con el PIB se mantuvo por encima del 20%, situación similar a la de Uruguay y Brasil en América Latina.

A fines de los años noventa, se aumentan los gastos sociales para implementar nuevos programas dirigidos a la modernización y el rescate de los servicios públicos, especialmente en salud, asistencia social y educación y una política de subsidios a la oferta (Espina, 2010). Los cambios ocurridos en la primera década

del 2000 se explican a partir de la lógica general de política social proactiva de desarrollo, que pone énfasis en la retribución y el acceso al bienestar con mayor diferenciación de acuerdo con el aporte laboral de cada grupo. En ese contexto, los gastos en seguridad social tienden a crecer por una política de aumento de las jubilaciones mínimas (ver tabla 8).

**Tabla 8**  
Cuba: estructura de los gastos sociales por áreas, 1998-2004

Gastos	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Educación	21,50	22,17	22,59	25,92	27,20	28,90	30,01
Cultura y arte	2,40	2,31	2,52	3,40	3,91	4,17	4,75
Salud pública	19,15	18,82	18,16	19,66	19,01	17,78	17,41
Ciencia y técnica	1,48	1,55	1,66	1,79	1,66	2,00	1,76
Deportes	1,79	1,70	1,73	1,79	1,94	1,95	2,02
Seguridad social	24,28	21,64	19,26	20,34	19,62	18,01	18,10
Asistencia social	2,07	1,94	1,92	2,36	3,93	4,22	4,97
Vivienda y servicios comunales	8,05	8,29	8,23	9,05	8,63	8,42	8,88
Subsidio a diferencias de precio	19,28	21,58	23,93	15,70	14,09	14,55	12,10

Fuente: Espina (2010).

Mesa-Lago (2012) recapitula y actualiza el comportamiento del gasto social en Cuba, que como porcentaje del presupuesto estatal alcanzó una cima del 55,3% en 2007 y bajó al 53,1% en 2010 y como porcentaje del PIB decreció levemente del 36,4% en 2009 al 34% en 2010. En 2008-2009, antes del recorte, el gasto social cubano como porcentaje del PIB era el más alto en la región, en dólares per cápita el segundo y como porcentaje del gasto público total el décimo. De esta manera, Cuba fue uno de los tres países de la región que tuvo que reducir el gasto público no social para aumentar el gasto social.

Por su parte, la cobertura de pensiones asistenciales ubica a Cuba entre los diez países de la región que dan ese beneficio (Mesa-Lago, 2012). En 2010 los egresos se distribuyeron de la siguiente manera: 62% asistencia monetaria directa a personas, 28% hogares de ancianos y personas con alguna discapacidad física y 10% otros (Martínez, 2011, en Mesa-Lago, 2012).

En la tabla 9 se aprecia una caída en la tasa de crecimiento anual de beneficiarios de la seguridad social desde 2008 como resultado de la reforma de pensiones y en 2015 la tasa es negativa. El número de beneficiarios desciende en 2015 y casi se estanca en 2016 producto del aumento de la edad de retiro —que atrasa la jubilación de muchos asegurados— y de la muerte de nuevos jubilados.

**Tabla 9**

**Cuba: beneficiarios de la seguridad social. Crecimiento anual (%).**

Años	Beneficiarios	Tasa
2007	1 571 924	
2008	1 618 093	2,93
2009	1 617 480	0,04
2010	1 632 617	0,94
2011	1 652 868	1,24
2012	1 663 551	0,64
2013	1 677 660	0,84
2014	1 683 583	0,35,
2015	1 675 225	-0,50
2016	1 676 988	0,11

**Fuente:** Munster (2017), sobre la base de datos de la ONEI (2015).

Al analizar el comportamiento del gasto social por sectores para el período 2007-2010 se encuentra que la distribución del gasto y su tendencia varía (ver tabla 10). La educación representa el mayor porcentaje del presupuesto estatal, seguido de salud y pensiones. Como tendencia, el gasto en educación se encuentra estancado y en salud decrece. Las pensiones de seguridad social muestran una tendencia creciente, pero respecto del PIB se estancaron en 2010; mientras que la asistencia social experimentó una clara disminución. Según Mesa-Lago (2012) en respuesta al envejecimiento de la población, las ramas con más probable expansión serían las pensiones y salud y, de acuerdo con las reformas estructurales, la de asistencia social debería crecer.

Contrariamente a la situación de avanzado envejecimiento poblacional del país, el presupuesto destinado a los servicios sociales disminuyó en el contexto de las reformas que dan continuidad a la llamada actualización del modelo económico cubano. Los cambios en la política económica y social de Cuba han traído aparejada la eliminación de un grupo de subvenciones, fundamentalmente en los productos de la canasta básica de la población. El problema está en que el envejecimiento poblacional agrava la falta de sustentabilidad financiera de las pensiones de seguridad social e impacta al sistema de seguridad social (Mesa-Lago, 2010), en

la medida en que aumentan los gastos de la Seguridad y la Asistencia Sociales (Fleitas, s/f). La focalización en los grupos más vulnerables no necesariamente considera las situaciones y realidades de adultos mayores que no poseen las condiciones para llevar una vida digna.

**Tabla 10**  
**Cuba: gastos sociales corrientes, 2007, 2009 y 2010**  
*Porcentaje del presupuesto estatal como porcentaje del PIB*

<b>Gastos corrientes</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Educación	20,2	19,5	20,1	12,1	13,2	12,9
Salud	16,5	16,8	15,2	9,9	11,3	9,7
<b>Pensiones seguridad social</b>	10,6	11,4	11,9	6,4	7,6	7,6
Vivienda	4,6	4,1	4,2	2,8	2,8	2,7
<b>Asistencia social</b>	3,4	2,2	1,7	2,0	1,5	1,1
Total	55,3	54,0	53,1	33,2	36,4	34,0

**Fuente:** Mesa-Lago (2012).

Así lo demuestra el recorte experimentado en el presupuesto asignado a la asistencia social. De 2006 a 2015, el gasto se contrajo a un sexto, del 2,2% al 0,4%, mientras que el número de beneficiarios como proporción de la población decreció a un tercio, de 5,3% a 1,6% (Mesa-Lago, 2017). La asistencia a adultos mayores y discapacitados fue otro indicador donde hubo recortes, pues disminuyó un 63% la asistencia a adultos mayores, en un 50% a las madres con hijos discapacitados, y un 68% a los que necesitan atención a domicilio. En ese contexto, la asistencia social debió incrementarse a fin de proteger a la población vulnerable contra los efectos adversos de las reformas estructurales. Sin embargo, ocurrió lo opuesto (Mesa-Lago, 2017), ya que desde el año 2011 disminuyen significativamente el número de personas mayores beneficiarias y la prestación de cuidados a domicilio (Louro y otros, 2015).

Haciendo un balance crítico del conjunto de la política social, desde el punto de vista valorativo, los entrevistados consideran que en la actualidad existe una mayor preocupación política de la institucionalidad por las personas mayores, que se expresa en la actualización del marco normativo que regula los temas relacionados con las personas mayores y en el esfuerzo por trabajar de forma integrada los temas de vejez y envejecimiento desde el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Diversas instituciones han sido llamadas a participar de programas, políticas y proyectos, lo que es una novedad. Sin embargo, el trabajo de integración es todavía insuficiente, pues no ha incorporado a la diversidad de actores sociales con interrogantes y demandas en torno a esos temas.

Otra crítica se refiere a los problemas de recursos, especialmente los recortes presupuestarios a los servicios sociales en general y, en especial, a la asistencia social en un contexto de empobrecimiento, donde las personas mayores están entre los grupos más vulnerables. A pesar de ello, la coyuntura se presenta como un *buen momento* en relación con el envejecimiento, debido a la mayor visibilidad del tema, a la conciencia de su importancia y a la constatación de una mayor voluntad política para enfrentarlo.

Sin embargo, son varias los retos que aún presenta la política social en materia de cuidado, vejez y envejecimiento, pues en la normativa y la política persiste un enfoque predominantemente salubrista y al tiempo que el cuidado no ha sido incorporado como un eje articulador de las múltiples necesidades que tienen las personas mayores en Cuba. El hecho de que la institución encargada del tema sea el Ministerio de Salud da cuenta de la mirada sectorialista, que se centra en la medicalización del abordaje de la vejez y los cuidados. Las personas entrevistadas señalan la necesidad de incorporar un enfoque gerontológico comunitario y social en el tratamiento del envejecimiento, que valore a la persona mayor. Es imprescindible articular los esfuerzos de las distintas instituciones públicas y de la sociedad civil. Existen iniciativas como la Cátedra del Adulto Mayor que trabajan en la promoción de otros enfoques sobre el tema, como, por ejemplo, relevar la importancia del factor educativo. Asimismo, organizaciones como Caritas Cuba con su programa del adulto mayor trabaja desde un enfoque gerontológico comunitario.

## E. Características de la oferta de cuidados hacia personas mayores

En este apartado<sup>52</sup> se identifican y caracterizan brevemente los principales programas y servicios mediante los cuales se proporcionan cuidados a las personas mayores, y las instituciones que los ofrecen —Estado, hogares, mercado, comunidad y tercer sector— y el carácter de las mismas —públicas o privadas—. En función de los datos disponibles se analiza el nivel de suficiencia de la oferta actual en relación con la demanda, así como la distribución de la responsabilidad del cuidado entre los distintos actores.

<sup>52</sup> Es necesario considerar la escasez de estadísticas, especialmente económicas, en comparación con los demás países de la región. Hay un poco más de disponibilidad, si bien limitada, de estadísticas sociales. Según afirma Mesa-Lago “La disponibilidad absoluta y relativa de estadísticas sociales es mayor, especialmente en educación, salud y gasto social. En el informe social anual de la CEPAL (2010) Cuba no aparece en las secciones de pobreza, Gini, ingreso, PEA por actividad económica y ocupación por sectores, ni en el capítulo sobre protección social (CEPAL, 2011c). No hay estadísticas sobre cobertura/acceso de los servicios sociales salvo en educación” (2012, p. 9).

La oferta de cuidados proporcionada por el Estado para las personas mayores es entregada por el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, que es implementado por el Ministerio de Salud. La oferta está organizada en tres subprogramas: i) de Atención Comunitaria, ii) de Atención Institucional y iii) de Atención Hospitalaria.

### 1) *Subprograma de Atención Comunitaria*

Se focaliza en el perfeccionamiento del trabajo en la atención primaria de salud, fundamentalmente del médico y enfermera de familia con el apoyo de los equipos multidisciplinarios de atención gerontológico en círculos de abuelos y otras alternativas no institucionales. Su objetivo es contribuir a elevar el nivel de salud y de calidad de vida del adulto mayor con acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Tiene como protagonistas a la familia, comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas. Incluye modalidades formales y no formales de atención comunitaria al adulto mayor.

El subprograma se ejecuta con equipos multidisciplinarios en el nivel primario —médico y enfermera de la familia— y en el primario especializado —equipos multidisciplinarios de atención gerontológica (EMAG)—. La atención primaria, proporcionada en los consultorios médicos y por los médicos de familia ubicados en la comunidad, ha experimentado un deterioro en los últimos años, ya que los médicos de familia disminuyeron en un 59% de 2008 a 2015, lo que coincide con la disminución del personal de salud en general debido principalmente a la exportación de profesionales de la salud en las distintas misiones y servicios en el extranjero (Mesa-Lago, 2017). Asimismo, las instalaciones de prestación de los servicios de atención primaria también disminuyeron de 497 policlínicos en 2007 a 451 en 2015 según los datos de la ONEI.

Dentro del subprograma de atención comunitaria existen servicios que complementan la atención integral: círculos de abuelos, grupos de orientación y recreación, centros diurnos de rehabilitación, casas de abuelos (centros de larga estadía), Programa de Atención al Anciano Solo, servicios de respiro a cuidadores, asistentes sociales domiciliarias, escuelas para cuidadores, teleasistencia, comedores comunitarios. El gobierno también administra un Sistema de Atención a la Familia mediante el cual 76.000 ancianos de bajos ingresos reciben comida elaborada y a precios subsidiados<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> Más información en [http://www.14ymedio.com/nacional/Solos-recursos-ancianos-ayuda-Iglesia\\_0\\_2210178966.html](http://www.14ymedio.com/nacional/Solos-recursos-ancianos-ayuda-Iglesia_0_2210178966.html).

En la tabla 11 se muestra la evolución del número de beneficiarios/participantes en los distintos servicios del Programa Nacional Integral del Adulto Mayor hasta el año 2008, para el resto de los años no se cuenta con información actualizada. Es difícil estimar la cobertura de los principales servicios mencionados. Si bien la mayoría de ellos ha experimentado un incremento, no tenemos información suficiente para evaluar el nivel de cobertura frente a la actual demanda, que va en incremento de acuerdo con el aumento del nivel de envejecimiento poblacional y, por ende, de la necesidad de servicios de geriatría, gerontología, de seguridad y asistencia social, según lo afirmado por la propia Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional del 2011.

De acuerdo con las estadísticas de ONEI y los cálculos del profesor Mesa-Lago, el porcentaje cubierto en 2005 sería del 0,3% y en 2008 del 0,4%<sup>54</sup>. Hay un aumento, pero el porcentaje cubierto es minúsculo. Lo ideal sería usar como divisor a la población adulta mayor que no es autosuficiente y que no cuenta con la ayuda de familiares, pero esa cifra no está disponible.

**Tabla 11**

**Indicadores seleccionados del Programa Nacional Integral del Adulto Mayor (1998, 2005, 2008 y 2016)**

Indicadores	1998	2005	2008	2016**
Casas de abuelos	74	186	229*	276
Participantes en casas de abuelos	2.404	5.562	7.603*	
Círculos de abuelos	12.229	14.701	14.738	
Participantes en círculos de abuelos	325.451	745.083	782.065	
Ancianos solos en atención domiciliaria	42.994	125.136	132.936	
Grupos de orientación y recreación	609	1.435	1.565	
Equipos multidisciplinares de atención gerontológica	424	435	478	

**Fuente:** García y Alfonso (2010) con datos del Centro Nacional de Atención al Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública de Cuba (\* Datos de 2009). (\*\* Datos de ONEI, 2017, de agregado propio).

## 2) *Subprograma de Atención Institucional*

El subprograma de Atención Institucional gestiona los centros de larga estadía u hogares de ancianos, que brindan cuidados a largo plazo de corta, mediana y larga estadía para adultos mayores frágiles y en estado de necesidad que no se

<sup>54</sup> Las autoras agradecen los comentarios del profesor Carmelo Mesa-Lago respecto de las posibilidades de estimar la cobertura de los servicios.

benefician con otras alternativas no institucionales en la comunidad. Ofertan servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades, curativos y de rehabilitación, así como actividades socioculturales y recreativas.

Los datos más recientes reportan que en la actualidad existen 148 hogares de ancianos que albergan a un total de 11.771 adultos mayores en 2016<sup>55</sup>, considerando tanto el régimen interno como semi-interno, según el Anuario Estadístico de Salud publicado en 2017. Sin embargo, como se observa en la tabla 12, la dinámica del comportamiento de este indicador ha tendido al decrecimiento, considerando que a partir del 2008 se eliminan del reporte las casas de abuelos. Desde el año 2014 se observa un alza en el total de adultos mayores institucionalizados.

Sin embargo, si se observa el indicador de disponibilidad de camas para la asistencia social en hogares de ancianos (ver tabla 12), se produce primero un descenso de los albergados de 2003 a 2012 y luego un ascenso desde 2014, pero el número albergados en 2016 es un 74% de la cúspide de 2003, o sea, un 26% menor (Anuario Estadístico de Salud, 2017).

**Tabla 12**

**Cuba: Albergados en hogares de ancianos según sexo. 2001-2016**

Año	Masculino	Femenino	Total
2001	8.925	4.794	13.719
2002	9.532	5.013	14.545
2003	9.765	5.094	14.859
2004	9.483	5.061	14.544
2005	9.250	5.215	14.465
2006	9.739	5.170	14.909
2007	9.937	4.946	14.883
2008	6.521	2.863	9.384
2009	6.500	2.655	9.155
2010	6.429	2.405	8.834
2011	6.434	2.423	8.857
2012	5.902	2.920	8.822
2013	6.277	2.624	8.901
2014	6.673	3.670	10.343
2015	6.242	4.376	10.618
2016	7.237	3.853	11.090

**Fuente:** Anuario Estadístico de Salud 2016 (Nota: desde el año 2008 se excluye la actividad de las casas de abuelos).

<sup>55</sup> El informe de ONEI (2017) señala que este dato incluye camas privadas de asistencia médica.

Además de la insuficiente cobertura se ha señalado un el deterioro de los servicios de cuidado para personas mayores. La prensa nacional ha recogido las innumerables críticas e insatisfacciones en relación con dichas instituciones, que apuntan principalmente a la calidad de los servicios, la mala infraestructura de los locales y la ausencia de actividades que ofrezcan a las personas mayores un espacio de esparcimiento<sup>56</sup>. Una reciente fiscalización realizada por la Contraloría General de la República detectó falta de supervisión en los asilos de ancianos y problemas con las condiciones higiénicas y constructivas de esas instituciones<sup>57</sup>.

### 3) *Subprograma de Atención Hospitalaria*

El subprograma de Atención Hospitalaria tiene como objetivo elevar la calidad de la atención médico social a las personas mayores en los niveles secundarios y terciarios del sistema, mediante acciones de promoción, prevención y terapia integral, incluida la rehabilitación. Dentro de la atención secundaria se cuenta con servicios de geriatría para las personas mayores con múltiples enfermedades, complicaciones crónicas y agudas, pérdidas funcionales y que demandan de una atención más especializada. Al 2016, se reportaban 336 especialistas en geriatría que se desempeñaban en el sistema de salud (Anuario Estadístico de Salud, 2016), lo que indica la presencia de un geriatra por cada 6.600 adultos mayores, proporción muy baja para los estándares internacionales. Sin embargo, según los cálculos de Mesa-Lago (2018) se estima 2.624 ancianos por geriatra, considerando no solo los geriatras especializados sino además los 512 *dedicados* que suman 848, lo que se acerca a los estándares internacionales. Sin embargo, si se le compara con la proporción de pediatras por niños, se observa una notable diferencia, por cuanto la proporción es mucho menor que en el caso de las personas mayores, máxime cuando la población de 60 años y más sobrepasó a la de 0-14.

En relación con la atención hospitalaria e institucional, el número de médicos geriatras es insuficiente, lo que se agrava por las proyecciones demográficas de crecimiento de la población mayor (Louro y otros, 2015). Este déficit se produce además en un contexto de merma general en el personal técnico y profesional de la salud y de deterioro de las instalaciones y los servicios (Mesa-Lago, 2017b). El personal total de salud experimentó una caída del 22% y aunque el de los médicos aumentó, un porcentaje significativo de ellos labora en el extranjero en misiones, por lo que el indicador del número de médicos por habitante para el 2015 era similar

<sup>56</sup> Para ampliar información véase <http://redsemlac-cuba.net/sociedad-cultura/envejecimiento,-entre-vida-cotidiana-y-pol%C3%ADtica-social.html>, publicado el 21 de febrero de 2017.

<sup>57</sup> Información recabada del sitio [https://www.prensa.com/opinion/Cuba-pierde-millones\\_0\\_4407309294.html](https://www.prensa.com/opinion/Cuba-pierde-millones_0_4407309294.html), en noviembre de 2017.

al del año 1993, señalado como el peor de la crisis. Según datos de la ONEI (2017), el número de hospitales se ha reducido significativamente desde 2010, pasando de 215 a 150 en 2016. Más crítica aún es la situación en las zonas rurales, donde en 2011 fueron cerrados todos los centros hospitalarios y puestos rurales<sup>58</sup>. Por su parte, el promedio de camas de hospital por mil habitantes también experimentó una caída, pasando de 4 en 2007 a 3,6 en 2015.

El progresivo deterioro en los servicios de salud es preocupante por el incremento de estas necesidades con el envejecimiento de la población y que, según la Encuesta Nacional de Envejecimiento, más del 80% de las personas mayores padece de alguna enfermedad crónica, porcentaje que se incrementa entre el grupo de 75 años y entre las mujeres independiente de su edad (ONEI, 2011).

La sistematización de Mesa-Lago (2012) hecha para el informe sobre protección social en Cuba publicado por CEPAL arroja más datos (ver tabla 13): los indicadores asistenciales alcanzaron sus cimas en 2005-2008, pero se deterioraron en 2009-2010. Entre su punto más alto y el año 2010, el número de beneficiarios se redujo un 61% y como porcentaje de la población total cayó del 5,3% al 2,1%; las personas mayores con asistencia menguaron un 51%, los discapacitados un 57%, las madres con hijos discapacitados un 19% y el servicio a domicilio un 67%; y, finalmente, los egresos presupuestarios asignados a la asistencia social declinaron un 47%, como porcentaje del presupuesto un 60% y como porcentaje del PIB un 52%.

**Tabla 13**  
Indicadores de la asistencia social, 2005-2010

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/ cima <sup>a</sup>
<b>Beneficiarios (miles)</b>	535	186	595	582	426	235	-61
Porcentaje de la población total	4,8	5,3	5,3	5,2	3,8	2,1	-60
<b>Tipo de beneficiario (miles)</b>							
Adultos mayores	117	143	145	145	118	71	-51
Discapacitados	85	97	99	110	71	47	-57
Madres con hijos discapacitados	6,7	6,7	7,8	7,6	7,6	6,3	-19
Servicio a domicilio	9,8	13,5	16,1	17,3	13,1	5,7	-67
<b>Egresos (millones de CUP)</b>	996	1 188	1 190	1 297	924	688	-47
Porcentaje del presupuesto estatal	4,1	4,2	3,4	3,0	2,2	1,7	-60
Porcentaje del PIB	2,3	2,2	2,0	2,1	1,5	1,1	-52

**Fuente:** Mesa-Lago (2012).

<sup>a</sup> Cambio porcentual de 2010 respecto al año (2005-2008) cuando se alcanzó la cima (en negrita).

<sup>58</sup> El informe de la ONEI (2017) coloca en una nota al pie explicando que esta desaparición se debe a que los hospitales y puestos médicos rurales pasaron a clasificar como policlínicos a partir del 2011.

La disminución de los gastos en asistencia social continúa en los años siguientes, a pesar del incremento de las pensiones y la asistencia mínima<sup>59</sup> (ver tabla 14). Entre los años 2007 y 2015, los gastos por este concepto se redujeron en un 60% (Munster, 2017), mientras los gastos corrientes destinados a los programas sociales bajaron en más de 100 millones de pesos, reduciéndose además el número de núcleos familiares beneficiados.

**Tabla 14**

**Cuba: gastos por el régimen de asistencia social (años seleccionados)**

Concepto	2010	2013	2015
Gastos por la asistencia social (MMP)	402.9	262.9	349.9
Beneficiarios de la asistencia social	235.482	170.674	175.106
Núcleos protegidos por la asistencia social	147.184	109.223	111.801
Adultos mayores beneficiarios de la asistencia social	71.050	52.764	53.635
Personas con discapacidad beneficiarias de la asistencia social	46.884	39.582	38.690
Madres de hijos con discapacidad severa beneficiarias de la asistencia social	6.301	4.200	3.931
Beneficiarios del servicio de asistente social a domicilio	5.664	4.474	5.166

**Fuente:** Munster (2017).

Fuera de la oferta estatal, los hogares cubanos proveen gran parte de los cuidados a las personas mayores. “Desgraciadamente, la mayoría del cuidado recae en las familias porque el cuidado estatal no es suficiente”, reconoce la demógrafa Alfonso León a la prensa cubana<sup>60</sup>. Conviene recordar que aproximadamente un 40% de los hogares en Cuba (1.506.852), tienen un adulto mayor entre sus miembros y se ha registrado un incremento de hogares donde viven personas mayores solas (12,6%) (Censo de Población y Viviendas, 2012). Las investigaciones han demostrado que los cuidados siguen anclados en la familia o al sistema de salud, porque —a pesar de las transformaciones sociales y culturales impulsadas por las políticas de igualdad promovidas por la Revolución— la sociedad cubana sigue siendo altamente familista y los cuidados, en consecuencia, continúan a cargo de las mujeres.

La carencia de servicios de cuidado y de una infraestructura que aligere el trabajo doméstico constituye otro de los problemas que enfrentan las familias cubanas y que impacta desigualmente a hombres y mujeres en el uso del tiempo. Datos del último Censo Nacional de Población y Viviendas —levantado en 2012—

<sup>59</sup> El mencionado incremento de las pensiones es nominal según lo planteado por Mesa-Lago (2017), porque ajustadas a la inflación cayeron 61% entre 1989 y 2016.

<sup>60</sup> Al respecto ver reportaje de SEMIac <http://redsemiac-cuba.net/sociedad-cultura/envejecimiento,-entrevista-cotidiana-y-pol%C3%ADtica-social.html>, publicado el 21 de febrero de 2017.

arrojan que 1.854.750 cubanas se dedicaban por completo a los quehaceres del hogar. Además, un alto porcentaje de mujeres con empleos estatales en la isla dedican buena parte de su tiempo y esfuerzos a las tareas del hogar, pues la Encuesta de Uso del Tiempo confirma que las mujeres dedican un porcentaje mayor de su tiempo (71%) que los hombres (33%) al trabajo no remunerado. Al respecto, Campoalegre y otros (2015) señalan que persisten las desigualdades de género en la sociedad, entre las que destacan la división sexual del trabajo doméstico, debido —entre otras razones— a la insuficiente infraestructura de servicios públicos dedicados al cuidado de personas dependientes, al rol que se les confiere a las mujeres dentro de la familia y las pocas exigencias sociales para que los varones se involucren en mayor medida en las tareas domésticas y de cuidado. De manera que las mujeres cubanas en general están sobrerrepresentadas dentro de las más pobres (Espina, 2008) y aquellas que sobrepasan los 60 años tienden a presentar una condición más desventajada aún en los ingresos (Fleitas, 2014).

La permanencia en el empleo por un tiempo prolongado tiene impactos positivos en la seguridad económica de las personas mayores, sin embargo, las responsabilidades de cuidado en la familia y las múltiples desigualdades que experimentan las mujeres cuando participan del mercado laboral —menores ingresos y ocupaciones con menor calificación, entre otras— generan un historial más breve de trabajo formal remunerado y, en consecuencia, pensiones más bajas en la vejez. La multiplicación de las estrategias familiares de supervivencia y elevación de ingresos aparece como una consecuencia de esta desigualdad y, a su vez, ha sido señalada como un rasgo clave para entender la reestratificación social en Cuba (Espina, 2008).

El problema se complejiza porque la realidad familiar cubana cambió (Arés y Benítez, 2009). Dos rasgos de la emigración cubana actual están estrechamente conectados con el acelerado envejecimiento de la población cubana: la creciente participación de mujeres y la alta emigración de jóvenes. Hernández y Foladori (2013) señalan que a partir de 1995 la participación de la mujer se ha elevado a más del 50% y se ha mantenido la tendencia ascendente. La migración de mujeres cubanas es un signo de alerta respecto del envejecimiento poblacional que experimenta la sociedad cubana. Según Marrero (2011), una característica de la feminización de las migraciones son los crecientes proyectos de vida en los que la mujer cubana decide migrar sola como alternativa de supervivencia frente a la crisis económica y proveer el sustento de su familia.

Como las mujeres cubanas retrasan su reproducción en función de sus expectativas migratorias y salir de la isla en edad reproductiva, se genera un

descenso en las tasas de fecundidad, afectando sustancialmente el crecimiento de los segmentos jóvenes de la población. El problema es que, cuando una mujer migra, los reordenamientos familiares que se producen en la sociedad de origen son mayores y más complejos que si es un hombre el que lo hace, pues, por ejemplo, las personas mayores enfrentan un déficit de cuidado familiar tras la migración de las hijas, hermanas o nueras, y, al mismo tiempo, son las mujeres mayores quienes asumen los cuidados de sus nietos para facilitar los proyectos migratorios de las hijas (Acosta, 2017).

La comunidad y el tercer sector han comenzado a ofrecer servicios a las personas mayores frente a la sobrecarga de la familia, al déficit de la oferta estatal, el aumento de la demanda y el empeoramiento de las condiciones de las instalaciones en que se entregan dichos servicios después de la crisis de los años noventa. Destaca la Iglesia Católica que tiene programas de ayuda para las personas de la tercera edad en parroquias o congregaciones, que se sostienen con ayuda y donaciones del extranjero. No es posible acceder a información respecto de la cobertura, alcance y contenidos de estos programas y tampoco son analizados por la literatura especializada. Un reciente reportaje periodístico revela que, en 2017, había once asilos (instituciones de larga estadía) bajo el cuidado de órdenes religiosas, que se valoran positivamente por condiciones higiénicas y de atención. Entre los más grandes en el occidente del país están los de Santovenia, María Inmaculada en el Cerro, Siervas de San José en Playa o de las Hijas de la Caridad en Bejucal<sup>61</sup>.

Uno de los programas más emblemáticos ofrecidos a personas mayores no estatales es de Caritas Cuba<sup>62</sup>, que es una de las pocas ONG independientes en el país. En la actualidad, el programa opera en las once diócesis a lo largo de la isla y su objetivo es conseguir una mejor calidad de vida y bienestar para las personas mayores a través de una estrategia de promoción, capacitación y sensibilización dirigida a diferentes actores de la comunidad eclesial y civil. Como ejes de trabajo se han planteado la formación y capacitación con un enfoque gerontológico; desarrollar acciones con personas mayores mediante los servicios de comedores, lavatines<sup>63</sup>, acompañamiento, limpieza a los hogares, peluquería/barbería; participación en espacios de socialización y relaciones intergeneracionales; acompañamiento a los grupos de trabajo y publicaciones.

<sup>61</sup> El análisis realizado sobre este tipo de oferta proviene de información recopilada en los medios masivos de comunicación, así como en entrevistas a informantes clave. Para ampliar puede consultarse el siguiente artículo: [http://www.14ymedio.com/nacional/Solos-recursos-ancianos-ayuda-Iglesia\\_0\\_2210178966.html](http://www.14ymedio.com/nacional/Solos-recursos-ancianos-ayuda-Iglesia_0_2210178966.html).

<sup>62</sup> Más información del programa en la cobertura periodística del medio independiente en Cuba *El Toque* <https://eltoque.com/texto/la-iglesia-cubana-asume-mas-el-cuidado-de-ancianos>.

<sup>63</sup> Se les llama lavatines en Cuba a los servicios de lavado, secado y planchado de ropa.

Además de este programa, existen otras iniciativas de la Iglesia católica que brindan acompañamiento y atención a las personas mayores que viven solas, servicios de alimentación, información y entretenimiento. El programa de acompañamiento que tiene el Centro Cristiano de Reflexión y Diálogo (Cárdenas, Matanzas)<sup>64</sup>, la Fundación Mensajeros de la Paz con su programa radial Teléfono Dorado y los comedores para personas mayores, son un ejemplo de ello<sup>65</sup>. Las Iglesias protestantes gestionan al menos otros cinco centros para la tercera edad y la Gran Logia masónica tiene a cargo uno.

Por otra parte, la oferta privada de cuidados para personas mayores es reciente, pues la aprobación de las licencias o patentes para esos servicios entre las actividades por cuenta propia aprobadas por el gobierno cubano es de los últimos años. El sector privado, inestable en la economía cubana hasta la década de los noventa y, en menor medida, hasta 2008-2009, comienza a recibir estímulos positivos en 2010, con la aprobación de 181 actividades autorizadas, que en 2014 llegan a 201 (65 más que en 1995)<sup>66</sup>. La patente de Cuidador de enfermos, personas con discapacidad y ancianos, aprobada en esta última etapa permite que se puede atender a la persona mayor dentro de su casa, en el hogar del cliente o un espacio rentado para ello. Sin embargo, no sirve para arrendar o comprar un espacio que se habilite como residencia de larga estadía o para ofrecer servicios de alimentación<sup>67</sup>. Para ello, el cuentapropista debe obtener otras licencias que encarecerían el servicio de tal forma que sería incosteable. De esta manera, se readaptan casas particulares para cobijar una cama de hospital, para que pasen sin dificultad las sillas de ruedas, y baños a los que se le agregan accesorios de apoyo para personas mayores. El costo de estos servicios es alto y puede ascender hasta los 60 pesos cubanos mensuales e incluir servicios clínicos y fisioterapia, ejercicios físicos y hasta excursiones los sábados laborables. Muchos de estos costos son solventados por los familiares de las personas mayores que residen en el extranjero.

En otro reportaje del sitio digital *OnCuba*<sup>68</sup> se caracteriza la modalidad de atención de estos servicios, donde se asisten a las personas mayores con horarios similares al de las tradicionales casas de abuelos; como también las 24 horas de lunes a viernes. Esta segunda modalidad es la más demandada. Ambas variantes incluyen dentro del precio —muy superior al salario medio de un trabajador en

---

<sup>64</sup> Más información sobre la iniciativa en [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=134&v=0EyWzknyhTO](https://www.youtube.com/watch?time_continue=134&v=0EyWzknyhTO).

<sup>65</sup> Más información sobre los programas para personas mayores en <https://mensajerosdelapaz.org/cuba/>.

<sup>66</sup> Más información en <http://oncubamagazine.com/economia-negocios/el-creciente-sector-privado-en-cuba/>, fecha de consulta en noviembre de 2017.

<sup>67</sup> Más información en [http://www.14ymedio.com/reportajes/ancianos\\_0\\_1612638721.html](http://www.14ymedio.com/reportajes/ancianos_0_1612638721.html).

<sup>68</sup> Más información en <http://oncubamagazine.com/economia-negocios/cuidar-ancianos-en-cuba-entre-el-asilo-y-el-home/>, fecha de consulta en noviembre de 2017.

Cuba— la alimentación, el aseo, el lavado de las ropas y el seguimiento médico. De cualquier modo, los datos sobre la oferta en relación con los cuidados de personas mayores son de difícil acceso, tanto en su cobertura como en el tipo y calidad de estos servicios.

Otro aspecto de la oferta privada de cuidado lo constituye el trabajo doméstico remunerado, que durante la mayor parte del período revolucionario fue prohibida. Con la aprobación de las patentes de asistente para el cuidado de niños y de personas mayores se produjo una explosión en la solicitud de licencias pasando de 211 en 2010 a 3.149 licencias en 2013, la mayoría de las solicitantes son mujeres (IPS, 2016).

El costo para ingresar a los establecimientos es muy elevado en relación con las pensiones que reciben las personas mayores en Cuba, pues a pesar de su aumento nominal de 2005 a 2008, la pensión promedio anualmente ajustada a la inflación en 2008 estaba un 54% por debajo del nivel de 1989 y era insuficiente para satisfacer las necesidades básicas (Mesa-Lago, 2010), por lo que la pensión promedio nominal mensual ha perdido su poder adquisitivo.

Al considerar la opinión de los actores entrevistados, mencionan como un retroceso la desaparición de algunos programas emblemáticos destinados específicamente a la atención a las personas mayores, como los equipos multidisciplinarios de atención gerontológica, por ejemplo. Además, se reconoce que existen desigualdades territoriales en la gestión de las instituciones y que la incorporación del enfoque geriátrico y gerontológico en la atención primaria es débil. Es muy frecuente que las personas mayores acudan a las instituciones no por un problema de salud física, sino con otras necesidades que requieren de un enfoque gerontológico para ser resueltas.

Frente a la complejidad de las demandas que genera el envejecimiento poblacional, se valora el trabajo de Cáritas y de otras organizaciones de la sociedad civil en los temas de envejecimiento y cuidados, pues tratan de complementar las diversas necesidades de las personas mayores que no son cubiertas por los programas y proyectos estatales.

## **F. Consideraciones finales y reflexiones del caso en relación con las políticas públicas**

Para comprender los avances, limitaciones y desafíos de las actuales políticas sobre envejecimiento y cuidado en Cuba es preciso contextualizarlas. En el modelo de bienestar cubano —cuyos principios rectores son la equidad y la

cobertura universal—, el diseño y ejecución de la política social ha tenido un marcado carácter centralizado, verticalista, unitario y planificado, teniendo como protagonista al Estado en los últimos sesenta años. En la actualidad, este modelo se encuentra en una etapa de crisis y redefinición.

La crisis económica de principios de los noventa del siglo pasado, puso en evidencia y acentuó un conjunto de debilidades y desafíos de sostenibilidad del modelo. A esta crisis general, se suma otra más invisible: la crisis de los cuidados, cuyo principal causante es la llamada *silenciosa revolución* asociada al envejecimiento de la población. Si bien los indicadores de mayor esperanza de vida son expresión de un mayor bienestar conseguido en el período 1959-1989; surgen nuevas necesidades sociales de cuidado para los mayores en el mediano y largo plazo, lo que en el presente genera un conjunto de tensiones sociales, pues coexisten con las tradicionales demandas de cuidado infantil, la menor disponibilidad de cuidadoras y la carencia de oportunidades efectivas para disfrutar de una vejez digna, en la medida en que la pobreza y la desigualdad han aumentado.

La celeridad, magnitud y complejidad de los cambios asociados al proceso de envejecimiento han puesto a Cuba a la cabeza de la lista de países más envejecidos de la región. Aproximadamente un 20% de los cubanos tiene 60 años o más, entre ellos la mayoría son mujeres, lo que evidencia una feminización del envejecimiento. Estas cifras irán en aumento y se proyecta que al 2025, las personas mayores representarán el 26%. Para entonces, la población cubana además habrá disminuido en valores absolutos, lo que se ve acentuado por la emigración. Albizu-Campos y Alfonso (2000) señalan que, si en determinados periodos el fenómeno migratorio en Cuba fue circunstancial, a partir de 2006 se convierte en estructural. En consecuencia, las perspectivas económicas de un país envejecido, poco industrializado y sin reposición de su fuerza de trabajo son inciertas para resolver los problemas crecientes derivados de los procesos migratorios y del envejecimiento.

La dinámica de este proceso no es homogénea, pues se manifiesta de forma desigual entre hombres y mujeres. Las mujeres no solo son más entre las personas mayores, sino que tienen una mayor esperanza de vida que los hombres. Respecto de la distribución territorial, las zonas occidentales y centrales del país aparecen como las más envejecidas frente a la zona oriental, un indicador que remite indirectamente a que el ingreso también es desigual, pues las provincias menos envejecidas son las menos desarrolladas económicamente en Cuba. Otras manifestaciones relevantes de la manera en que se comporta el fenómeno del envejecimiento en Cuba es el aumento de los hogares unipersonales de personas mayores, así como el incremento de la actividad laboral en este grupo etario.

En relación con los ingresos, es notorio el alto grado de insatisfacción entre las personas mayores, producto de que las pensiones se han incrementado solo nominalmente en los últimos años. En este sentido, las remesas se han convertido en una fuente adicional de ingreso, que alivian la situación económica de los mayores, además del trabajo remunerado que se comporta de manera muy diferente entre hombres y mujeres. Los hallazgos de las investigaciones más recientes han demostrado que son las personas mayores, y dentro de ellos lo que viven solos, los que han sido más afectados por las desigualdades de ingreso resultantes de las reformas estructurales.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, el análisis de la dimensión jurídico-normativa en que se enmarcan las políticas sociales sobre envejecimiento y cuidados arrojó, en primer lugar, la necesidad urgente de la revisión y actualización de la normativa nacional, de manera que responda de forma específica a las necesidades actuales de la población envejecida, familias y cuidadores. Los análisis recientes abogan por una reforma total de la constitución como resultado de la brecha creciente entre el cambio social y el régimen constitucional cubano (Rojas, 2011). A pesar de las reformas parciales de 1992 y 2002 el texto constitucional cubano ha quedado obsoleto, incluso en comparación con los procesos de cambio constitucional liderados por la izquierda latinoamericana que han experimentado una renovación notable. Estos ajustes parciales no dan cuenta del proceso posterior de reformas impulsadas entre el 2007-2017 bajo el mandato de Raúl Castro.

Por su parte, si se considera el creciente número de personas mayores y su impacto en la realidad del país, la complejidad y celeridad con que se deben abordar sus necesidades en la política social, hay una necesidad manifiesta de ajustar el marco legal nacional al estándar internacional respecto de sus derechos humanos. Uno de los primeros pasos es la firma por parte de Cuba de la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, instrumento que entró en vigor en 2017.

La Constitución vigente asegura el derecho a la igualdad en el acceso al cuidado, la asistencia social, la salud y el trabajo, explicitando la edad como un criterio de no discriminación. Sin embargo, no hay menciones específicas a este grupo, como sí las hay respecto de la infancia u otros grupos. Las personas mayores aparecen mencionadas de manera genérica en las normas que regulan la salud, el empleo o la seguridad social. No hay normas específicas ni en el Código Civil ni en el Penal, que protejan a las personas mayores de las actuales vulneraciones de sus derechos como las situaciones de maltrato o su derecho al cuidado.

Un avance fue la promulgación de la nueva ley de Seguridad Social, que considera además de los cambios en las pensiones y jubilaciones, otras medidas para generar mayores niveles de bienestar y seguridad para las personas mayores. Aunque en la ley se consideran los cuidados directos e indirectos, sobre el derecho multidimensional al cuidado tampoco existe una regulación específica, considerando la relevancia que el tema ha adquirido como resultado de la actual crisis de cuidados que experimenta la sociedad cubana. La obsolescencia e insuficiencia de los marcos normativos que regulan y protegen los derechos de las personas mayores, es notoria además la inexistencia de una legislación específica. Antes bien, lo que existe es una dispersión normativa, que no reconoce la especificidad en la regulación de las necesidades de este grupo.

La falta de articulación entre la norma y las prácticas de implementación de las políticas es otro problema detectado por los entrevistados, lo que impacta negativamente en la atención adecuada de las necesidades de este grupo poblacional. Se suma a lo anterior, la falta de recursos para garantizar el monitoreo, control y evaluación permanentes de la implementación de la norma y la inconsistencia de algunas normas. En algunas áreas existe desprotección, particularmente en lo que se refiere al cuidado domiciliario, un ámbito donde se han incrementado los servicios. Se califica como una normativa aún limitada, de corte salubrista y restrictiva a las respuestas estatales de cuidado. La falta de control de parte de instituciones sociales respecto de la articulación y calidad en la implementación de la normas tiene efectos negativos desde el punto de vista de la gobernanza como intervención de los actores sociales en las decisiones políticas. Ello porque el alcance de la participación ciudadana se ve limitado y la autopercepción del papel de los sujetos frente a los órganos de poder se ve circunscrita a asuntos más cotidianos, en cuanto beneficiarios, mermando con ello la posibilidad de incidir en las transformaciones profundas de la política social.

Por último, cabe reflexionar sobre la viabilidad y coherencia programática de la importancia asignada en los lineamientos económicos y sociales del Partido y la Revolución al tema del envejecimiento (lineamiento 144). Por una parte, asigna suma importancia al tema del envejecimiento y, por otra, se plantea la disminución de la participación relativa del presupuesto del Estado en el financiamiento de la seguridad social además de la eliminación de gratuidades y subsidios considerados excesivos. Bajo esta aparente contradicción se aprueba en 2014 la nueva política para abordar el envejecimiento de la población cubana, sin aclarar el tema de la viabilidad financiera ni reconocer la importancia de la multiplicidad de actores que han aparecido como proveedores de cuidado de las personas mayores.

Desde el punto de vista de las políticas sociales, hay evidencia de una mayor preocupación política de la institucionalidad por las personas mayores. Se conformó un grupo de trabajo en 2011 que —aunque centrado en los temas de salud— contribuyó a la definición de los objetivos en los que se basa la nueva política aprobada en 2014 para abordar los elevados niveles de envejecimiento de la población cubana. Los entrevistados han percibido un mayor esfuerzo por trabajar de forma más integrada en el abordaje a los temas de vejez y envejecimiento desde el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Por otra parte, diversas instituciones han sido llamadas a participar de programas, políticas y proyectos, lo cual representa una novedad, aunque el trabajo de integración institucional en torno al tema ha sido insuficiente, entre otras razones por la diversidad de actores sociales con interrogantes y demandas que no han sido reconocidos ni incorporados en la discusión. Esto explica que las políticas específicas para personas mayores no tienen el mismo peso ni valor que aquellas dirigidas a otros grupos sociales como la infancia, por ejemplo. De cualquier modo, se evalúa positivamente la coyuntura en relación con el proceso de envejecimiento, debido a la mayor visibilidad y conciencia acerca de su importancia y a la constatación de una mayor voluntad política para abordarlo.

Sin embargo, los alcances de la nueva política requieren ser contextualizados en las reformas y ajustes producidos por el proceso, aún en construcción, de lo que se ha denominado actualización del modelo económico y social. Aunque la aprobación de la política es muy reciente y no existen evaluaciones, es posible anticipar un conjunto de debilidades y desafíos. Primero, la obsolescencia y el vacío normativo dificultarán, sin lugar a dudas, la implementación y fiscalización de varios ejes de la política. Segundo, la focalización de la protección de la asistencia social solo hacia sectores en desventaja social, entre los que se encuentran las personas mayores que viven solas y aquellas que presentan alguna discapacidad.

La normativa y de la política tienen un enfoque predominantemente salubrista, caracterizado por la ausencia de la categoría de cuidados, que debiera ser el un eje articulador de las necesidades sociales que tienen las personas mayores en Cuba. El enfoque en el tratamiento a la vejez es calificado por los entrevistados como altamente medicalizado y centrado en condiciones de empobrecimiento y dependencia. La institucionalidad encargada del programa de atención a personas mayores depende del Ministerio de Salud, reflejo de una mirada sectorialista y centrada en la medicalización del abordaje de la vejez y los cuidados. En ese sentido, no es difícil prever dificultades para coordinar acciones integrales de atención a este grupo y de las diversas instancias que participan en la gestión de las políticas

en este campo. Las personas entrevistadas comentan la necesidad de incorporar un enfoque gerontológico comunitario y social en el tratamiento del envejecimiento y la importancia de valorizar a la persona mayor, articulando adecuadamente los diferentes esfuerzos de las instituciones públicas y de la sociedad civil.

La dimensión técnico-operativa de la política ha tenido varios obstáculos: i) la dificultad para incorporar las distintas iniciativas y actores en una agenda común sobre el envejecimiento; ii) la falta de claridad respecto de plazos, instancias de seguimiento y responsables de los mecanismos de programación e implementación y los sistemas de información de las políticas no están suficientemente claros; y iii) la no disponibilidad de datos actualizados sobre cada uno de los subprogramas de atención a mayores, si bien se ha producido un avance en la actualización de datos sociodemográficos con los anuarios estadísticos de la ONEI y el Ministerio de Salud, y con la encuesta nacional de envejecimiento poblacional. Estos obstáculos en el nivel técnico-operativo son deudores del déficit democrático que acompaña la definición misma de la política económica y social y sus marcos normativos en el marco de una definición de la democracia asociada a los derechos sociales y económicos. Esta situación genera, siguiendo a Bobes (2010: 523), *“un ciudadano dependiente del Estado y sin margen de autonomía; esto es, un ciudadano con una enorme cantidad de derechos sociales que el Estado otorga por principios (y no a partir de la presión de demandas generadas “desde abajo”) pero con derechos políticos restringidos a la participación dentro del orden estatal socialista”*.

El objetivo de los estudios longitudinales sobre envejecimiento y de la documentación de los resultados de las investigaciones del Grupo de Trabajo sobre envejecimiento poblacional en 2011 —aunque registra algunos logros— está lejos de ser cumplido. Por lo que se puede encontrar en el análisis bibliográfico, hay una agenda de investigación pendiente que es de suma importancia para informar e incidir en la política pública. Entre los temas que requieren ser abordados se encuentran las características particulares de las personas mayores en función de variables como el género, la condición socioclasista, el nivel educacional, el estado conyugal, el lugar de residencia y el color de la piel, entre otras; las características de la convivencia familiar; las condiciones de vida de las personas mayores sin amparo familiar; las formas de violencia y maltrato hacia las personas mayores; el uso del tiempo libre y las formas de recreación en la tercera edad; las condiciones y experiencias de los ancianos institucionalizados; y la situación de las personas que los cuidan. Otro aspecto poco explorado tiene que ver con el ámbito de la subjetividad, lo que remite no solo a las condiciones de vida, sino a los sentidos y significados que las personas le atribuyen a este proceso, así como a las representaciones sociales de la vejez. El predominio de una visión negativa

de este proceso, asociada a la soledad, el abandono y la carga son frecuentes en la Cuba de hoy, según corroboran los expertos.

Otro componente importante de esta dimensión son los recursos fiscales y de otras fuentes para el financiamiento de las políticas de envejecimiento y cuidados. Los entrevistados señalan la importancia de considerar los derechos y las condiciones de posibilidad que tienen las personas mayores y sus cuidadores de ejercerlos. El deterioro significativo de los servicios de salud y asistencia social ponen en duda la posibilidad efectiva de hacerlos valer, pues junto con el aumento de las demandas producto del envejecimiento poblacional, el presupuesto destinado a los servicios sociales ha disminuido en el contexto de las reformas relacionadas con la actualización del modelo.

Al respecto, Díaz-Briquets (2015) considera que aun cuando la economía se recupere, se requiere de una reforma del régimen de bienestar que satisfaga las necesidades económicas, sociales y de salud que trae el envejecimiento de la población, incluido un sistema de pensiones sostenible capaz de cubrir las necesidades básicas. Las características de dicho régimen dependerían de la naturaleza y alcance de las reformas económicas, incluidas las responsabilidades asignadas al estado, el mercado —llamado eufemísticamente sector no estatal— y la familia, como administradores de los riesgos sociales y la seguridad social.

Respecto de la dimensión programática y de distribución de la responsabilidad social del cuidado se evalúa la existencia, disponibilidad y accesibilidad de programas y servicios en que se proporciona cuidados a las personas mayores, así como la forma en que el Estado, las familias, el mercado, la comunidad y el tercer sector se distribuyen esta responsabilidad. Existe una distribución desigual de esta responsabilidad, pues la recae fundamentalmente en la familia y, en particular, la mujer. La familia —ya sea mediante la provisión diaria de la asistencia o el envío de remesas— asume el papel primario en la atención de este grupo y el enfoque de las nuevas normativas y políticas sobre envejecimiento no se plantea resolver este problema. Por el contrario, al introducir estrategias de focalización (sectores de la población en desventaja social) y de familiarización de la política social (los lineamientos estipulan que los beneficiarios que tengan familia con capacidad para ayudarlos dejarán de recibir la asistencia), se sobrecarga a las familias. Esta estrategia —en un contexto de caída del ingreso familiar real, de diferenciación de los ingresos y de la imposibilidad de satisfacer las necesidades básicas para diferentes grupos sociales— reproduce las desventajas de grupos históricamente desfavorecidos y aumenta las desigualdades. En estos grupos se encuentran mujeres, personas mayores, así como comunidades en territorios de mayor retraso relativo.

A pesar de la derivación al incipiente —pero creciente— mercado y la sobrecarga de la familia, el Estado cubano sigue contando con una alta participación, protagonismo y control en la oferta de servicios hacia las personas mayores, cuya gestión es cada vez más excedida y debilitada. Los entrevistados aluden a que los servicios que se diseñan y ofrecen tienen un enfoque salubrista, en que prima la mirada de la vejez como un problema de salud. En ese sentido, los programas y servicios se diseñan e implementan en esa dirección, desatendiendo otros ámbitos de vida y necesidades de personas mayores y sus cuidadores.

La oferta pública además presenta desigualdades múltiples: territoriales, de ingresos o género. La insuficiencia de recursos y la menor cobertura de las prestaciones de seguridad social para las personas mayores, es calificada como un problema para evaluar el alcance de la oferta estatal. Se observa una creciente participación de nuevos actores en la oferta de cuidados hacia este grupo como la de la Iglesia y el sector privado, sin embargo, esta oferta se conoce poco y cuenta con trabas y limitaciones en su funcionamiento. La oferta de las institucionales no gubernamentales es bien valorada pero acotada en su cobertura y los servicios privados de cuidados han venido a solucionar un problema en el déficit de oferta, pero su alta carestía dificulta el acceso.

A lo anterior se suma el surgimiento o incremento de distintos problemas sociales en un contexto de reestratificación de la sociedad cubana actual (Espina, 2008), lo que constituye un desafío para la investigación, reflexión y debate sobre la organización social de los cuidados en Cuba y la conexión de los procesos de envejecimiento con las migraciones, en el marco de una discusión más amplia sobre el régimen de bienestar, las formas de expansión, reordenación y racionalización de las políticas asistenciales previas, así como de los derechos de las personas mayores y sus cuidadores.

En resumen, la escasa oferta de servicios de cuidados para las personas mayores en Cuba, la disminución de la cobertura de las prestaciones de seguridad social y la desigual distribución de la carga de cuidados en la vejez, apuntan hacia una profundización de la crisis de los cuidados, lo que se agrava por la incapacidad de la política social para anticipar y planificar la resolución de los problemas relacionados con el envejecimiento, pues se gesta en el escenario de otras crisis —económica y políticas— que aparentemente son más urgentes y están desconectadas de la anterior. Como resultado, determinados grupos y territorios han resultado más afectados que otros, entre ellos, las mujeres, los que viven solos, los que no reciben remesas y las comunidades rurales.

Este escenario obliga a revisar y actualizar las normativas nacionales, para que estén en consonancia con los estándares internacionales en materia de derechos y para que responda a las necesidades específicas de la población mayor, sus familias y cuidadores, lo que supone una transformación al texto constitucional. En paralelo, se requiere rediseñar una política social en torno al envejecimiento que permita garantizar el derecho multidimensional al cuidado, desde una mirada sociosanitaria, que incorpore la prevención y la promoción de la autonomía y que valore los aportes de las personas mayores a la sociedad.

Para esta transformación se requiere de la participación de todos los actores, incluidos los mayores, y no solo del Estado, que debe reconocer que la existencia de alternativas privadas o extraestatales es un complemento imprescindible a la oferta estatal para enfrentar el crecimiento de la demanda. Para ello se requiere un cambio en la hegemonía del Estado, promover el necesario diálogo con sociedad civil para impulsar la agenda de los problemas públicos en torno al envejecimiento y su respectiva traducción en políticas públicas. Por último, pero no menos importante, es urgente considerar la sostenibilidad económica del gasto social, así como su eficiencia, frente a los problemas acumulados irresueltos de gestión, monitoreo y fiscalización del gasto social. Las reformas estructurales ejecutadas dejan interrogantes sobre el gasto en la asistencia social que requieren ser estudiadas en mayor profundidad.



## A. Contextualización

Para contextualizar las políticas de cuidados hacia las personas mayores en Uruguay, se presentarán en primer lugar las características principales de la matriz de bienestar social en las que se enmarcan. Luego, se señalarán los aspectos sociodemográficos del país y las características y evolución de las políticas públicas dirigidas a las personas mayores.

Es importante considerar que el país consagró en la primera mitad del siglo XX un sistema institucionalizado de políticas sociales de carácter universalista y de amplia cobertura en el campo educativo, laboral y de salud, con capacidad de incorporar a la mayoría de la población urbana y más tardíamente a los trabajadores rurales (Filgueira, 1998, en Midaglia y Antía, 2007). El sistema —caracterizado por un universalismo estratificado (Filgueira, 1998)— estratifica ciertos beneficios, en particular los relacionados con las prestaciones de seguridad social. El estudio pionero de la evolución estratificada de la seguridad social en el Uruguay y la medición de su impacto en la desigualdad lo realiza Mesa-Lago en 1978<sup>69</sup>.

Otros analistas entienden que los grados de estratificación son bajos, por lo que califican la matriz de bienestar uruguaya de tipo socialdemócrata —en términos de Esping-Andersen— dentro del contexto latinoamericano (Moreira, 2003, Esping-Andersen, 1990, en Midaglia y Antía, 2007). Hay quienes señalan que más allá de los matices del sistema uruguayo, las clasificaciones internacionales y regionales lo ubican como un régimen de bienestar intermedio entre aquellos de tipo estatal, donde la mayoría de la población está protegida a través del mercado y/o por la intervención pública —característico de los países desarrollados—, y los de seguridad informal típicos de América Latina en los cuales la generación de bienestar se apoya en las redes sociales y familiares.

Es necesario considerar que el sistema de bienestar uruguayo no fue desarticulado por la dictadura, que tuvo lugar de 1973 a 1984, lo que lo diferencia de otros países de la región. sin embargo, se deterioraron una serie de prestaciones de seguridad social, salud y educación, debido a las nuevas pautas de asignación del gasto público, lo que se resintió en la calidad de los servicios sociales (Midaglia y Antía, 2007).

<sup>69</sup> Mesa-Lago (1978). *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality* (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press).

Con la vuelta de la democracia, en los años noventa, se implementaron ciertas reformas sociales moderadas que modificaron la provisión de las prestaciones sociales. La moderación en las reformas se explica por una serie de factores como el legado histórico en materia de bienestar, las orientaciones ideológicas de los tomadores de decisiones y las coaliciones de veto debido al crecimiento electoral de los partidos de izquierda (Midaglia, 2009, en Aguirre y Ferrari, 2014).

En 2005 accede por primera vez para un partido de izquierda al gobierno —el Frente Amplio— en un contexto socioeconómico crítico derivado de la fuerte crisis económica del año 2002. Al año 2004 había un 29,9% de hogares bajo la línea de pobreza, actualmente es de un 6,4%, lo que es expresión de políticas sociales enfocadas en la promoción y restitución de derechos de grupos de población que históricamente estaban marginadas del acceso al bienestar y la protección social. El nuevo gobierno desplegó una agenda social que buscó atender la situación de crisis y transformar la matriz de protección social vigente (Aguirre y Ferrari, 2014).

En 2005 se crea el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), organismo responsable de las políticas sociales nacionales, así como de la coordinación articulación sectorial y territorial, seguimiento, supervisión y evaluación de los planes, programas y proyectos, en las materias de su competencia. El MIDES se crea con el objetivo de promover la consolidación de una política social redistributiva de carácter progresivo. Su primera política fue el Plan de Asistencia Nacional de Emergencia Social (PANES), dirigido a las familias en situación de extrema vulnerabilidad socioeconómica. Se pusieron en funcionamiento en este período un conjunto de iniciativas como la reforma tributaria (2007) y la reforma de la salud (2007). Una vez culminado el PANES, en 2007 se comienza a implementar el Plan de Equidad, que integra reformas estructurales en el sistema de protección social y una serie de políticas focalizadas. También se modificó el régimen de asignaciones familiares y se amplió la cobertura a la población más vulnerable más allá de la clase trabajadora formal, con el objetivo de reducir la desigualdad intergeneracional a favor de niños y jóvenes, que eran considerados grupos etarios vulnerables (Aguirre y Ferrari, 2014).

Durante la segunda administración de izquierda (2010-2015), el MIDES amplía los programas dirigidos a sectores vulnerables y refina los instrumentos para la refocalización de programas ya existentes. Asimismo, incorpora a la agenda institucional las políticas de cuidado como parte de la matriz de protección social a partir de una conceptualización más amplia, que incluye a las personas en todas las etapas del ciclo de vida (Aguirre y Ferrari, 2014).

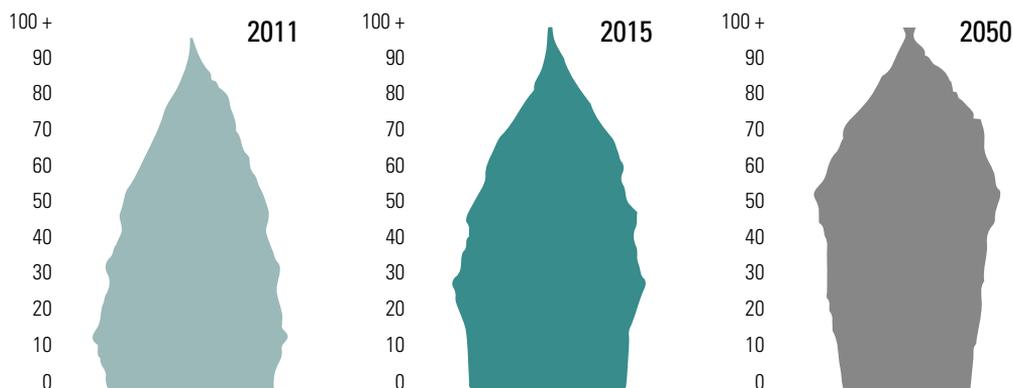
Con la crisis de 2002, el gasto público social cae y se empieza a recuperar a partir de 2005 una (MIDES, 2010), incrementándose de manera sustantiva hasta el año 2012 en un orden del 83%. Este aumento ha estado por encima de todas las variables macroeconómicas; por ejemplo 41% por encima del PIB y 35% por encima del gasto público total. Asimismo, la composición del gasto se modifica, con un aumento relevante en salud, educación y asignaciones familiares comparado con el gasto en jubilaciones y pensiones, las que igualmente aumentaron en términos absolutos (MIDES, 2014). El gasto público social se distribuyó para el año 2012 en un 50% a seguridad y asistencia social, un 24% en salud, un 18% en educación, un 6% en vivienda y servicios comunitarios y el restante 2% en gasto público social no convencional (MIDES, 2014).

## B. Caracterización del envejecimiento poblacional en Uruguay

La principal característica del contexto sociodemográfico del país es que presenta un ritmo sostenido de envejecimiento, que se expresa en una tendencia a la disminución del peso relativo de la población más joven, un decrecimiento en la fecundidad y, por tanto, en la tasa de natalidad, y un aumento de la proporción de la población mayor, producto del descenso en la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Esta reestructuración etaria implica un angostamiento de la base y un ensanchamiento en las cohortes más altas de la pirámide poblacional (SIVE, 2015).

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones de población elaboradas por el INE a partir del Censo 2011 (INE, 2014), viven actualmente en Uruguay 494.433 personas mayores (de 65 años y más), lo que representa el 14% de la población total. Si se incluye a la población mayor de 60 años, este porcentaje aumenta a un 19,1%, según la información de CEPAL para el 2015 (CEPAL, 2017). Uruguay se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica, tal y como puede observarse en la evolución de las pirámides poblacionales (ver gráfico 5), presentando una baja tasa de natalidad de 13,1 nacimientos por mil habitantes y una baja tasa bruta de mortalidad de 9,4 defunciones por mil habitantes.

**Gráfico 4**  
**Pirámides de población de Uruguay, años 2011 - 2025 y 2050**



**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística (INE), Estimaciones y proyecciones de población (revisión 2013).

El índice de envejecimiento ha mostrado una tendencia sostenida de crecimiento, pasando de 51 en 1996 a 70 en 2017. Se observa que en los últimos 21 años hay 19 personas mayores más por cada 100 menores de 15 años. El país asiste a un creciente proceso de sobre-envejecimiento, pues el peso relativo de las personas mayores de 84 años se expande en el total de personas mayores. En 2017 las personas de 65 a 84 años representan el 86,4% del total de este grupo (426.934 personas) y las de 85 y más años el 13,6% restante (67.499 personas). El índice de sobre-envejecimiento ha aumentado de 9,6% en 1996 a 13,6 % en 2017 (INE, 2014).

El proceso de envejecimiento poblacional en Uruguay se caracteriza también por su feminización, pues seis de cada diez personas mayores son mujeres lo que se explica por su mayor esperanza de vida al nacer, que es de 81 años mientras que para los varones es de 74 años. Si se consideran las personas mayores de 84 años, el peso de las mujeres aumenta y alcanza un 70,3%, es decir, siete de cada diez personas mayores de 84 años son mujeres. A pesar de que la esperanza de vida sana al nacer es mayor para las mujeres, y que la brecha respecto a la esperanza de vida habitual también es mayor, las mujeres viven más años de vida sin buena salud que los varones.

Considerando otros indicadores sociodemográficos, observamos que el porcentaje de personas mayores afrodescendientes representan un 4,7%, cifra inferior a la registrada para la población total (8,1%). En relación con el estado civil, casi la mitad de las personas mayores están casadas y un tercio son viudos, según sexo, la viudez es más alta entre las mujeres mayores, pues un 44,5% de las mujeres son viudas

comparado con el 11,5% de los varones. Asimismo, seis de cada diez varones está casado y solo tres de cada diez mujeres (MIDES-DINEM sobre la base de ECH, 2016).

En relación con los arreglos familiares, un tercio de las personas mayores vive en pareja sin los hijos (34,9%), un 24,5% vive en hogares unipersonales y un 22,2% lo hace en hogares extendidos. La evolución de los arreglos familiares de las personas mayores indica un aumento de los hogares unipersonales y de parejas sin hijos, en desmedro de los hogares extendidos (Cabella y otros, 2015). En el caso de las personas de 80 años y más, su presencia en los arreglos familiares nucleares es menor y aumenta en los hogares unipersonales y extendidos (Paredes y Pérez, 2014, Cabella y otros, 2015). También se observan diferencias por sexo, pues el 37,3% de las mujeres viven solas comparado con el 22% de los varones. Más de la mitad de los varones viven en hogares nucleares (55,3%) y menos de un cuarto de las mujeres (23,6%). Por otra parte, las mujeres tienden a vivir en mayor medida en hogares extendidos, 23% contra un 14% (Paredes y Pérez, 2014).

Paredes y Pérez (2014) señalan que esta tendencia de convivencia de pocas personas y unigeneracional entre las personas mayores no implica que no se vinculen con otras generaciones de su familia o con otras redes que trascienden el hogar. De acuerdo con un estudio acerca de las redes familiares, se observa que gran parte de la población mayor mantiene contacto frecuente con sus familiares y que estos operan como sus redes de apoyo (Paredes y Pérez, 2014). Este estudio concluye que las redes de contacto de las personas mayores son fundamentalmente familiares, en menor medida vecinales y mínimamente de amistad. Esta tendencia ya había sido estudiada por Berriel y Pérez (2002) quienes encontraron que el perfil de las personas mayores se centra en la familia, con gran dependencia subjetiva de ella (Paredes y Pérez, 2014).

Respecto a su seguridad económica, el sistema de seguridad social uruguayo tiene altos niveles de cobertura, pues el porcentaje de personas de 65 años que recibe una jubilación o pensión es de un 87,9%. Según sexo, solo un 63,7% de las mujeres mayores recibe una jubilación comparado con el 84,6% de los varones. Por el contrario, la proporción de mujeres que cobra una pensión es muy superior a la de los varones; pues solo el 7,2% de los varones mayores cobran pensión frente a un 49,5% de las mujeres (MIDES- DINEM sobre la base de ECH, 2016). Estas diferencias impactan en forma negativa en los ingresos de las mujeres, dado que los montos de las pensiones son menores a la de las jubilaciones.

El nivel de pobreza de las personas mayores en Uruguay es relativamente bajo en comparación con otros grupos cuando es medido por el método del ingreso (2%).

Cabe destacar que esta cifra era de un 14% en el año 2006. Sin embargo, cuando se mide la pobreza en personas mayores con un método directo como las Necesidades Básicas Insatisfechas esta ventaja se reduce. La proporción de personas mayores con al menos una NBI es de un 23,2% (Censo, 2011; SIVE, 2015).

Considerando ahora la participación en el mercado laboral, las personas mayores presentan una tasa de actividad del 16% (un 24,6% entre los varones y un. 10,3% entre las mujeres), respecto del total de la población que es de un 66,3% (MIDES-DINEM sobre la base de ECH, 2015). Es relevante el alto nivel de no registro en la seguridad social en comparación con la población ocupada total, pues en 2015, mientras el porcentaje de personas ocupadas no registradas en la seguridad social era de un 24,7%, entre las personas mayores la proporción era significativamente mayor (59,1%). De esta forma, seis de cada diez personas de 65 años y más que trabajan lo hacen en el sector informal, lo que probablemente se asocie a que más de la mitad de estas personas se encuentran jubiladas y, por lo tanto, están imposibilitadas de trabajar formalmente. Si bien el nivel de informalidad general ha experimentado una caída sostenida desde el año 2005, se ha mantenido estable en el caso de las personas mayores ocupadas (SIVE, 2015).

Respecto del nivel educativo, seis de cada diez personas mayores no supera los seis años de instrucción, lo que implica un desafío para una promoción efectiva de la inclusión de las personas mayores y su derecho a la educación. No obstante, es esperable que en un futuro los niveles educativos de las personas mayores sean superiores, dado que este grupo viene creciendo de forma sostenida (SIVE, 2015).

En relación con el estado de dependencia de las personas mayores, hay que señalar que en los últimos años se ha avanzado en la medición de este fenómeno en el país en el marco del diseño del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. El MIDES, sobre la base de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2012, ha estimado que en el Uruguay un 11,5% de las personas mayores se encuentran en situación de dependencia, de las cuales un 3,2% (15 mil personas aproximadamente) se encuentran en situación de dependencia severa. Los niveles de dependencia y la severidad de la misma se incrementan fuertemente con la edad; entre las personas de 75 años y más, el 17% se encuentra en situación de dependencia y el 4,6% en dependencia severa (SIVE, 2015). Se ha estimado que el 36% de las personas mayores con dependencia severa a moderada no recibe ayuda, lo que se acentúa entre quienes viven solos, estando sujetos a situaciones de vulnerabilidad y riesgo potencial. En el caso de quienes reciben ayuda, esta es provista fundamentalmente por familiares convivientes (71,1%) y de forma diaria (78,4%) (Paredes y Pérez, 2014).

La atención de la salud de las personas mayores ha mostrado avances hacia la equidad e integralidad a partir de la reforma del sistema de salud. Hasta el año 2007 existían dos subsistemas que funcionaban en forma paralela, el subsistema de salud pública —que atendía a la población con menos recursos— y el subsistema privado —compuesto por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y seguros— que brindaba cobertura mediante el pago de una cuota o de aportes de los trabajadores formales y sus empleadores. En 2007 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud que universaliza la atención en salud en el país e incluye en un único sistema el subsistema público y el privado. Se crea un seguro nacional de salud y se incluye en él a toda la población y no solo a los trabajadores privados como en el anterior sistema. La reforma universaliza el seguro social, incluyendo a los familiares, y transforma el modelo de atención priorizando la estrategia de atención primaria en salud. Asimismo, se fortalece la política de Rectoría y Contralor<sup>70</sup> buscando nivelar la calidad y cantidad de las prestaciones. Por otra parte, se incorpora la participación social como eje clave de la conducción de la reforma con la participación de usuarios y trabajadores (MS, 2010).

Si bien la cobertura de salud en el Uruguay es universal, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud se han incorporado de forma creciente y progresiva jubilados y pensionistas al Fondo Nacional de Salud (FONASA), puesto que entre sus beneficios están las exoneraciones en los costos de las órdenes de consulta, uno o dos controles anuales gratuitos según el tramo etario al que pertenezca la persona mayor y la posibilidad de amparar con asistencia médica a cónyuges, concubinos e hijos menores de 18 años. También tienen derecho a recibir el carné del adulto mayor, que tiene como objetivo resumir la situación global de salud y las condiciones más relevantes para la atención de las personas mayores, a los efectos de facilitar información en el contacto con los equipos de atención en todos los niveles (Inmayores, 2016).

Respecto del estado de salud de las personas mayores, un indicador utilizado es el de la autopercepción de la salud. Según Paredes y Pérez (2014), las personas mayores en el Uruguay tienen la autopercepción de que su estado de salud es

<sup>70</sup> Las competencias del Estado en relación a la Rectoría en Salud, han tenido una profunda recomposición a partir de las distintas leyes promulgadas en el marco de la Reforma de la Salud. La Ley 18.211 (2007)-*Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)* amplía y profundiza las competencias de rectoría sectorial del Ministerio de Salud de acuerdo a la nueva visión que orienta el Sistema. Incorpora nuevos dispositivos para la conducción del Sistema, entre los que se encuentra la definición de contratos de gestión y su marco sancionatorio que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios prioritarios. Se legislaron y crearon nuevos organismos, especializados en la gestión de diversos aspectos del funcionamiento del Sistema. Esta nueva configuración institucional es la que permite que el equipo político ministerial pueda liderar la efectiva implantación del Cambio de Modelo de Atención y de Gestión del SNIS.

bueno (50,6%) o muy bueno (23,8%). Las mujeres declaran niveles levemente inferiores en la declaración de un estado de salud muy bueno. Menos del 3% de la población encuestada declara tener un estado de salud muy malo (Paredes y Pérez, 2014).

Desde los inicios del Estado uruguayo y hasta 1985, las políticas públicas vinculadas a las personas mayores estuvieron enfocadas en los jubilados y pensionistas, es decir, en el grupo de personas vinculadas al mercado laboral formal (Rovira, 2016). La inclusión de personas mayores no vinculados al mercado formal fue marginal hasta el año 2005. Las políticas públicas para las personas mayores históricamente se centraron en cubrir las necesidades de prestaciones básicas como la previsión social y la salud, articulando las políticas de trabajo con pretensiones de políticas más universalistas en materia de acceso a la salud y a la seguridad social, aunque con serias limitaciones y con una lógica sectorial de intervención (Rovira, 2016). Tejera (2009) ha sistematizado el carácter de las políticas de vejez y de los programas que existieron en la oferta pública del país definiendo tres momentos articuladores. Plantea en este recorrido la existencia de algunos sesgos de contenido que aportaron de modo repentino y acumulativo a las políticas de vejez hoy existentes y que permiten comprender la oferta actual como resultado de una extensa concatenación de programas en que se buscó responder a las diferentes demandas de cada período histórico (Tejera, 2009).

La primera etapa comienza a fines del siglo XIX con las políticas tradicionales en previsión social. En ella se fundan y consolidan las políticas básicas universales de previsión social: la jubilación y la pensión por vejez. Las políticas de esta etapa se caracterizan por considerar a las personas viejas como seres con necesidades a ser cubiertas. La segunda etapa se extiende entre la segunda mitad de la década de 1980 y finaliza alrededor de la primera mitad de la década de 1990, y se caracteriza por la ampliación de las prestaciones, aunque la población destinataria de las políticas de vejez son exclusivamente las personas que contribuyeron al sistema de seguridad social y forman parte del sector llamado pasivo. La tercera etapa que comprende desde el año 1995 al 2008 amplía el espectro de población mayor incluyendo a las personas mayores en situación de extrema pobreza mediante el desarrollo de acciones focalizadas.

Recientemente, el Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) ha señalado que es posible pensar que se asiste a una cuarta etapa con una perspectiva de derechos humanos, aunque reconoce que aún falta mucho trabajo para consolidarla. Esta etapa implica nuevas metodologías de abordaje en el campo del diseño, la ejecución y el monitoreo de las políticas públicas orientadas a este

grupo, con un criterio inclusivo de participación y con un enfoque de derechos humanos como organizador de la agenda política (Inmayores, 2014).

Esta periodización responde a la caracterización conceptual de la tendencia general de las políticas de envejecimiento y vejez a lo largo del tiempo. Estas etapas no deben concebirse en forma lineal, ni pensar que una da paso a la otra quedando superada por la que le sigue. Por el contrario, estas caracterizaciones refieren a tendencias en las intervenciones que pueden convivir con otras en los discursos y las acciones (Inmayores, 2017).

De esta forma, desde el año 2008 se produce en el Uruguay un proceso de transformación institucional que da un giro en la forma y en el impacto de las intervenciones públicas dirigidas a las personas mayores. Esta transformación tiene como ejes centrales la creación de una institución rectora en temas de envejecimiento y vejez, la creación de políticas de base nacional y de estrategias de articulación y coordinación interinstitucionales (Rovira, 2016). La ley 18617 (2009) creó el Inmayores en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), como organismo rector en políticas de envejecimiento y vejez. El Inmayores tiene entre sus competencias la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas nacionales relativas a la población mayor. La ubicación del instituto rector en el MIDES da cuenta de una consideración más amplia de los asuntos de la vejez y del envejecimiento, ya no desde un ámbito sectorial particular, como ocurrió históricamente en el Uruguay con la seguridad social o la salud (Rovira, 2016).

En este proceso, el Uruguay ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores mediante la ley 19430 (2016) y fue el primer en depositar el instrumento de ratificación en la OEA, por lo que presidirá el mecanismo de seguimiento. La Convención rompe con la dispersión normativa existente hasta el momento en materia de protección de derechos humanos de las personas mayores, reconociendo la especificidad de este grupo. Se trata de un instrumento vinculante cuyo enfoque de vanguardia considera a los mayores como sujetos de derechos humanos. La Convención además de ofrecer un marco vinculante para los Estados, especifica los derechos humanos en el contexto del envejecimiento, reconociéndoles nuevos derechos a esta población.

En sintonía con este instrumento, el Uruguay impulsó en 2016 el Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019, que establece los lineamientos que articulan las acciones del Estado dirigidas a promover y proteger el ejercicio de derechos de todas las personas mayores. Su elaboración se inició con una amplia

consulta a la sociedad civil y fue acordado con los organismos que integran el Consejo Consultivo, órgano de propuesta y asesoramiento para el Inmayores. Entre las temáticas incluidas está el acceso a la justicia, la no discriminación por edad, los cuidados, la participación, el abuso y el maltrato, entre otras.

Es pertinente mencionar que los entrevistados valoran la evolución que han tenido las políticas públicas dirigidas a las personas mayores en los últimos diez años. Desde el sector gubernamental, se valoran positivamente los avances que reconocen a la persona mayor como sujeto directo de intervención de la política pública, en cuyo proceso el Plan de Equidad es un hito importante, porque incorpora acciones que los ubican como sujeto específico, fundamentalmente a partir del programa Asistencia a la Vejez, que visibiliza la problemática de la pobreza e indigencia en esta etapa. El Sistema Integrado de Salud reconoce a las personas mayores como grupo específico, diferenciándolo a nivel de los costos y las responsabilidades de los prestadores de salud. En esta línea destaca claramente la creación del Inmayores como institución experta que asume los temas vinculados a las personas mayores. Asimismo, al depender del MIDES, supone una clara definición de la política de envejecimiento respecto del paradigma de derechos que está en la base de este ministerio. Por su parte, se menciona también la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), como política que ubica al envejecimiento como una dimensión concreta y específica de articulación entre un grupo de población y la demanda de cuidados. La ratificación de la Convención Interamericana también se destaca como hito crucial del proceso de considerar a las personas mayores como sujetos de derecho y, por ende, de intervención específica. Sobre este punto, hay acuerdo en que el instituto rector ha liderado en los ámbitos internacionales las discusiones sobre la necesidad de tratados de protección de derechos tanto en la OEA como en las Naciones Unidas.

El sector gubernamental reconoce que, si bien el Uruguay tenía un gran desarrollo en materia de protección vinculada a la seguridad social, los derechos se asociaban al trabajador retirado,, por lo que el jubilado o pensionista era sinónimo de persona vieja. Este direccionamiento de la agenda hacia los derechos asociados al retiro es potenciado por el posicionamiento de los movimientos sindicales de personas mayores. El cambio de la política pública remite a que la persona mayor se convierte en una categoría de entrada, pues hasta se enfocaba en una dimensión concreta, como la jubilación o la vulnerabilidad, donde al sujeto se le sumaba la condición de vejez, obviando la especificidad que esto supone.

No obstante, el instituto rector Inmayores mantiene una mirada crítica respecto de la ubicación de las personas mayores como prioridad en la agenda de política

pública, fundamentalmente en la distribución de recursos y la incorporación efectiva del ciclo de vida en dicha agenda. El diagnóstico de la institución indica que el Estado tiene una gran dificultad para visualizar que las poblaciones objetivo de las políticas públicas, sobre todo las enfocadas en la vulnerabilidad de la primera infancia, van a envejecer, y que se requieren acciones y seguimientos específicos a lo largo del ciclo de vida, que demandan que la política se vaya adaptando a los distintos momentos vitales. Se plantea, por lo tanto, que los avances que se observan en lo normativo y conceptual no siempre se traducen de manera adecuada en la puesta en práctica de las políticas. Desde esta perspectiva, se piensa en priorizar la agenda a problemas estructurales, donde la dimensión de la vejez queda disipada y no es un eje central que transversalice esas intervenciones.

Si bien el envejecimiento está presente en la agenda pública, por una parte, está el esfuerzo del instituto rector por una agenda coordinada de acciones, en el marco de la Convención y sistematizadas en el Segundo Plan, que se piensan de manera transversal y universal, y, por otra, de forma paralela se definen intervenciones de envergadura para las personas mayores, que no contemplan esta agenda y que no son discutidas con los actores vinculados.

A lo anterior se suma la poca capacidad del aparato estatal de adaptarse a las necesidades —que se han ido transformando— de la población mayor, pues este grupo no solo ha crecido, sino que sus características no son las mismas que la de hace veinte o treinta años.

El instituto rector indica que el cambio de paradigma que propone la Convención está presente en lo conceptual y normativo, pero que aún no se ha plasmado en la práctica institucional. Según esto y de acuerdo con un estudio (Berriel y otros, 2006), se aprecian dos modelos asociados a la vejez que se enfrentan a nivel de los significados sociales, en la opinión pública, los actores sociales y los programas y políticas. Por una parte, un modelo hegemónico centrado en lo deficitario y basado en una mirada asistencialista que no reconoce acumulados, capacidades y recursos en las personas mayores. Este modelo plantea el tutelaje, pues asocia la vejez a la enfermedad, al aislamiento, la soledad, la pasividad y la pérdida de autonomía. En este sentido, este modelo aborda a las personas mayores no como un sujeto cuyos derechos deben ser garantizados, sino como un paciente, cuyas enfermedades o fragilidad se deben atender. Por otra parte, está el paradigma que aboga por un modelo de envejecimiento ideal exitoso, que subraya aspectos positivos del envejecimiento, pero al extremo de imponer actividades para un envejecimiento de calidad. En este modelo, la persona debe estar siempre en actividad, integrada, con otros, lo que de alguna manera niega la

vejez, pues el activismo se asocia a valores que tienen que ver con la juventud y si se está activo no se envejece. Este modelo se enmarca en la teoría de la actividad (Havighurst, 1963, Maddox, 1973 en Iacub, 2013), que establece que cuanto más activa sea la persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá. Esta corriente es cuestionada por la gerontología crítica, debido a que puede conducir a un deber más que a una satisfacción. Iacub (2013) señala que, a pesar de los efectos positivos de una vida activa, esta nueva demanda social debe ser relativizada porque obtura elecciones y ofertas más singularizadas y supone una negación encubierta del envejecimiento. Asimismo, este abordaje puede incluir actividades que no brindan sentidos personales al tiempo, que sean trascendentes para los viejos (Iacub, 2011).

Respecto al funcionamiento de los organismos del Estado, la mirada rectora señala que en general el abordaje hacia las personas mayores en situación de vulnerabilidad suele ser de tutelaje, pues responde a necesidades puntuales sin una mirada integral. El aparato estatal no se ha adaptado a nuevas demandas asociadas al envejecimiento en el Uruguay, a lo que se suma que persiste un imaginario social según el cual las personas mayores viven bien y presentan bajos niveles de pobreza. Este grupo no se ha definido como prioritario para la agenda pública y para la asignación de recursos. Al no estar visibilizados, los derechos colectivos de las personas mayores no están protegidos y las respuestas estatales son muy limitadas, pues no se destinan recursos suficientes que respondan a las nuevas demandas de la población mayor.

El Inmayores observa dos tendencias en política pública hacia las personas mayores: por una parte, el Estado ha elevado el estándar en materia de protección de derechos al ratificar la Convención, lo que ubica a las personas mayores como sujetos de derecho y establece mecanismos de exigibilidad de estos. Esta es la postura política y conceptual de consenso, que se ha fortalecido a partir del funcionamiento del Inmayores, que ha sostenido una línea de fortalecimiento y apoyo técnico a la sociedad civil, generando una base social de sustento para el propio instituto, y ha promovido la perspectiva de derechos. Esta perspectiva se ha visto además impulsada por acuerdos y tratados internacionales como el Plan Internacional de Madrid y sus acuerdos regionales y por la Convención. Por otra parte, se observa que la institucionalidad estatal reproduce mecanismos administrativos y de instrumentación de políticas que contradicen este estándar, tanto por un abordaje tutelar, como por solicitar ciertas exigencias para acceder a las prestaciones, lo que se contradice con la mirada integral y de derechos.

Hay dos puntos sobre los que el sector gubernamental señala que no se ha avanzado lo suficiente:

- i) No se cuenta con respuestas públicas adecuadas y suficientes que permitan un abordaje integral y con recursos acordes para asistir a las personas mayores en situación de vulnerabilidad; las respuestas son fragmentadas y sectorializadas, pues la mayor parte de las prestaciones están asociadas a la participación en el mercado laboral, con lo cual para quienes han estado impedidos al acceso al trabajo, durante la vejez se ven limitados en la percepción de ingresos, más allá de las prestaciones no contributivas. Asimismo, hay acuerdo en el sector gubernamental, en que por más que las personas mayores reciban una jubilación o pensión, para ciertos grupos esto no implica que puedan hacer uso de esos ingresos o que cubran sus necesidades
- ii) Contemplar en las políticas sobre la vejez las brechas de género. Si bien se reconoce el avance que ha significado la ley 18395 que reconoce un año de trabajo por cada hijo con un máximo de cinco para las mujeres a la hora de la jubilación, en su reconocimiento al trabajo no remunerado y los costos que supone en la trayectoria laboral de las mujeres, el sector gubernamental coincide en que se requieren más medidas que permitan redistribuir y reconocer los costos de los cuidados en las trayectorias vitales de las mujeres, que tienen un impacto en el ejercicio de sus derechos en la vejez.

La temática del envejecimiento y la vejez se visibiliza en la agenda pública cuando existen episodios críticos vinculados a la violación de derechos, por ejemplo, las condiciones en los establecimientos de larga estadía son abordadas por los medios de comunicación y por los parlamentarios, quienes solicitan informes de actuación a los organismos encargados de la fiscalización, pero corresponde a episodios puntuales y que no se sostienen en el tiempo. Asimismo, estos temas quedan relegados frente a otros que se consideran urgentes o prioritarios como, por ejemplo, los discursos políticos o técnicos que ponen a la primera infancia como el futuro del país, el sustento para el desarrollo y, por lo tanto, como prioridad para la inversión, lo que se explica también por los niveles aún preocupantes de pobreza infantil en el Uruguay. Frente a esta realidad, la asignación de recursos y políticas dirigidas a las personas mayores —que tienen un acceso prácticamente universal a la seguridad social con jubilaciones y pensiones que han ido en aumento— se entiende como un gasto, mientras que los recursos hacia la infancia como una inversión. De esta forma, la priorización de recursos se hace desde una mirada que no contempla la protección de derechos de ambos grupos y que dé cuenta de las especificidades de cada colectivo.

Por otra parte, el sector gubernamental señala que existen temas invisibilizados en la agenda de envejecimiento y que Inmayores intenta posicionar en la política pública como el abuso y maltrato en la vejez, y la violencia institucional. Inmayores hace un esfuerzo por atender estas situaciones, pero aún es insuficiente dado que el resto del aparato estatal no las asume como un asunto público sobre el cual es necesario invertir. Prevalece, en este sentido, una mirada estereotipada sobre las personas mayores en algunas instituciones públicas, que descrea de su palabra por considerarlos demenciados o enojados.

La mirada de la sociedad civil es coincidente con el sector gubernamental, pues reconoce que históricamente el Estado no se ha ocupado de las personas mayores de forma integral, sino que ha respondido a las reivindicaciones de grupos de jubilados para garantizar jubilaciones, así como políticas de vivienda acotadas. Se señalan avances como la creación del MIDES, las prestaciones no contributivas para la vejez vulnerable y el importante papel que ha jugado el instituto rector en generar información sobre las personas mayores y en identificar los vacíos de la política pública.

La academia, por su parte, reconoce que la creación del Inmayores ha significado un paso trascendente en el abordaje estatal hacia las personas mayores y la persona que está al frente del instituto, por su formación y perspectiva teórica, cuestión que también es mencionada por la sociedad civil. El instituto ha realizado un trabajo importante en la participación de las personas mayores en la política pública, aunque todavía se percibe un vínculo tutelar con las organizaciones que es necesario transformar para que éstas se manejen con mayor autonomía.

En síntesis, el Uruguay presenta un marcado proceso de envejecimiento poblacional y se encuentra transitando una etapa de reconocimiento de las personas mayores como sujeto de específico de intervención pública, donde la perspectiva de derechos es fuertemente impulsada por algunos actores. La creación del MIDES y del Inmayores así como del Sistema de Cuidados son hitos clave que encarnan dicha perspectiva, que está en tensión con la tendencia histórica del Estado de abordar a las personas mayores desde un paradigma de seguridad social y de salud que reconocía necesidades y no sujetos integrales.

### C. Marcos normativos

La normativa referida a los cuidados en el Uruguay ha aumentado de forma sustantiva en función de la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), pues, previo a su implementación, no existía un marco regulatorio

que englobara una visión de sistema y que articulara distintas modalidades de servicios y competencias institucionales respecto de los cuidados hacia las personas mayores con dependencia. La escasa oferta de servicios para personas mayores se caracterizaba por una sumatoria de modelos y mecanismos de regulación diferentes o ausentes. La forma en que el Estado monitoreaba y controlaba la provisión de los servicios de cuidado variaba según quien proveyera esos cuidados. Los mecanismos de fiscalización se centraban en los cuidados fuera del hogar y no eran eficaces impactar directamente en la calidad de los servicios (MIDES, 2014).

La ley 19353 reconoce que el cuidado es un derecho y crea el sistema, declarando de interés general la universalización de los cuidados a las personas en situación de dependencia. En dicha ley se establecen los principios y directrices orientadores del sistema y se definen los derechos y obligaciones de las personas que requieren de cuidado, así como de quienes lo prestan. La ley también define los objetivos del sistema y su estructura institucional, además modifica la ley 17866 que crea el MIDES e incorpora a sus competencias la coordinación de las acciones, planes y programas intersectoriales, implementados por el Poder Ejecutivo para garantizar el pleno ejercicio del derecho al cuidado.

La puesta en funcionamiento del sistema, implicó la aprobación de una serie de decretos que especifican su funcionamiento. El decreto 427/016 define los conceptos técnicos e instrumentos para dar cumplimiento a los objetivos del sistema y estructurar sus servicios, programas y subsidios. También se clasifican y definen los servicios, subsidios y conceptos propios del sistema tales como la dependencia y su valoración, el conjunto de normas a aplicar, los niveles de dependencia y los derechos y las obligaciones de los usuarios, así como los alcances de los servicios y subsidios de cuidados, el registro, habilitación y sanciones en el marco del sistema. Por su parte, el decreto 445/016 establece el objetivo general de la Junta Nacional de Cuidados, así como sus cometidos, estructura organizativa, autonomía técnica, presidencia y actas. También regula el seguimiento e implementación de este órgano y de las resoluciones que tome. El decreto 444/016 establece los cometidos del Comité Consultivo de Cuidados como órgano asesor de la Secretaría Nacional de Cuidados.

El sistema implicó la creación de nuevos servicios para las personas mayores con dependencia. El decreto 117/016 regula el servicio de asistentes personales para personas con dependencia severa, también crea y define las condiciones del servicio que está dirigido a personas que residen en domicilios particulares y que son evaluados como dependientes severos a partir de la aplicación de la norma

de dependencia. Se trata de un servicio de hasta 80 horas mensuales de cuidado brindado por asistentes que deben registrarse y ser habilitados por el propio sistema y que no pueden ser familiares de la persona dependiente. El sistema subsidia el costo del servicio en función de la capacidad de pago de los hogares, pudiendo financiar su totalidad. El decreto establece los derechos y obligaciones de quienes reciben el servicio, así como de los asistentes. También se definen mecanismos de seguimiento y denuncia.

El decreto 428/016 regula el servicio de teleasistencia domiciliaria para personas con dependencia leve y moderada. Establece las características, alcance y modalidades del servicio, así como los derechos y obligaciones de usuarios y prestadores así como la progresividad en el acceso y los subsidios entre otros aspectos.

Los aspectos formativos de las personas que prestan cuidados también han sido reglamentados. El decreto 130/016 establece la competencia del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) en la habilitación de los centros de formación en cuidados, los requisitos y mecanismos de habilitación y su vigencia. La norma establece la competencia del MEC para las certificaciones, la acreditación de los saberes y las experiencias de los cuidadores, entre otros aspectos.

Los establecimientos de larga estadía para personas mayores están regidos por la ley 17066 que es anterior al sistema y data del año 1998. Esta ley establece el marco de condiciones mínimas exigibles a los efectos de la habilitación, las competencias de contralor y las posibles sanciones a las que están sujetos los establecimientos. Atribuye al Ministerio de Salud (MS) la regulación, fiscalización y habilitación de los establecimientos. Esta ley debe ser complementada con el artículo 518 de la ley 19355, que asigna al MIDES la competencia de ente regulador y contralor en la materia social de los establecimientos que brindan cuidados a personas mayores, incorporando un requisito a los efectos de la habilitación definitiva: el certificado social. Estas dos leyes fueron reglamentadas por el decreto 356/016 que define específicamente las condiciones exigibles de funcionamiento, articulando las competencias del MS y del MIDES. Este decreto estableció un procedimiento de habilitación articulado, la obligación de requerir el consentimiento informado de los usuarios y la formación de los trabajadores en atención, así como otros indicadores de calidad del servicio. Se establece también el derecho de los usuarios y familiares a la participación en las decisiones vinculadas a la vida cotidiana en el establecimiento.

En este proceso es importante la inclusión del MIDES como otro organismo competente en materia de fiscalización de los establecimientos de larga estadía,

ya que el cuidado es visto desde una perspectiva ya no solo sanitaria, sino social. Este importante paso se da en el marco de la discusión de la creación del sistema y el cambio de paradigma en relación con las políticas hacia las personas mayores. En este sentido, la nueva normativa es un avance hacia una comprensión más amplia de estos establecimientos, que supera la mirada sanitarista y que incorpora los aspectos sociales y la protección de todos los derechos de las personas que allí residen, así como de quienes se desempeñan como trabajadores del cuidado.

Vinculado a los establecimientos de larga estadía, desde el año 2004 el Banco de Previsión Social creó un subsidio para costear estos servicios para los usuarios del Programa Soluciones Habitacionales. Este programa consiste en la adjudicación de viviendas para jubilados y pensionistas en complejos del banco, así como de subsidios de alquiler. Una vez que el programa identifica la necesidad de cuidados de una persona mayor, se introduce el tercer componente denominado Cupo Cama, que se rige por el decreto 360/2004, que establece un subsidio para el pago de los servicios de un hogar o residencia para sus beneficiarios, así como los requisitos de los usuarios de este subsidio y crea un registro de hogares con los cuales se podrán establecer los convenios.

Por otra parte, cabe señalar que existe un vacío en la regulación específica de los cuidados en domicilio ofrecidos por las empresas de acompañantes sobre el cual el sistema ha considerado actuar.

Finalmente, al analizar la normativa existente sobre el cuidado de las personas mayores en el Uruguay, debe mencionarse que la ley 19430 del año 2016 ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. En su artículo 12, la Convención establece el derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía (OEA, 2015). Los Estados parte deben diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión. También se deben adoptar medidas que establezcan un sistema integral de cuidados que tenga en cuenta la perspectiva de género y el respeto por la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor. Asimismo, se establece el derecho de las personas mayores a contar con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia (OEA, 2015).

La Convención, según los entrevistados, implica un gran avance en cuanto eleva el estándar normativo sobre los derechos de las personas mayores. Asimismo, respecto a la normativa específica asociada a cuidados, existe consenso acerca de la importancia de reconocer el derecho al cuidado y la proliferación de normas vinculadas a programas, a formación y regulación, que buscan dejar aumentar los niveles de calidad y accesibilidad en los cuidados. La aprobación de leyes y decretos asociados a las distintas prestaciones y funciones del sistema permiten darle mayor sostenibilidad a las propuestas para que sean menos permeables a los cambios de gobierno.

Sin embargo, la sociedad civil plantea que hay normativas —aprobadas con posterioridad a la ley marco del sistema— que no se adecuan totalmente a la perspectiva integral de abordaje de las personas mayores y que continúan manteniendo una visión medicalizada. Desde su óptica, no se han trabajado en profundidad los derechos de las personas mayores en el marco de la Junta Nacional de Cuidados y la forma en que estos se deben reflejar en las políticas públicas. Por estos motivos, la sociedad civil se encuentra trabajando en un proyecto de ley para adecuar las funciones del Inmayores a los marcos de protección de derechos que plantea la Convención.

#### **D. La política social que promueve el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez**

Los cuidados en Uruguay han sido incorporados como una dimensión prioritaria en la agenda del gobierno desde el año 2010, con el segundo período del gobierno de izquierda. Luego de avanzar en las reformas de la salud y seguridad social en la primera gestión de este gobierno, se define la creación de un grupo interinstitucional de trabajo que comienza a diseñar y conceptualizar el futuro sistema en el segundo período. Así, en el año 2015 y con la asunción del tercer gobierno del Frente Amplio, comienza a implementarse el Sistema Nacional Integrado de Cuidados poniendo en funcionamiento nuevos servicios, así como su estructura institucional.

De la consulta realizada a la sociedad civil, se destaca la gran incidencia que las organizaciones sociales han tenido en la concreción de un sistema de cuidados. Desde la reapertura democrática, el movimiento de mujeres y la academia feminista instalan en la agenda pública la sobrecarga de trabajo no remunerado y de cuidados que tiene la mujer a partir de la generación de información que evidenció esta desigualdad de género y el impacto en el ejercicio de su ciudadanía

(Aguirre y otros, 2014). Desde entonces, se ha ido configurando un círculo virtuoso entre la academia y las organizaciones sociales que influye en los lineamientos programáticos de los partidos políticos para las elecciones del año 2004. En 2005, el Frente Amplio accede al gobierno y define los primeros lineamientos para un posible sistema, que incorpora el conocimiento producido y acumulado por los actores sociales comprometidos con el tema y, en 2008, el Diálogo Nacional sobre Seguridad Social instala los cuidados como un tema prioritario. En los siguientes años, la sociedad civil y la academia promovieron mesas de trabajo y convocaron a las instituciones de gobierno implicadas en la concreción del sistema aún en definición para generar los insumos necesarios en su implementación. Con este intercambio se percibe la necesidad de promover la creación de un actor social que funcionara como interlocutor y se creó la Red Pro Cuidados, que nuclea a diversas organizaciones sociales que impulsan y monitorean la implementación de un sistema de cuidados.

El sistema de cuidados es definido por ley como el conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Comprende un conjunto articulado de nuevas prestaciones, coordinación, consolidación y expansión de servicios existentes, como asimismo la regulación de las personas que cumplen servicios de cuidados.

La ley de creación del SNIC define los cuidados como las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es un derecho y una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes.

Los principios y directrices orientadores del sistema son la universalidad, la progresividad en la implementación y acceso a los servicios y prestaciones, la articulación y coordinación de las políticas de cuidados con otras políticas orientadas a mejorar la calidad de vida de la población, la equidad, continuidad, oportunidad, calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios y las prestaciones de cuidados, la calidad integral que respete los derechos de quienes reciben y brindan cuidado y la permanencia de las personas en situación de dependencia en un entorno donde desarrollan su vida diaria siempre que sea posible. También son principios del SNIC la inclusión de las perspectivas de género y generacional, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres, hombres y grupos etarios, promoviendo la superación cultural de la división sexual del trabajo y

la distribución de las tareas de cuidado entre todos los actores de la sociedad. Por último, se menciona también la solidaridad en el financiamiento (ley 19353).

Para el SNIC, las personas que están en situación de dependencia son las niñas y niños de hasta doce años, las personas con discapacidad y las personas mayores de sesenta y cinco años que carecen de autonomía para desarrollar actividades y atender por sí mismas las necesidades básicas de la vida diaria.

Los siguientes son los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Cuidados establecidos en su ley de creación:

- i) Impulsar un modelo de prestaciones de cuidados integrales basado en políticas articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, intervención oportuna y, siempre que sea posible, la recuperación de la autonomía de aquellas personas que se encuentren en situación de dependencia.
- ii) Promover la participación articulada y coordinada de prestadores de servicios y prestaciones de cuidados, públicos y privados.
- iii) Promover la optimización de los recursos públicos y privados de cuidados, racionalizando el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad instalada y a crearse.
- iv) Promover la regulación de todos los aspectos relativos a la prestación de los servicios públicos y privados del SNIC.
- v) Profesionalizar las tareas de cuidados mediante la formación y capacitación de las personas que presten servicios de cuidados, incentivando su desarrollo profesional continuo, el trabajo en equipos interdisciplinarios, la investigación científica, fomentando la participación activa de trabajadores y personas en situación de dependencia.
- vi) Propiciar el cambio de la actual división sexual del trabajo, integrando el concepto de corresponsabilidad de género y generacional como principio orientador.
- vii) Impulsar la descentralización territorial, contemplando las necesidades específicas de cada comunidad y territorio, estableciendo acuerdos y acciones conjuntas con Gobiernos Departamentales y Municipales cuando correspondiere.

La estructura institucional del Sistema está compuesta por la Junta Nacional de Cuidados, la Secretaría Nacional de Cuidados y el Comité Consultivo de

Cuidados. La Junta Nacional de Cuidados es el órgano que define los lineamientos estratégicos y prioridades del sistema y debe proponer al Poder Ejecutivo los objetivos, políticas y estrategias. La integran el Ministerio de Desarrollo Social quien la preside, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública, el Banco de Previsión Social, el Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay y el Congreso de Intendentes. La ley establece que el Instituto Nacional de las Mujeres participa de las sesiones de la Junta con voz, pero sin voto para velar por la integración de la perspectiva de género en el SNIC.

La Secretaría Nacional de Cuidados funciona en el ámbito del MIDES y es la encargada de formular el Plan de Cuidados e implementar y supervisar los programas. Si bien la ley establece que la Secretaría estará integrada por un área de infancia, un área de discapacidad, un área de personas mayores y un área de planificación y seguimiento, finalmente el área de personas mayores y de discapacidad fueron anexadas en un área de dependencia. Este cambio de enfoque implicó que el centro de acción sea la situación de dependencia de la persona, independiente de su condición etaria o de discapacidad. La Secretaría de Cuidados señala que esto implica un reconocimiento de que la vejez y la dependencia no son sinónimos. Sin embargo, el hecho de que la política no aborde específicamente a las personas mayores como población objetivo puede ser contradictorio con la consideración de que son un grupo que presenta especificidades para su protección de derechos, paradigma desde el cual se aprueba la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores ratificada por el Uruguay.

Otro organismo del SNIC es el Comité Consultivo de Cuidados, que tiene carácter honorario y es un organismo asesor de la Secretaría de Cuidados. Está integrado por 16 delegados: 4 delegados de organizaciones de la sociedad civil vinculadas a cuidados, 4 delegados de la academia, 4 delegados del PIT-CNT (Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores) y 4 delegados de las entidades privadas que prestan servicios de cuidados.

El nivel de dependencia de las personas que postulan a los programas del sistema se mide a través de un baremo elaborado por el MIDES cuya aplicación indica un valor que agrupa a la población según distintos niveles: sin dependencia, dependencia leve, dependencia moderada y dependencia severa. Este índice combina las tareas para las que la persona necesita ayuda, el problema de desempeño que presenta, el tipo de apoyo que demanda y la frecuencia con que necesita ese apoyo.

En 2015 se elaboró el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020 que contiene los componentes y lineamientos de gestión del SNIC, así como las orientaciones y acciones de la política de cuidados para el período. Son componentes del sistema los servicios, la formación, la regulación, la gestión de la información y el conocimiento y la comunicación.

En relación con la instalación del SNIC, hay consenso entre los entrevistados en que es positivo el reconocimiento del cuidado como derecho, pues permite poner incluso recursos de amparo para las personas. Se trata de un hito revolucionario, dado que el Estado reconoce su responsabilidad en el cuidado, que deja de estar en un ámbito privado y de invisibilidad. Este avance es valorado como el más importante que ha ocurrido en la agenda de cuidados y se visualiza como un diferencial respecto de los otros países de la región.

Respecto del presupuesto del Sistema, según el proyecto de presupuesto quinquenal 2015-2019 enviado por el Poder Ejecutivo al Parlamento (MEF, 2015) alcanza a 1.206 millones de pesos incrementales para el año 2016 y 2.235 millones de pesos para 2017 (41 y 77 millones de dólares respectivamente). De acuerdo a los lineamientos presupuestales establecidos por el Poder Ejecutivo, a partir de 2018 los incrementos serán dados mediante las correspondientes rendiciones de cuentas.

Como se desprende de la tabla 15, la distribución de recursos según la población beneficiaria refleja una especial preocupación por la infancia, ya que más del 50% de los recursos se destinó a ella en los años 2016 y 2017, mientras que para las personas mayores y las personas con discapacidad se destinaron del 15% al 22% de los fondos presupuestales para esos años.

**Tabla 15**  
**Uruguay: presupuesto propuesto para el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, 2016 y 2017**

<b>SNIC, presupuesto incremental anual (en millones de pesos)</b>		
	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Total funcionamiento	825,1	1619
Primera infancia	255,9	587,6
Adultos mayores dependientes	207	474,7
Personas con discapacidad dependientes	175,6	361,7
Gestión, supervisión, formación	186,7	194,9
Total inversiones	380,8	616,1
<b>Total</b>	<b>1.205,9</b>	<b>2.235,1</b>

**Fuente:** MEF, Proyecto de Presupuesto Nacional 2015-2019. Exposición de Motivos, Capítulo IX, Sistema de Cuidados.

En 2016 el 83% del gasto para las personas mayores corresponde al programa Asistentes Personales (173 millones de pesos, aproximadamente 6 millones de dólares) y en 2017 fue un 75% (356,5 millones de pesos, aproximadamente 12 millones de dólares).

Tabla 16

## Uruguay: presupuesto propuesto por población y servicio, 2016 y 2017

Detalles de las acciones contempladas en la propuesta presupuestal y asignación presupuestal					
Población	Prestación o servicio	2016		2017	
		Fto.	Inversión	Fto.	Inversión
Primera infancia	CAIF Primera infancia	142,6	284,8	301,4	364,5
	Centros diurnos primera infancia (INAU)	13,8	14,4	28,5	14,8
	Casas de cuidados comunitarios	18,9		40,8	
	Centros de educación y cuidados 3 años (CEIP/ANEP)	38,6	58,8	99,3	207,4
	Becas de inclusión socioeducativas (MIDES)	12,7		48,9	
Adultos mayores	Asistentes personales	173,0		356,5	
	Teleasistencia	18,5	3,2	35,5	2,9
	Programa de apoyo al cuidado permanente	15,5		39,8	
	Centros diurnos	-		42,9	24,7
Personas con discapacidad	Asistentes personales	173,0		356,5	
	Teleasistencia	2,5	0,4	5,3	0,5
Fortalecimiento de las capacidades para el desarrollo del SNIC		186,7	19,2	194,9	1,4
Total		825,1	380,8	1619,0	616,1

**Fuente:** MEF, Proyecto de Presupuesto Nacional 2015-2019. Exposición de Motivos, Capítulo IX, Sistema de Cuidados.

Cabe mencionar que, en 2016, en el marco de la rendición de cuentas, el parlamento resolvió quitar 40 millones de pesos del presupuesto asignado al SNIC para destinarlo a educación (alrededor de 1,3 millones de dólares).

Si bien históricamente el país ha tenido niveles altos de cobertura de la seguridad social, debe señalarse que las reformas implementadas desde el año 2009 en materia de flexibilización de las condiciones de acceso a las jubilaciones han implicado un importante incremento en el número beneficiarios. Asimismo, en materia de equidad de género, es un avance el reconocimiento en el cómputo para la jubilación de un año de trabajo por hijo a las mujeres trabajadoras, lo que implicó un aumento de las

jubilaciones para las mujeres. También se destaca el incremento real y progresivo que han experimentado los montos de jubilaciones y pensiones desde ese año (SIVE, 2015).

En lo que respecta a las transferencias no contributivas para las personas mayores, hay dos prestaciones disponibles: las pensiones por vejez (BPS) que se otorgan a personas de 70 años y más en situación de vulnerabilidad socioeconómica y el Programa de Asistencia a la vejez (BPS-MIDES) que consiste en un subsidio equivalente a la pensión por vejez para personas de 65 a 69 años que carezcan de recursos para cubrir sus necesidades vitales e integren hogares que presenten carencias críticas en sus condiciones de vida. Si las personas mayores integran hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica también pueden percibir la Tarjeta Uruguay Social (MIDES) que es una transferencia que permite acceder a un nivel de consumo básico de alimentos y artículos de primera necesidad.

Según relata el sector gubernamental, hasta entonces el cuidado aparecía como una dimensión no contemplada en las políticas que resolvían otras demandas, y que se enfrentaban a la situación de necesidad de cuidados de la población con la que trabajaban. Un ejemplo claro es la política de vivienda para jubilados del BPS (Programa Soluciones Habitacionales), que protegía el derecho a la vivienda, pero que se enfrentó a la pérdida de autonomía de gran parte de su población usuaria y debió implementar acciones de cuidado creando subsidios para el cuidado en establecimientos de larga estadía (Programa Cupo Cama). Se implementaban acciones que resolvían problemas puntuales que no estaban basadas en la concepción del derecho al cuidado.

Más allá del consenso sobre la importancia del reconocimiento del derecho al cuidado y la existencia de un sistema de cuidados, los entrevistados tienen ciertas inquietudes. El Inmayores ha señalado su preocupación respecto de la implementación de los programas, pues esta institución esperaba que el enfoque conceptual de derechos y la concepción de que las personas mayores son sujetos de política pública se materializaran en las acciones que despliega el sistema, considerando que se trata de una política nueva liderada por el MIDES. Para que el enfoque de derechos se materialice es necesario ajustar algunas acciones para garantizar el derecho específico del cuidado de la persona vieja.

La sociedad civil valora positivamente el avance en materia de institucionalidad y de cuidados en la última década, así como el espacio de participación que ha tenido en ámbitos asesores de las políticas públicas. Sostiene que la existencia de ámbitos institucionales para poder hacer llegar las inquietudes y propuestas y el trabajo de seguimiento que tiene la sociedad civil en la temática de cuidados y

personas mayores es un aspecto destacable en el país en comparación con el resto de la región. Se destaca la consideración que se observa desde el Estado, más allá de que sea posible o no integrar los aportes en esta etapa. La academia destaca la posibilidad del intercambio con quienes están a cargo de la gestión del Sistema, pues muestran interés en los aportes y miradas del mundo académico.

La sociedad civil ha realizado algunas críticas al Plan de Cuidados, ya que desde su perspectiva no contiene definiciones más precisas sobre metas, plazos, presupuesto y actores responsables. Asimismo, ha señalado su preocupación sobre la centralidad que tiene la dependencia en el plan, sin abordar promover los mecanismos para su prevención y la autonomía de las personas mayores. Se requiere de un cambio de concepción en el abordaje de la dependencia que se centre en la prevención y no solo actúe cuando está instalada. El sector salud, por su parte, mantiene un abordaje medicalizado y tutelar, por lo que la sociedad civil hizo algunas observaciones acerca de normativas aprobadas por el Ministerio de Salud que se contradicen con la perspectiva integral que plantea la ley de creación del sistema. El sector salud es reticente, por ejemplo, a que los establecimientos de larga estadía sean dirigidos técnicamente por un profesional de las ciencias sociales que no sea médico. La academia también ha señalado que la medicalización es un riesgo que puede instalarse en el sistema en relación con los servicios que se crearán, por ejemplo, las tensiones que se han producido por la composición de los equipos técnicos que gestionan los servicios, en los que deben existir profesionales sociales no médicos para mantener la mirada integral de abordaje.

Otra preocupación de la sociedad civil es la formación y la regulación de los trabajadores del cuidado, pues se trata de un sector muy heterogéneo en su composición y ramas laborales —lo que es un problema para la negociación colectiva— y actualmente no cuenta con una ley marco específica que regule sus funciones. El Consejo Consultivo de Cuidados ha trabajado y hecho aportes para que el sistema contemple esta situación. La academia también comparte la preocupación por la formación de quienes trabajan cuidando a personas mayores, pues, por una parte, es una formación básica y, por otra, los requisitos que exige el sistema a los cuidadores de primera infancia son mucho mayores que el que le exige a quienes cuidan a personas mayores.

En la academia hay consenso en que la existencia del Sistema es sin dudas un logro muy trascendente, aunque desde su rol crítico señalan que algunos aspectos deberían corregirse, reconociendo los límites a los que se enfrentan las personas que se encuentran a cargo de la gestión en términos presupuestales y de negociaciones políticas. El contacto fluido entre la academia y los decisores a

cargo de la gestión del Sistema es un aspecto positivo. Al igual que la sociedad civil, existe en el mundo académico la preocupación por el concepto de cuidado en el sistema, pues se asocia a la dependencia. La focalización que el Sistema en la dependencia alimenta la idea de que solo se cuida a los enfermos y no a las personas autovalentes; el cuidado, en este sentido, es un concepto mucho más amplio. Se espera que el Sistema pueda incorporar los cuidados de todas las personas mayores, incluyendo los que se realizan en los ámbitos vecinales y comunitarios.

Más allá de estas críticas, la academia considera que el hecho de que el Sistema asuma en su discurso principios como la corresponsabilidad, implica un logro y un cambio, ya que este discurso puede ir permeando las representaciones sociales del cuidado y que en unos años se materialice que el Estado es tan responsable de los cuidados como la familia. Se entiende necesario replicar estudios realizados sobre representaciones sociales del cuidado (Batthyány y otros, 2012, Berriel y Carbajal, 2014) para poder medir dichos impactos.

## **E. Características de la oferta de cuidados hacia las personas mayores**

La organización social del cuidado en el Uruguay ha sido señalada por la literatura especializada como familista, dado que la mayor carga recae en las familias, sobre todo en las mujeres, y es un trabajo no remunerado (Aguirre, 2008), lo que se acentúa en el cuidado de las personas mayores. Un estudio reciente reveló que el familismo que caracteriza la provisión de cuidados en el Uruguay, es acompañado por las representaciones sociales, ya que el 41% de la población uruguaya piensa que las familias por sí solas deben hacerse cargo del cuidado de las personas mayores, sumado al 26,7% que opina que deben ser principalmente las familias con ayuda del Estado (Batthyány y otros, 2013).

Dicho estudio indagó acerca de las representaciones sociales en relación con los cuidados, aspecto que, junto con las políticas, los marcos normativos y los servicios, suelen moldear las diversas configuraciones que conforman la organización social del cuidado en cada sociedad. Para el caso de las personas mayores, la gran mayoría de la población (90%) opina que la situación más deseable para su cuidado cotidiano son los cuidados domiciliarios, es decir, los que se brindan en la vivienda. Dentro de esta modalidad, la población se divide entre los que opinan que lo más deseable son los cuidados familiares (47,5%) y los que opinan que es mejor la contratación de una o varias personas con participación de la familia (43,6%). La opción vinculada al cuidado exclusivo por parte de instituciones es minoritaria,

alcanzando al 8% de la población menor de 69 años, pero no es despreciable en el contexto de reducidos servicios de cuidado destinados a las personas mayores (Batthyány y otros, 2013).

Este estudio describe las expectativas que tiene la población respecto del papel de las familias en el cuidado de las personas mayores, lo que entra en tensión con el actual contexto de cambios demográficos y socioculturales que impiden que estas asuman dicha función. Las expectativas de cuidado familistas son más frecuentes entre las personas con menor nivel socioeconómico, lo que se asocia a la capacidad de costear o no los servicios de cuidado de calidad en el mercado. Entre quienes tienen altos ingresos, la presencia de instituciones o personas especializadas es más frecuente y, al tratarse de una experiencia conocida, incide en su elección como opción de cuidado. Por el contrario, para la población de bajos ingresos, la experiencia cercana es la del cuidado familiar; como no pueden costear servicios de calidad optan por la convivencia con los progenitores mayores en la misma vivienda, a diferencia de las personas de alto poder adquisitivo, que suelen tener la experiencia de padres y madres con la autonomía económica necesaria para elegir vivir en hogares distintos (Batthyány y otros, 2013).

Por otra parte, también se observa una fuerte discordancia entre las expectativas de las personas mayores de 70 y más años sobre quiénes deben proporcionarles cuidado y la opinión de las generaciones menores. Mientras que un tercio de la población de hasta 69 años piensa que los hijos están obligados a cuidar personalmente a sus padres y madres, entre la población de 70 años y más esta convicción aumenta: es apoyada por seis de cada diez personas (Batthyány y otros, 2013).

Los servicios de cuidado para las personas mayores provistos por el mercado y el Estado más extendidos son los establecimientos de larga estadía. De acuerdo con el Censo de 2011, la población que vive en estos establecimientos era de 13.817 personas, de las cuales 11.560 son mayores de 65 años, lo que representa el 2,5% de la población mayor. Este porcentaje no se condice con la percepción popular acerca del número de personas mayores viviendo en establecimientos. Si bien la alta informalidad de los establecimientos privados puede incentivar la subdeclaración, es posible afirmar que la forma de resolver las necesidades de cuidado o necesidades habitacionales de las personas mayores no tiene entre sus opciones más utilizadas los establecimientos de cuidado permanente, lo que indica que las personas mayores han resuelto sus necesidades de cuidado mayormente a domicilio, ya sea por sus familiares o por personal contratado (Inmayores-DINEM, 2014).

Los establecimientos de larga estadía se dividen en dos tipos, aquellos con fines de lucro (residenciales) y aquellos sin fines de lucro (hogares), estos últimos pertenecientes a asociaciones civiles o fundaciones. De acuerdo con la información del Inmayores, que ha censado en dos oportunidades estos establecimientos (2014 y 2015) y que mantiene una base de datos actualizada, existen 1.124 establecimientos de larga estadía, de los cuales la gran mayoría son con fines de lucro (82%). Los hogares son aproximadamente 90 y suelen recibir aportes o exoneraciones por parte del Banco de Previsión Social (BPS) o de los gobiernos departamentales. En el interior del país funcionan 7 hogares de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), dos de ellos están gestionados directamente por ASSE y cinco funcionan mediante convenios con asociaciones civiles. Los 80 hogares que tienen convenio con el BPS están distribuidos en su mayoría en el interior del país (76%). En ellos viven aproximadamente tres mil residentes que son jubilados o pensionistas del BPS y que aportan un porcentaje de su pasividad. De acuerdo con estudio de Pugliese (2013), se establecen restricciones al ingreso de personas dependientes en estos hogares, pues para residir en ellos las personas deben ser autovalentes, no tener enfermedades psiquiátricas, ni Alzheimer, además deben contar con ingresos suficientes para aportar al financiamiento de los gastos ocasionados por su atención. Esto significa que las personas más dependientes y más pobres, no acceden a los hogares, excepto por los cupos cama que otorga el BPS (Pugliese, 2013, MIDES, 2014).

El programa Cupo Cama es un componente del Programa Soluciones Habitacionales del BPS y está dirigido a jubilados y pensionistas. Este programa surge para cubrir las necesidades de cuidado de las personas mayores que residen en los complejos habitacionales del BPS que perdieron su autonomía, después de evaluar su nivel de dependencia se los deriva a un hogar sin fines de lucro que tenga con el BPS. El subsidio se compone con el aporte del 70% de la pasividad que percibe el jubilado o pensionista, y el 30% que aporta el BPS con recursos del Fondo Nacional de Vivienda. A febrero de 2014, el programa amparó a 342 beneficiarios: 140 de Montevideo y 202 del interior (MIDES, 2014).

Por otra parte, el hospital y centro geriátrico Doctor Luis Piñeyro del Campo es una unidad de larga estadía y de media estancia y un servicio de reinserción comunitaria. El centro geriátrico hospitalario está destinado a la atención geriátrica gerontológica integral de personas de 65 y más años usuarias de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de Montevideo, que además de la edad deben reunir las siguientes condiciones: dependencia de causa física o mental de grado moderado a severo, situación socioeconómica precaria (ausencia absoluta y objetiva de entorno sociofamiliar continente e ingresos insuficientes) y no

debe estar cursando ninguna patología aguda que requiera atención en hospital de agudos al momento del ingreso. En las unidades de larga estadía residen las personas que ingresan de forma definitiva al hospital. Son cuatro unidades, con un total de 300 camas, que están organizadas según el tipo de problema de salud que asisten: (A) Unidad de Alta Dependencia y Cuidados Paliativos, (B) Unidad de Semidependientes, (C) Unidad de Psicogeriatría y (D) Unidad de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias graves (MIDES, 2014).

En este hospital-centro también funciona la Unidad de Media Estancia de Rehabilitación y Convalecencia (UME). Es un servicio de 12 camas, de rehabilitación geriátrica, con una estadía promedio de 30 días, para usuarios provenientes de hospitales de agudos, convalecientes de problemas o secuelas de eventos agudos (hemiplejía, fractura de cadera, declinación funcional de cualquier causa). En la UME se realiza una rehabilitación integral y se asesora y capacita a los cuidadores-familiares con el objetivo de lograr un alta de mejor calidad, adaptación de la persona mayor y del cuidador a la nueva situación y una coordinación precoz con los equipos del primer nivel de atención. Para acceder a este servicio se exige ser mayor de 60 años, usuario de ASSE de Montevideo, disponer de vivienda o lugar físico adecuado al momento del alta, disponer de una familia continente o persona responsable de la persona mayor, que se haga cargo de ella durante la internación y en el momento del alta. A su vez, la persona mayor debe ser rehabilitable, es decir, no debe presentar bajo potencial de rehabilitación por su estado funcional previo, por la patología causante del síndrome de inmovilidad o por su cronicidad (MIDES, 2014).

Allí también funciona un Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (SAIC) de base hospitalaria, que promueve la reinserción de personas mayores en la comunidad en el contexto de familias sustitutas, donde un miembro de la familia actúa como cuidador rentado mediante un contrato de servicios. La persona mayor se inserta en el núcleo familiar como miembro y el servicio provee apoyo y asistencia multidisciplinaria (geriatra, psiquiatra, licenciado en enfermería y asistente social). Este servicio está dirigido prioritariamente a la absorción de altas desde unidades internas de larga estancia, por lo que de forma excepcional y con el apoyo de la Dirección y el equipo de SAIC se considerarán otras situaciones. Para ingresar a este servicio se requiere tener más de 65 años, ser usuario de ASSE, autovalente o con discapacidad física o intelectual leve y no poseer vínculos primarios y secundarios que dispongan de ingresos (MIDES, 2014).

En relación con los centros diurnos, funcionan actualmente trece centros en hogares que tienen convenio con el Banco de Previsión Social (BPS): tres en

Montevideo y diez en el interior. Y otros cuatro centros diurnos en convenio con el BPS ubicados en Montevideo, Paysandú, Florida y Soriano. En el hospital y centro geriátrico Doctor Luis Piñeyro del Campo también funciona un centro diurno que cuenta con 40 plazas. Por otra parte, hay dos centros diurnos gratuitos para personas mayores que están a cargo de la Secretaría de las Personas Mayores de la Intendencia de Montevideo, que cuentan con transporte para el traslado de los usuarios en la zona Este de Montevideo. Se trabaja con grupos de 70 personas, en su gran mayoría mujeres (MIDES, 2014).

Finalmente se encuentran muy extendidos los servicios de compañía en sanatorios y domicilio de carácter privado. Batthyány, y otros (2007) indican que para el año 2006 un 60% de la población de Montevideo mayor de 65 años estaba afiliada a alguna empresa de servicio de compañía; el servicio más requerido era la compañía en sanatorio y, en segundo lugar, la compañía en domicilio. A pesar de la expansión de estos servicios en las últimas décadas, la regulación y control por parte del Estado es limitado, lo se revertirá con el trabajo en el eje de regulación del Sistema.

Con la implementación del SNIC, se suman dos servicios innovadores a la oferta estatal: el programa de Asistentes Personales y el de Teleasistencia Domiciliaria. El servicio de asistentes personales atiende el cuidado y la asistencia personal para las actividades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia severa, es decir, que precisan ayuda para las necesidades básicas de la vida. El sistema puede subsidiar el servicio total o parcialmente en función de la capacidad de pago del hogar. En términos de cobertura, el programa atendía en marzo de 2017 a 2.048 personas, y tres mil se encontraban en proceso de ingreso. El 13,9% de los usuarios eran personas mayores (285 personas), por lo general, personas sobre los 80 años (10,3%). En 2016 solo se podían inscribir personas de 85 y más años y personas menores de 29, solo en 2017 se amplió a las personas de 80 y más años. Esta focalización se fundamenta, por una parte, en que el incremento de la dependencia se registra a medida que aumenta la edad y que la dependencia severa tiene más incidencia en los grupos de mayor edad, y, por otra, en la necesidad de fortalecer las acciones que potencien el desarrollo y la estimulación en los primeros años de vida y que promuevan la inclusión de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (SNIC, 2017).

Sobre este programa, los actores entrevistados señalan algunas inquietudes. El Inmayores entiende que hay elementos de la implementación que requieren ser revisados. Por ejemplo, para poder contratar al asistente personal, las personas mayores con dependencia severa deben hacer un trámite presencial en el Banco de Previsión Social y, de no poder concurrir, deben contar con un apoderado que

pueda hacerlo en su nombre, lo tiene ciertas complejidades y costos. La Secretaría de Cuidados reconoce que el acceso efectivo a la prestación es engorroso, aunque son pocos los casos, para los cuales ya se están realizando acciones con el BPS para pensar en alternativas al trámite presencial. Pero, más allá de esta dificultad, desde la perspectiva de la secretaría es positivo que las personas en situación de dependencia sean quienes se empoderen en la contratación.

Por otra parte, el Inmayores señala que para los casos de personas mayores con dependencia severa y vulnerabilidad se requiere un acompañamiento intermediado por el programa para resolver tensión en la relación de cuidados entre la persona que requiere cuidados y la asistente personal. Si bien se reconoce que esta acción está pensada para una segunda etapa en la implementación, se entiende que estos aspectos no contemplados aún de la puesta en práctica del programa ponen en tensión la concepción de que las personas mayores son sujetos de intervención pública. Otra inquietud del Inmayores es que aún no se conoce el impacto del programa Asistentes Personales más allá de la cobertura del servicio. Se entiende que el monitoreo de una política tan sensible en materia de protección de derechos de las personas viejas debe ser una prioridad, puesto que incide en la vida íntima de las personas y, por lo tanto, es de alta complejidad. La academia, por su parte, señala que es necesario el monitoreo del plan de cuidados y contar con planes de evaluación de los programas. Según la Secretaría de Cuidados, a pesar de que no se cuenta con este tipo de informes, están definidos los planes de evaluación y se realiza un monitoreo permanente de la gestión junto con la Dirección de Evaluación y Monitoreo del MIDES.

La academia también plantea algunas preocupaciones respecto de la implementación del programa Asistentes Personales, que se vinculan a la complejidad del trabajo de cuidados. La academia reconoce que si bien el sistema intenta acompañar a quienes realizan tareas de cuidado, hay elementos muy complejos en las relaciones que se establecen como, por ejemplo, el compromiso afectivo y sufrimiento que los profesionales deben acompañar mejor y la formación es insuficiente desde su perspectiva.

La Secretaría de Cuidados valora positivamente que el sistema gestione el programa Asistentes Personales, porque se han logrado eliminar las barreras de acceso. Con anterioridad el programa era ejecutado por el Programa Nacional de Discapacidad y por el BPS, y estaba dirigido a personas que cobraban una pensión por invalidez severa, por lo que quedaban excluidas las personas mayores, ya que cuando eran dependientes severas se les asignaba directamente la pensión por vejez. Las características del anterior programa limitaban el acceso a las personas

mayores y con la implementación del sistema y sus los objetivos del, se prioriza la postulación de personas de 80 y más años, ya que la dependencia severa tiene más incidencia en este grupo.

Otro problema detectado por la Secretaría de Cuidados es que una vez que es beneficiaria de la prestación, la persona debe elegir un asistente de la lista que le proporciona el sistema. La selección puede ser complicado, sobre todo en Montevideo donde el número de asistentes personales es muy grande. En este aspecto, se está trabajando con la Agencia para el Desarrollo de Gobierno Electrónico (AGESIC) para la generación de mecanismos que faciliten la selección a partir de un sistema de filtros, pues —aunque es el usuario quien debe elegir— es necesario fortalecer y apoyar esta decisión desde el sistema.

La Teleasistencia Domiciliaria está dirigida a personas en situación de dependencia leve o moderada. Se trata de un servicio que, mediante las tecnologías de la información y comunicación (TIC), permite asegurar que las personas que residen en hogares particulares sean de forma inmediata y oportuna para responder a las situaciones que surjan en su domicilio y que demanden la intervención de terceros. La persona usuaria dispone de un terminal en su domicilio con conexión a un centro de atención, que se active por pulsación de un dispositivo portátil (un colgante o pulsera). Se definió una progresividad en el acceso y actualmente la edad de ingreso al servicio es de 70 años. La teleasistencia se encontraba instalado en el país en el mercado hace casi dos décadas a cargo de varias empresas del sector privado; la innovación, por lo tanto, se observa en el subsidio que el sistema otorga a ciertas poblaciones y la integración a un sistema de regulación y seguimiento por parte del Estado.

Otro de los avances en el marco del SNIC está vinculado a la fiscalización de los centros de larga estadía. La nueva normativa obliga a la fiscalización conjunta del MIDES y el MS, además establece con claridad los estándares de calidad requeridos, que incluyen la formación y habilitación de las personas que cuidan, la materia y certificación social que requieren dichos establecimientos, la participación de los usuarios en la toma de decisiones y la promoción integral de sus derechos. Actualmente se está trabajando en la protocolización de los procedimientos asociados al cumplimiento de la normativa vigente, en el diseño de sistemas inteligentes de fiscalización e información que permitan el seguimiento electrónico de las actuaciones de cada organismo (SNIC, 2017).

El Plan Nacional de Cuidados incluye la implementación del programa Apoyo al Cuidado Permanente en 2017, cuyo funcionamiento es similar al del programa

Cupo Cama. Se generará un fondo de recursos en el Sistema de Cuidados que permitan financiar los cuidados en centros de larga estadía a personas que residen en centros que cerrarán, que no estén contempladas en la población objetivo de Cupo Cama y no tengan recursos para financiar su estadía en otro centro.

Por otra parte, el plan establece la instalación de centros diurnos en el marco del SNIC a partir de 2017, definidos como dispositivos de posición intermedia en la cadena de cuidados entre el domicilio y la institucionalización permanente. Cada centro diurno tendrá capacidad de 40 plazas de 40 horas semanales para la atención de personas mayores en situación de dependencia leve o moderada. El mecanismo de provisión será mediante contratos con organizaciones de la sociedad civil, que tendrán a cargo la gestión del centro (SNIC, 2017). El 2017 el SNIC hizo un llamado a organizaciones de la sociedad civil o cooperativas de trabajo para gestionar centros diurnos en las localidades de Minas (Lavalleja), Paso de los Toros (Tacuarembó), Juan Lacaze (Colonia), Pando (Canelones) y La Paz (Canelones). La Secretaría Nacional de Cuidados financiará parte del equipo técnico necesario para la implementación del servicio, mientras que el local y el equipamiento deberá ser proporcionado por las organizaciones a cargo de la gestión. La Secretaría también financiará parte de la alimentación y reparaciones o trabajos menores de adecuación del local y equipamiento y mobiliario (licitación pública 41/2017).

El proceso de diseño del SNIC incluyó la generación de información sobre las personas que brindan cuidados de forma remunerada. De la información disponible en el Uruguay se sabe que el sector de cuidados en 2014 ocupaba aproximadamente a 60 mil personas, de las cuales 27 mil (44%) se dedican al cuidado de personas mayores y de personas con discapacidad. En este sector de servicios además predominan las mujeres, pues entre quienes cuidan a personas mayores y personas con discapacidad constituyen el 93%. La feminización característica de estos empleos es acompañada por su desvalorización, ya que se asume que las mujeres tienen cualidades naturales para el cuidado y, por ende, esta tarea supuestamente no les demanda gran esfuerzo ni requiere de formación específica, lo que se vincula a su baja remuneración (Aguirre, 2012). Las tareas de cuidado son asumidas por personas que tienen un nivel bajo de escolarización y pocas opciones de ingreso al mercado laboral. En este sentido, Aguirre (2012) señala que es una opción que en muchos casos se toma por descarte frente a la imposibilidad de acceder a empleos mejor remunerados y valorados socialmente. Entre los cuidadores de personas mayores y personas con discapacidad, el 33,1% tiene primaria completa y sólo un 7,1% tiene nivel terciario. En este contexto, la profesionalización del sector constituye uno de los principales desafíos para el Sistema Nacional Integrado

de Cuidados (SIVE, 2015), de manera que otro de los componentes del SNIC es la formación de quienes trabajan brindando cuidados. Durante 2015 y 2016 se aprobó e implementó un modelo de habilitación y supervisión de la oferta privada de formación a cargo del Ministerio de Educación y Cultura (MEC), se hizo también el diseño curricular específico que establece el perfil de ingreso y egreso, así como el perfil docente. La formación en atención a la dependencia se ha desarrollado sobre la base de tres líneas de trabajo: la formación básica, el proceso de validación y el proceso de certificación (SNIC, 2017).

Respecto de los cuidados paliativos, que integran el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) como una prestación obligatoria desde el año 2008, su desarrollo no se objetiva hasta el año 2013, momento en el que se comienza a desarrollar una política ministerial desde el Área Programática Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud (MS). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Cuidados Paliativos de 2016 a todos los prestadores de salud, los cuidados paliativos existen en el Uruguay desde el año 1985. El 36% de los equipos iniciaron sus actividades antes del año 2012 producto de iniciativas personales o institucionales, y el 64% inician sus actividades una vez instaurada la política de salud ministerial en cuidados paliativos (CP). Según los datos aportados por los prestadores, en 2016 la cobertura de CP en el Uruguay es del 43%, meta establecida en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (cobertura  $\geq 40\%$ ). Si bien la cobertura ha aumentado en forma significativa en todos los departamentos del Uruguay, el Ministerio de Salud señala que aún no es suficiente (OPP, 2017).

En síntesis, actualmente la oferta pública de cuidado para personas mayores es muy escasa en términos de cobertura y la calidad de los cuidados está muy estratificada, pues existen en el mercado centros de larga estadía de calidad y servicios hoteleros a los que pueden acceder solo quienes tienen más altos ingresos, mientras que, para los sectores de menores ingresos, el Estado ofrece alternativas de escaso alcance y que no están legitimadas entre la población. La calidad de los establecimientos de larga estadía es heterogénea y, a pesar de los esfuerzos para mejorar la fiscalización estatal, una gran proporción no reúne los estándares de calidad establecidos.

Los entrevistados reconocen el avance que ha significado el Inmayores respecto de la continua fiscalización de estos establecimientos, que ha permitido identificar casos de violación sistemática de derechos humanos a residentes, implementando cierres, realojos y derivando a los responsables a la justicia. Estas son señales importantes que ha dado el Estado, a pesar de que se trata de una realidad muy compleja que implicará acciones de mediano y largo plazo. La sociedad civil señala

que es necesario implementar servicios de cuidados que pertenezcan al Estado para que el acceso vaya aumentando desde el punto de vista del principio de la universalidad. Se percibe que se avanza muy lentamente con la creación de los centros diurnos y que se debería implementar algún centro de larga estadía público, aunque sea un proyecto piloto.

El SNIC reconoce en su Plan Nacional de Cuidados que la oferta actual en materia de cuidados a personas mayores es escasa y dispersa, que involucra a diversos prestadores públicos, privados y de la comunidad y que tiene importantes niveles de informalidad, a lo que se suma la existencia de varios modelos y mecanismos de regulación —que en algunos casos es inexistente—; todo esto determina que tanto el acceso como la calidad de los servicios sean variados, con alcance reducido y muy inequitativos. En el Plan se menciona que falta un marco regulatorio que englobe una visión de sistema y que articule distintas modalidades de servicios y competencias institucionales para evitar la fragmentación de la atención, así como la ausencia de mecanismos de regulación en materia de cuidados domiciliarios que planteen un escenario de estándares mínimos para los distintos prestadores de cuidados (SNC, 2015).

## F. Consideraciones finales y reflexiones del caso en relación a las políticas públicas

Al analizar las políticas públicas que abordan el envejecimiento y los cuidados en el Uruguay, es necesario contextualizarlas en el marco histórico de un sistema de bienestar de carácter universalista y de amplia cobertura en el campo educativo, de seguridad social y salud, lo que se consolidó tempranamente en el siglo XX y se vio alterado con el gobierno de facto y las políticas de corte neoliberal de los años noventa, aunque sin rupturas drásticas como sucedió en otros países de la región. No obstante, el país enfrentó una importante crisis económica a principios del siglo XXI, que resiente a gran parte de su población, dejando a casi un tercio de los hogares bajo la línea de pobreza. En este contexto, asume el gobierno por primera vez una coalición de izquierda, que lidera una serie de reformas que fortalecen la matriz de protección social. Se crea un ministerio encargado de coordinar las políticas sociales —basadas en un enfoque de derechos— y de fortalecer el carácter redistributivo de las mismas. En la primera década del gobierno de izquierda, se logran mejorar los indicadores sociales y se consolidan varias reformas, por lo que en el año 2010 el contexto es propicio para discutir un sistema de cuidados que amplíe la matriz de protección social.

En el proceso de creación del sistema de cuidados, se destaca el papel que han jugado las organizaciones y la academia feminista para instalar en la agenda pública la temática de los cuidados y las importantes desigualdades de género y sociales que son producto de la distribución injusta del trabajo de cuidados en las familias y entre las familias y el Estado. Las encuestas de uso del tiempo promovidas por la academia (Aguirre y Batthyány, 2003; INE, 2007 y 2013) tuvieron un impacto relevante en el discurso de la sociedad civil y actores de gobierno, quienes fueron integrando estas desigualdades, así como los datos del envejecimiento poblacional a la agenda pública.

Cabe destacar que el contexto demográfico del país da cuenta de un proceso de sostenido envejecimiento de la población, pues un 14% corresponde a personas mayores y las que sobrepasan los 84 años han aumentado sostenidamente. Este proceso se caracteriza por su feminización, dado que en la vejez se presentan importantes desigualdades de género: las mujeres viven más años carentes de buena salud que los varones, lo hacen en mayor medida sin pareja y perciben menores ingresos debido a sus trayectorias vitales asociadas al cuidado y al trabajo no remunerado.

Frente a esta realidad, una de las prioridades del gobierno fue la creación de un sistema de cuidados de carácter universal, que pretende convertirse en el cuarto pilar del bienestar sumado a la salud, la educación y la seguridad social. Es un logro trascendental del país reconocer el derecho al cuidado de toda la población y, por ende, la obligación del Estado de garantizar y proteger este derecho, donde las personas mayores constituyen una población objetivo del nuevo sistema de cuidado. El contexto de su creación y el rol de la academia y las organizaciones feministas impacta en sus marcos conceptuales y logra que la perspectiva de género sea un principio orientador, por lo que uno de sus objetivos es la transformación de la división sexual del trabajo y la promoción de la corresponsabilidad de género y social relativa a los cuidados. Es innegable que el Uruguay ha avanzado en los últimos años al crear un sistema de cuidados, con normativas, institucionalidad, presupuesto y programas propios. El análisis de sus principios orientadores da cuenta de la integración de la perspectiva de derechos, género y de curso de vida, lo que es de gran trascendencia según los actores entrevistados para este informe.

Es destacable que el SNIC incorpora a quienes trabajan en el sector cuidados como parte de su población objetivo y desarrolla acciones tendientes a fortalecer su formación y a regular las condiciones laborales, es decir, también se reconocen y protegen los derechos de las personas que realizan tareas de cuidado, que en su mayoría son mujeres.

Las normativas que protegen y regulan el derecho al cuidado experimentan un cambio sustantivo con la creación del sistema. Previo al año 2015, la normativa era limitada, de corte sanitarista y restringida a las personas en extrema vulnerabilidad y jubilados o pensionistas. En la nueva normativa se advierte un cambio de lenguaje, ya que se basa en la perspectiva de derechos y busca la universalidad, aunque esté focalizada en la etapa actual de implementación.

En paralelo a la instalación del tema en la agenda pública, la instauración del MIDES y el fomento de la perspectiva de derechos, se crea el Inmayores como organismo rector de las políticas dirigidas a las personas mayores, lo que constituye un hito, pues se reconoce a las personas mayores como sujetos de derecho y sujetos de la política pública, superándose las concepciones y abordajes sectorialistas y parciales (centrados en la salud y la seguridad social) e instalándose un abordaje integral basado en derechos. El cambio de paradigma liderado por el Inmayores no ha cuajado en la totalidad de los abordajes e intervenciones estatales, pero se ha visto fortalecido con la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores por parte del Estado uruguayo.

Los entrevistados señalan que el trabajo del Inmayores y la creación del SNIC constituyen hitos fundamentales en la protección de los derechos de las personas mayores y, específicamente, de su derecho al cuidado, así como la ratificación de la Convención es una directriz normativa clave en este proceso. Hay consenso entre los entrevistados respecto de la importancia de contar con un sistema que proteja el derecho al cuidado, que regule la calidad de los servicios e implemente nuevos, y que fortalezca las condiciones laborales de las personas que trabajan brindando cuidados. También hay acuerdo con sus principios orientadores y objetivos, y se valora positivamente la participación de la sociedad civil y la academia en la estructura institucional del sistema mediante el Consejo Consultivo y, más allá de esta instancia formal, es positiva la recepción e intercambio con las personas responsables de la Secretaría de Cuidados quienes se abierten a los aportes.

Entre las recomendaciones para las políticas de cuidado, el Inmayores señala que es necesario visibilizar a ciertos grupos de la población que requieren atención específica y acciones integrales con presupuestos acordados como aquellos grupos de personas mayores vulneradas en materia de protección social y derechos puesto que el cuidado puede tener un alto impacto en su calidad de vida. Asimismo, los servicios que brinde el Sistema deberán considerar la pérdida de autonomía en distintos niveles y estar articulados, es decir, que las personas puedan entrar y salir de ellos en función de su grado de dependencia y que, por lo mismo, los

servicios se complementen y articulen. También es necesario aumentar los cuidados domiciliarios para que los centros de larga estadía solo se aboquen a los casos de dependencia severa. Los problemas de pobreza o falta de vivienda se deberán resolver con medidas complementarias. La preocupación fundamental radica en que se reconozca la especificidad que adquiere el derecho al cuidado en la vejez, lo que tiene que materializarse en los servicios a implementar.

Sin embargo, el instituto rector percibe con preocupación que la agenda de envejecimiento para los próximos años se centre en la discusión regional sobre los costos de los sistemas previsionales, sobre todo cuando se asiste a cambios políticos e ideológicos en materia de administración de los estados. Es preocupante que los sistemas de cuidados o la perspectiva de cuidado se enfoque hacia la primera infancia y que esta tendencia pueda permanecer y rigidizarse cada vez más debido a los altos costos de los cuidados en la vejez y a la discusión sobre los altos costos de los sistemas previsionales.

Por su parte, la Secretaría de Cuidados reconoce que el sistema se encuentra en una etapa fundacional y que, en este período, se busca instalar ciertos avances que deben ser continuados; es un sistema progresivo que deberá consolidarse en el mediano y largo plazo, por lo tanto, la demanda de cuidados en la vejez no se resolverá con los programas definidos para este período (cuidados domiciliarios, centros de día, establecimientos de larga estadía y teleasistencia domiciliaria). El Plan de Cuidados es una hoja de ruta quinquenal que deberá continuarse en los próximos períodos. Aun así, es un hito que las personas mayores sean parte de la población objetivo y que estén representadas en el Consejo Consultivo mediante la Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU). Si bien se pudo incluir otras organizaciones de personas mayores, es un avance la presencia de la ONAJPU en el órgano asesor del Sistema.

La Secretaría de Cuidados señala que el sistema pretende implementar un abanico de opciones que permita a las personas con dependencia recibir los cuidados de la forma en que lo desee, sin verse limitadas por la oferta. Sin embargo, como los recursos escasos, el despliegue necesariamente es por etapas, por lo que un desafío pendiente es el acceso de las personas mayores que viven en zonas rurales a las prestaciones de teleasistencia o asistentes personales. Si bien el programa de Asistentes Personales tiene presencia en todo el país, hay algunas pequeñas localidades donde aún no se ha podido implementar. Otro desafío pendiente es abordar la dimensión de género en la prestación de los servicios, pues el movimiento feminista ha alertado sobre la feminización del sector cuidados, que no capta varones debido a los bajos salarios. La Secretaría señala que es un

aspecto a trabajar en los próximos años, ya que la corresponsabilidad de género en los cuidados debe permear a toda la sociedad; es necesario un cambio cultural que va a llevar varios años para que se traduzca en una realidad en los hogares y el mercado laboral.

Respecto de la calidad de los servicios, la oferta pública debiera liderar en calidad para asegurar que todas las personas—independiente de su nivel socioeconómico—tengan acceso a servicios de calidad. Finalmente, la sustentabilidad del sistema y la necesidad de que se asuma como política de Estado es otro desafío, que el SNIC tenga la misma importancia y sea igual de indiscutible que el Sistema de Salud, de Seguridad Social o el Sistema Educativo en lo que respecta al rol del Estado.

En relación con las expectativas futuras sobre el sistema, la sociedad civil señala que para que tenga éxito quienes dirigen las instituciones participantes deben alinear sus principios orientadores, lo que implica cambios en las concepciones y abordajes de las autoridades actuales que conforman la Junta Nacional de Cuidados (sistema educativo, de seguridad social y de salud), quienes deben liderar el cambio cultural necesario en el Estado. También es necesario producir información sobre los niveles de dependencia de las personas mayores, lo que debería incorporarse a las encuestas continuas de hogares del Instituto Nacional de Estadísticas. Por otra parte, Uruguay es un país con un presupuesto acotado y rígido respecto a ciertos gastos del Estado, por lo que la accesibilidad universal al sistema es un gran desafío, por ello se propone que el Estado implemente servicios que sean ejemplares y piloto. En esta línea, destaca el funcionamiento del centro diurno del hospital Piñeyro del Campo, que el sistema debiera replicar. Frente a un posible cambio en el rumbo político, la sociedad civil percibe con preocupación que la temática no tenga la prioridad que ha tenido en este gobierno en el futuro. Finalmente, un asunto ineludible en el tema de cuidado se refiere a la salud mental de las personas mayores, que todavía no forma parte de la agenda del SNIC.

La academia, por su parte, señala que el mayor desafío es dejar de concebir el cuidado como sinónimo de atención a la dependencia, puesto que se ponen en riesgo los principios orientadores del sistema. En esta misma línea, se considera la dependencia solo desde el punto de vista físico y funcional y se omite lo afectivo. En opinión de la academia es necesario reconocer otros ámbitos—espacios públicos, comunitarios y de vecindad—donde habitualmente se ejercen los cuidados y que también deberían ser contemplados desde el sistema. En este sentido, una de las recomendaciones es que se incorpore en el SNIC una línea de trabajo con la comunidad, que esté enfocada en la construcción de redes de apoyo al cuidado de las personas mayores en la comunidad, porque el sistema no podrá

respuesta a toda la demanda de cuidados. De esta manera se debería incentivar a las organizaciones sociales de personas mayores a trabajar en los cuidados, así como también a los vecinos no organizados, pues este tipo de redes son una fuente de cuidados que puede ser más satisfactorio para una persona mayor que un extraño la asista en el domicilio.

Es necesario, también, instalar a la brevedad los centros diurnos como un apoyo al cuidado, lo que evitaría la institucionalización de las personas mayores y, al mismo tiempo, promover que estas concurren a los centros, consultándoles sus intereses y necesidades para instalar servicios que realmente sean usados por la población.

A modo de cierre, es posible advertir que el Uruguay se encuentra en un proceso de gran trascendencia en el reconocimiento del derecho al cuidado de las personas mayores a partir de la creación del SNIC, pues implica un avance sustantivo en las normativas y en la institucionalidad, comenzando a dar los primeros pasos en la implementación de sus componentes. En el proceso de materialización de lo normativo y conceptual de los distintos componentes definidos para el sistema, se aprecia la mirada atenta de la sociedad civil, la academia y la institución rectora, quienes —convencidos de lo valioso de contar con un sistema— tienen ciertas diferencias e inquietudes que son expresadas en los espacios institucionales que las integra.

# La mirada comparada

Para el análisis comparado se consideraron, en primera instancia, tres dimensiones indispensables para el diseño e implementación de una política pública. En cada dimensión se analizaron un conjunto de aspectos e indicadores que permiten evidenciar comparativamente los avances y limitaciones de cada país y las lecciones futuras. Las dimensiones fueron:

1. Existencia y adecuación de marcos normativos que regulen, promuevan y protejan a quienes requieren cuidado en la vejez, así como los derechos de quienes proporcionan el cuidado en dicha etapa, en particular, las mujeres.
2. Pertinencia y coherencia de las políticas sociales que promueven el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez.
3. Existencia, disponibilidad y accesibilidad de programas y servicios que proporcionen cuidados a las personas mayores (Estado, hogares, mercado, comunidad y tercer sector).

Como criterios orientadores del estudio se utilizaron los aportes del análisis comparado de políticas públicas de vejez de Huenchuan (2016) y de Mesa-Lago (2000). Tomando estas referencias, analizamos la forma en que se instalaron los asuntos de las personas mayores en la agenda gubernamental, su incorporación en la normativa y en el diseño de las políticas, así como su implementación institucional, sus implicancias, debilidades y fortalezas.

## A. Existencia y adecuación de marcos normativos para la protección del derecho al cuidado en la vejez

El avance en la incorporación de los derechos de las personas mayores en los marcos normativos y el ajuste de los instrumentos jurídicos nacionales han estado influenciados, de una u otra manera, por un escenario internacional favorable al reconocimiento de estos. Por otra parte, el avance acelerado del proceso de envejecimiento poblacional en los países estudiados ha puesto de relieve la necesidad de acomodar las leyes y normas nacionales a los nuevos requerimientos que genera el fenómeno en cada país así como a los compromisos derivados de la firma y ratificación de los instrumentos internacionales.

El Uruguay y Chile han firmado y ratificado el instrumento regional de mayor relevancia en la materia dado su contenido y carácter vinculante, a saber, la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos humanos de

las Personas mayores. Cabe destacar que el Uruguay encabeza este proceso en la región, pues es el primer país latinoamericano en realizar el depósito del instrumento de ratificación en la OEA el año 2016, por lo cual presidirá el mecanismo de seguimiento (ver tabla 17). Mientras Cuba aún no firma ni ratifica el convenio, porque no es miembro de la OEA, aunque adoptó la Resolución sobre los derechos humanos de las personas mayores (2013), que no es un instrumento vinculante.

A nivel nacional, Uruguay también lidera los procesos de adaptación y actualización de su normativa legal relativa a los cuidados, la vejez y el envejecimiento. En este sentido, ha desarrollado, por una parte, un marco legal nuevo para proteger el derecho al cuidado, con la ley que crea el sistema nacional de cuidados (2015) y, por otra, ha respaldado jurídicamente la creación de un organismo rector en políticas de envejecimiento y vejez (2009). Junto con ello, incorpora en la normativa la competencia de regulación y contralor referente a los establecimientos que brindan cuidados a personas mayores con la ley de 2015, asignándole al Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) dicha responsabilidad.

En Chile también se ha avanzado en un marco jurídico para instalar una institucionalidad en materia de vejez y envejecimiento, a través de la ley que crea el organismo rector en políticas de este tipo. De forma más reciente se ha incorporado el tema de los cuidados como un subsistema al interior del Sistema Intersectorial de Protección Social, amparado por la ley de 2009. No obstante, no existe un instrumento específico que norme el derecho al cuidado.

En cubano no existe una legislación específica que reconozca los cuidados como un derecho y tampoco una norma que regule o ampare la política e institucionalidad en materia de vejez y envejecimiento. No obstante, el tema del envejecimiento está incorporado en la agenda política a nivel de los *Lineamientos Económicos y sociales del Partido y la Revolución* (2011) y como política pública en el *Acuerdo del Consejo de Ministros* de 2014, que propone crear la nueva política para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento poblacional. Sin embargo, al no tener contrapartida legal, este mandato está a merced de la voluntad política, en un contexto de incertidumbre social y económica como el que atraviesa Cuba hoy.

Tabla 17

## Estado comparado de la normativa en relación con el envejecimiento y los cuidados (Chile, Cuba y Uruguay)

Niveles de la normativa	Chile	Cuba	Uruguay
Instrumentos internacionales	Firma y ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos humanos de las Personas mayores (2015 y 2017 respectivamente).	Adopta Resolución sobre los derechos humanos de las personas mayores (2013), instrumento no vinculante. La Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos humanos de las Personas mayores no ha sido firmada.	Firma y ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos humanos de las Personas mayores (2015 y 2016 respectivamente).
Normativa legal relativa a los cuidados, la vejez y el envejecimiento	Ley que crea el organismo rector en políticas de envejecimiento y vejez (2002). Ley que crea Sistema Intersectorial de Protección Social (2009), al interior de la cual se implementa el piloto del subsistema de cuidados (2016).	No existe legislación específica que reconozca los cuidados como un derecho. Lineamientos Económicos y Sociales del Partido y la Revolución (2011) que establecen la necesidad de plantear estrategias para enfrentar el envejecimiento. <i>Acuerdo</i> del Consejo de Ministros para crear la nueva política para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento poblacional (2014).	Ley que crea el organismo rector en políticas de envejecimiento y vejez, Inmayores (2009). Ley que reconoce al cuidado como un derecho y crea el Sistema Nacional de Cuidados (2015). Ley que asigna al Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) la competencia de regulación y contralor referente a la materia social de los establecimientos que brindan cuidados a personas mayores (2015).
Normativa legal y reglamentaria en materias que afectan la vejez y el envejecimiento	Ley Sistema de Protección Social Chile Solidario (2004). Ley Régimen Garantías en Salud (2004). Ley Reforma Previsional (2008). Ley violencia intrafamiliar — maltrato personas mayores — (2010). Ley Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad (2010). Ley Subsistema de Protección y promoción social: Seguridades y oportunidades (2012).	Código de Familia (1976). Ley de Salud Pública (1983). Código Penal (1987). <i>Acuerdo</i> del Consejo de Ministros que asigna al Ministerio de Salud la organización de servicios de salud destinados a personas mayores (1994). Ley de Seguridad Social (2008). Reglamento Hogares de Ancianos (2011).	Ley Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (1998). Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, SNIC (2007). Plan de equidad, subsidio a la vejez para personas en situación de indigencia o extrema pobreza (2007). Prima por edad para jubilados/as de bajos ingresos (2007). Flexibilización del régimen de acceso a beneficios jubilatorios y reconocimiento de cómputo ficto para las madres (2008). Ley de creación del Sistema Nacional de cuidados (2015). Ley de Ratificación de la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2016). Aprobación de varios decretos que especifican aspectos de funcionamiento del sistema nacional de cuidados — conceptos técnicos, estructura y servicios, entre otros — (2016).

**Fuente:** Elaboración propia.

\* Primer país de la región en realizar el depósito del instrumento de ratificación en la OEA, con lo cual presidirá el Mecanismo de Seguimiento.

En cuanto al resto de la normativa nacional que regula otros ámbitos, directa o indirectamente, relacionados con el cuidado, la vejez y el envejecimiento, es posible observar que, tanto en Uruguay como en Chile, se han adaptado algunas legislaciones o se han creado nuevos dispositivos legales (decretos y leyes, entre otros). En el caso de Chile, estos cambios tienen que ver con un conjunto de reformas a varios sistemas que afectan a las personas mayores, como la salud, las pensiones, el maltrato y la discapacidad, entre otros. En el caso uruguayo, están en sintonía con la creación del SNIC y la necesidad de normar aspectos de su funcionamiento. Mientras en Cuba, la normativa es más antigua y poco actualizada a las necesidades del envejecimiento poblacional, es el caso del código penal, el código de la familia o la ley de salud pública, para citar algunos ejemplos. En seguridad social existen transformaciones y actualizaciones más recientes, con una nueva ley aprobada el año 2008. Por último, los servicios de cuidado de larga duración, como los hogares de ancianos, se beneficiaron de un nuevo reglamento en 2011.

## **B. Pertinencia y coherencia de las políticas públicas sobre envejecimiento y cuidados**

### *1) Dimensión estructura y contenidos de las políticas*

Al analizar comparativamente la estructura y contenidos de las políticas de envejecimiento y vejez de Chile, Cuba y el Uruguay encontramos avances y enfoques diferenciados, que se expresan en distintos niveles de logro y articulación (ver tabla 18). En relación con la existencia de políticas o planes nacionales, para la política uruguaya el envejecimiento es una dimensión concreta y específica de articulación entre un grupo de población y la demanda vinculada a cuidados. Dicha articulación se expresa en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), donde las demandas y necesidades de la población mayor se plantean y canalizan en el contexto del resto de los problemas y requerimiento del resto de los actores que demandan y ofrecen cuidados. Adicionalmente, se actualizó su Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez formulado para el período 2016-2019. En Chile, se ha avanzado en la definición de una política integral de envejecimiento positivo hasta el 2025, pero no existe una articulación adecuada con las formulaciones políticas en torno a la creación de un subsistema nacional de cuidados. En el caso cubano, la política ha sido expresada recientemente (2014) en el contexto de un Acuerdo del Consejo de Ministros, mientras que los planes y programas se encuentran desfasados respecto de la política.

En cuanto al enfoque de la política y sus principios orientadores, el enfoque de derechos ha ido ganando terreno, así como el concepto de cuidados socio-sanitarios, los que están incorporados explícitamente en los documentos programáticos de Chile y del Uruguay. En Cuba, si bien existe una visión positiva del envejecimiento al igual que en Chile, el enfoque es predominantemente salubrista y médico, aunque integral y comunitario. Mientras que en el Uruguay la política es de corte universal, en Chile la introducción de principios solidarios es gradual. Por su parte, las perspectivas de género y generacional y la solidaridad en el financiamiento son explicitadas solo en la formulación de la política uruguaya.

**Tabla 18**

**Estructura de la política de envejecimiento y cuidados en Chile, Cuba y Uruguay**

	<b>Chile</b>	<b>Cuba</b>	<b>Uruguay</b>
Existencia de políticas o planes nacionales	Política integral de Envejecimiento positivo en Chile, 2012-2025 (2012). Política de salud para adultos mayores (1998).	Acuerdo del Consejo de Ministros que constituye la política de envejecimiento (2014). Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor (1996). Plan Nacional de Atención al Anciano (1982).	Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC): política en que el envejecimiento es una dimensión concreta y específica de articulación entre un grupo de población y la demanda vinculada a cuidados. Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019 (2016).
Enfoque de la política y principios orientadores.	Derechos Cuidados socio-sanitarios. Visión positiva del envejecimiento. Gradualidad en la introducción de principios solidarios.	Médico, integral y comunitario. Visión positiva del envejecimiento. Enfoque de ciclo vital.	Universalidad y enfoque de derechos. Cuidados socio-sanitarios. Progresividad en la implementación y acceso a los servicios y prestaciones. Equidad, continuidad, oportunidad, calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios. Perspectivas de género y generacional; solidaridad en el financiamiento.
Nivel de compromiso político	Los cuidados en la vejez han sido incorporados como una dimensión de la agenda del gobierno, pero no de forma prioritaria.	El envejecimiento ha sido incorporado en los Lineamientos que orientan la actualización del modelo (2011), pero los cuidados no están en la agenda política.	Los cuidados en la vejez han sido incorporados como una dimensión prioritaria en la agenda del gobierno desde el año 2010.

Tabla 18 (continuación)

	<b>Chile</b>	<b>Cuba</b>	<b>Uruguay</b>
Participación de interesados/as	Incipiente pero significativa organizatividad de la sociedad civil y de las personas mayores en la Red Mayor.	Poca incidencia y participación de las organizaciones sociales en la definición de los lineamientos. Creciente participación de instituciones religiosas y fundaciones vinculadas a la Iglesia católica.	Gran incidencia de las organizaciones sociales en la concreción del SNIC: movimiento de mujeres, academia feminista, organizaciones sociales. Creación de la Red Pro Cuidados, que nuclea a diversas organizaciones sociales que impulsan y monitorean la implementación del sistema de cuidados.
Presión de grupos políticos	Escasa visibilidad de mecanismos de presión de grupos políticos.	No existen grupos políticos fuera del Partido Comunista que encabeza el gobierno (régimen de partido único)	Círculo virtuoso entre academia y organizaciones sociales que impacta en los lineamientos programáticos de los partidos políticos para las elecciones del 2004.

**Fuente:** Elaboración propia.

En relación con el nivel de compromiso político, la prioridad asignada al tema del envejecimiento y los cuidados en la agenda pública es distinta en los tres países. El Uruguay ostenta el nivel de compromiso más alto, por cuanto los cuidados en la vejez han sido incorporados como una dimensión prioritaria en la agenda del gobierno desde el año 2010. Mientras que en Cuba y en Chile constituyen una dimensión de la agenda del gobierno, pero no de forma prioritaria; existen entre estos dos países, pues en Cuba, los lineamientos que orientan la actualización del modelo (2011) hacen referencia al tema del envejecimiento, no así al de los cuidados y, en Chile, se abordaron ambas materias de forma articulada en el programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet (2014-2018) y de forma menos clara en el programa del presidente Sebastián Piñera (2018-2022).

El grado y nivel de participación de los agentes y actores sociales difiere también entre los países, lo que guarda estrecha relación con el nivel de avance de la política en la materia y el enfoque de derechos. De mayor a menor nivel de participación aparece primero el Uruguay, donde las organizaciones sociales tienen gran incidencia en el diseño y concreción de la política. Los actores más relevantes han sido el movimiento de mujeres, la academia feminista y las organizaciones sociales. El trabajo realizado ha permitido concretar una red denominada Pro Cuidados, que nuclea a diversas organizaciones sociales que impulsan y monitorean la implementación del sistema de cuidados. Le sigue Chile, con un nivel incipiente de organizatividad e influencia de la sociedad civil y de las personas mayores;

se creó la Red Mayor, que les permita actuar mancomunadamente para ejercer mayor presión e influencia sobre los temas que conciernen a las personas mayores en la agenda política y de gobierno. Cuba se encuentra rezagada en este aspecto, pues hay poca incidencia y participación de las organizaciones sociales en el diseño y puesta en marcha de la política. No obstante, se observa una creciente participación de instituciones religiosas y fundaciones vinculadas a la Iglesia católica en la gestión de programas y atención de necesidades de las personas mayores, pero no cuentan con capacidad de interlocución o incidencia política debido a la naturaleza del régimen de gobierno imperante en la isla.

Como resultado de la presión de grupos políticos y sociales, en el caso uruguayo se produjo un círculo virtuoso entre academia y las organizaciones sociales que impacta positivamente en los lineamientos programáticos de los partidos políticos para las elecciones del 2004. En los casos de Chile y Cuba, existe una escasa visibilidad de mecanismos de presión de grupos políticos para incorporar el tema en la agenda programática de los partidos, lo que se acentuó en Cuba por el régimen de partido único que impide la participación o existencia de otros grupos políticos.

## *2) Dimensión institucionalidad de la política de envejecimiento y cuidados*

Los tres países estudiados cuentan con una institucionalidad encargada de la política de envejecimiento, pero difieren en relación con la importancia y dependencia institucional. En Chile y Uruguay se creó la institucionalidad para emprender la tarea de un cambio cultural y paradigmático respecto de las personas mayores y la forma de interpretar sus necesidades y derechos. Uruguay ha creado una Secretaría Nacional de Cuidados, al interior de la cual ha dispuesto un área de dependencia. En paralelo, cuenta con un Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores). En Chile, la institucionalidad tiene rango de servicio que, si bien tiene carácter nacional, no cuenta con direcciones regionales y el tamaño de la institución es reducido para la tarea que se le está encomendando (ver tabla 19).

En ambos casos, la dependencia institucional está subordinada al Ministerio de Desarrollo Social, lo que es coherente con el enfoque socio-sanitario del envejecimiento y los cuidados. En Cuba, en cambio, la institucionalidad es más débil, dado que quien lidera la política de envejecimiento tiene rango de departamento y está anclada en el Ministerio de Salud, con una orientación salubrista del tema.

Las atribuciones de las instituciones encargadas de los asuntos de las personas mayores son similares en países como Chile y Uruguay. En ambos casos, asumen el

proceso de planificación, diseño, ejecución, evaluación y supervisión de las políticas nacionales, planes y programas relativos a la población mayor. Difieren respecto de la fiscalización, que solo está presente en el caso uruguayo, y también en la distribución de funciones en relación con los cuidados. En el caso uruguayo, los programas de cuidados son ejecutados desde la Secretaría Nacional de Cuidados, mientras que, en Chile, son ofrecidos tanto por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) como por otros ministerios o servicios. Es importante señalar además que la institucionalidad central a cargo de implementar las políticas de envejecimiento reduce sus atribuciones a nivel territorial, por cuanto allí solo cuenta con competencias de coordinación, sin tener injerencia en aspectos trascendentales que influyen en la gestión, como el funcionamiento de los sistemas de pensiones y de salud.

**Tabla 19**  
Institucionalidad de la política de envejecimiento y cuidados en Chile,  
Cuba y el Uruguay

	<b>Chile</b>	<b>Cuba</b>	<b>Uruguay</b>
Entidad encargada del tema y rango	Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), tiene carácter nacional, pero sin direcciones regionales.  Subsistema Nacional de Cuidados (de carácter piloto).	Departamento Nacional de Atención al Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental.	Secretaría Nacional de Cuidados (Área de Dependencia) e Instituto Inmayores.
Año de creación de la institucionalidad	Senama (2002)  Subsistema Nacional de Cuidados —de carácter piloto— 2016.	1996	Inmayores (2009).  Secretaría Nacional de Cuidados (2015).
Dependencia de la institucionalidad	Ministerio de Desarrollo Social	Ministerio de Salud	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
Atribuciones y alcance del organismo rector	Planificación, diseño, ejecución, evaluación y supervisión de las políticas nacionales, planes y programas relativos a la población mayor.  No cuenta con atribuciones de fiscalización.  A nivel territorial solo cuenta con atribuciones de coordinación.	Ejecutar, monitorear y evaluar la política.  Administrar el programa nacional de Atención Integral al Adulto Mayor.  Alcance nacional y opera en todos los niveles de atención (local, municipal, provincial y nacional).	Inmayores es el encargado de la planificación, diseño, ejecución y evaluación de las políticas nacionales relativas a la población mayor.  La Secretaría Nacional de Cuidados asume la coordinación de las acciones, planes y programas intersectoriales, para garantizar el pleno ejercicio del derecho al cuidado.  Inmayores se encarga de la fiscalización en materia social de los establecimientos de larga estadía, pero no ejecuta programas de cuidados.  Alcance nacional.

Tabla 19 (continuación)

	Chile	Cuba	Uruguay
Recursos económicos	<p>Servicio con patrimonio propio, administrado de manera independiente.</p> <p>Presupuesto se presenta anualmente al congreso para aprobación.</p> <p>Aumento del presupuesto en un 65,4% desde el 2003. (sin considerar gastos e inversiones de otros ministerios y servicios públicos en materia de personas mayores).</p> <p>A pesar del incremento, el presupuesto es insuficiente frente a la demanda creciente. En términos comparativos, posee menos recursos que otros servicios dependientes del mismo ministerio con población que requiere protección.</p>	<p>Presupuesto de origen estatal, sin información específica del monto correspondiente al programa.</p> <p>Adicionalmente el Régimen de Seguridad social concede prestaciones monetarias, en servicio y en especie.</p> <p>Gasto social con tendencia a la baja, problemas de sustentabilidad financiera de las pensiones de seguridad social.</p> <p>Recortes en asistencia social (adultos mayores y atención a domicilio).</p>	<p>Presupuesto de origen estatal, establecido para un período quinquenal (2015-2019).</p> <p>El presupuesto en cuidados se envía por el Poder Ejecutivo al Parlamento y los incrementos serán dados a través de las correspondientes rendiciones de cuentas.</p> <p>Para las personas mayores y las personas con discapacidad se destinan entre el 15% y el 22% de los fondos presupuestales previstos para cuidados. Más del 50% de los recursos para cuidados se destinan a la primera infancia.</p>

**Fuente:** Elaboración propia.

Por último, los recursos económicos destinados para el funcionamiento de la institucionalidad y la puesta en marcha de las políticas son claramente insuficientes en todos los casos, sobre todo si se tiene en cuenta la complejidad del tema y el progresivo aumento de la población mayor. No obstante, tanto en Chile como en el Uruguay se ha producido incrementos anuales de los recursos destinados a la atención y cuidados de este grupo etario, pero en ambos casos son proporcionalmente menores a los destinados a la infancia. Los institutos encargados cuentan con menos recursos que otros servicios y grupos dependientes del mismo Ministerio de Desarrollo Social. Para Cubano, no existe información disponible del monto correspondiente al programa, sin embargo, se sabe que se han producido significativos recortes en la asistencia social a personas mayores y en la atención a domicilio, avalados por la caída, entre 2007 y 2015, de 8 puntos porcentuales en el gasto social (Mesa-Lago, 2017).

### C. Oferta programática de cuidados y atención a las personas mayores

El denominador común a los tres países es que la familia es el principal proveedor de cuidados a las personas mayores, por lo que la oferta institucional se organiza

de diversas formas, metodologías y disposición de recursos humanos. Según el tipo de oferta de atención y cuidados, en Cuba y el Uruguay existe un fuerte componente estatal, pero con distintos roles en ambos casos. En Uruguay participan tanto actores públicos y privados (administración de salud del Estado, intendencias y ONG, entre otros) que configuran una oferta mixta, mientras que el Estado cubano tiene un rol protagónico con una baja, pero creciente, participación del mercado y las instituciones no gubernamentales (ver tabla 20). El caso chileno presenta un tipo de oferta mixta, donde el Estado juega un rol subsidiario, entregando financiamiento a fundaciones u otras instituciones privadas para que administren y ejecuten los programas. Sin embargo, es necesario relevar la creciente participación del Estado en el financiamiento de la pensión básica solidaria (PBS), el aporte previsional solidario (APS) y el bono de maternidad por hijo (los dos primeros programas cubren el 60% de la población meta). El papel del Estado desde el inicio de la Concertación y, especialmente, durante los tres gobiernos con presidentes socialistas, ha crecido notablemente, por lo que hoy el grado de subsidiaridad estatal es menor que el que hubo durante la dictadura militar. Las 56 recomendaciones de la Comisión Presidencial Asesora de Pensiones (2015) refuerzan aún más el papel del Estado en la solidaridad y la equidad de género, por ejemplo, universalizando y aumentando la pensión básica solidaria, reconociendo a los efectos de la jubilación el tiempo empleado por los cuidadores de ancianos, enfermos y discapacitados, la gran mayoría mujeres, entre otras medidas (Mesa-Lago y Bertranou, 2016).

En los tres países existe una oferta de programas y servicios variados, entre ellos programas de participación, prevención y de cuidados diarios o de larga duración, seguidos de los que se ocupan de temas como la pobreza y la salud. Descendiendo en importancia están los programas que velan por la vivienda, la educación y el maltrato y recientemente se han incluido programas de teleasistencia domiciliaria y de formación de cuidadores. Las diferencias estriban en los niveles de cobertura y en las coordinaciones interinstitucionales que facilitan —o no— la articulación entre los servicios y programas que provienen de distintos ministerios. La oferta chilena presenta problemas de comunicación y coordinación con el nivel regional y local, mientras que en Cuba no existe información respecto de la calidad de la coordinación y gestión a pesar de que la oferta es centralizada. El modelo uruguayo cuenta con estrategias de articulación y coordinación interinstitucionales, asumiéndose desde el Ministerio de Desarrollo Social la coordinación de las acciones, planes y programas intersectoriales.

Tabla 20

## Características de la oferta programática de cuidados y atención a las personas mayores en Chile, Cuba y el Uruguay

	Chile	Cuba	Uruguay
Tipo y carácter de la oferta	Mixta con mediana presencia estatal. Alta participación de fundaciones e instituciones privadas que reciben subvención del Estado para brindar servicios de cuidado.	Predominantemente estatal. Incipiente participación de ONG religiosas y un incipiente mercado de trabajadores y cuidadoras con licencia por cuenta propia.	Mixta con fuerte presencia estatal. El mercado es el mayor proveedor de cuidados en establecimientos de larga estadía y cuidados domiciliarios. Participación de distintos actores públicos y privado (administración de salud del Estado, intendencias y ONG).
Programas y servicios de cuidados disponibles para las personas mayores	Programas de participación y programas de cuidados (muy baja cobertura a nivel nacional). <b>Cuidados</b> Programa de Centros de Día Cuidados domiciliarios Establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM). Programa Fondo Subsidio ELEAM <b>Participación y cuidados</b> Conjunto de viviendas tuteladas Fondo Nacional del Adulto Mayor <b>Participación</b> Turismo social, vínculos, asesores senior, formación, buen trato y envejecimiento activo.	Conformada por tres subprogramas: de Atención Comunitaria, de Atención Institucional y de Atención Hospitalaria. Atención Comunitaria: círculos de abuelos, grupos de orientación y recreación, centros diurnos de rehabilitación, casas de abuelos, Programa de Atención al Anciano Solo, servicios de respiro a cuidadores, asistentes sociales domiciliarias, escuelas para cuidadores, teleasistencia, comedores comunitarios. Atención Institucional: centros de larga estadía (hogares de ancianos). Atención Hospitalaria: servicios de geriatría, acciones de promoción, prevención, y terapéutica integral, incluida la rehabilitación en los niveles secundario y terciario.	Apoyo económico al funcionamiento de los hogares de larga estadía sin fines de lucro. Centros diurnos gratuitos. Centro geriátrico hospitalario (unidad de larga estadía y de media estancia y un servicio de reinserción comunitaria). Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (SAIC) de base hospitalaria. Programa Soluciones Habitacionales que cuenta con componente Cupo Cama que deriva a hogares permanentes. Programa de Asistentes Personales. Teleasistencia Domiciliaria. Formación de cuidadores. Cuidados paliativos.

Tabla 20 (continuación)

	Chile	Cuba	Uruguay
Coordinación interinstitucional	<p>Atribuciones de coordinación limitadas, dado el rango de servicio de la entidad rectora.</p> <p>Falta articulación entre los distintos servicios y programas que provienen de distintos ministerios.</p> <p>Problemas de comunicación y coordinación con el nivel regional y local.</p>	<p>Altamente centralizada y sin información de la modalidad y calidad de la coordinación y gestión.</p>	<p>Cuenta con estrategias de articulación y coordinación interinstitucionales.</p> <p>Instituto que funciona en el Ministerio de Desarrollo Social que cuenta con un Sistema Nacional de Cuidados.</p> <p>MIDES asume la coordinación de las acciones, planes y programas intersectoriales, para garantizar el pleno ejercicio del derecho al cuidado.</p>
Recursos humanos	<p>Déficit de especialistas en geriatría (un geriatra por cada 34 mil adultos mayores, los estándares internacionales recomiendan uno por cada 5 mil adultos mayores).</p> <p>Debilidad en desarrollo de capacidades técnicas para el trabajo con personas mayores.</p>	<p>Nivel insuficiente de médicos geriatras.</p> <p>Merma general en el personal técnico y profesional de la salud y de deterioro de las instalaciones y los servicios</p>	<p>Déficit formación y regulación de cuidadores de personas mayores.</p>
Metodología	<p>Tránsito de un paradigma centrado en el envejecimiento como un problema de salud a otro donde se le valora como una oportunidad.</p> <p>Abordaje integral con un enfoque de derechos que propicia la autonomía y autovalencia.</p> <p>Generación de información sobre personas mayores, aunque aún es insuficiente.</p> <p>Incipiente participación de la sociedad civil mediante organizaciones de mayores.</p>	<p>Atención integral centrada en la comunidad.</p> <p>Prevalece una mirada sectorialista, centrada en la medicalización del abordaje de la vejez y los cuidados.</p> <p>Enfoque gerontológico-comunitario y social, presente solo en forma puntual en algunos programas de la oferta de la sociedad civil.</p> <p>Déficit de información sobre programas para personas mayores.</p> <p>Baja participación de la sociedad civil organizada.</p>	<p>Tránsito de un paradigma centrado en la seguridad social y la salud, que solo reconocía necesidades, hacia un paradigma centrado en los derechos y en sujetos integrales (tensiones en la ejecución).</p> <p>Generación de información sobre las personas mayores</p> <p>Participación de las personas mayores en la política pública.</p>

**Fuente:** Elaboración propia.

La disponibilidad de recursos humanos es deficitaria en los tres países, ya que la cantidad de especialistas en geriatría por persona mayor está por debajo de los estándares internacionales. Es preocupante que en Cuba se esté produciendo

una merma general del personal técnico y profesional de la salud. En Chile y el Uruguay, se reportan debilidades en el desarrollo de capacidades técnicas para el trabajo con personas mayores, así como en los mecanismos de regulación de los cuidadores de personas mayores.

En cuanto a la metodología de trabajo se observa, tanto en Chile y en el Uruguay, el tránsito de un paradigma centrado en la seguridad social y la salud —que tiene una mirada sobre la vejez como déficit— hacia un paradigma centrado en los derechos y en sujetos integrales, promoviendo la autonomía. Sin embargo, en ambos casos se experimentan tensiones en la ejecución e incorporación efectiva de dicho cambio paradigmático en las prácticas cotidianas de gestores e interventores. En Cuba, a pesar de que se declara trabajar con una mirada integral centrada en la comunidad, existe un enfoque sectorialista y salubrista.

Aunque en los tres países, ha aumentado y mejorado la generación de información sobre personas mayores, su desarrollo y nivel de detalle aún es insuficiente, particularmente en el caso cubano. Las presiones ejercidas por la sociedad civil han permitido avanzar en este sentido, tanto el Uruguay y Chile muestran niveles más avanzados de participación e involucramiento de la sociedad civil mediante organizaciones de personas mayores, aunque en Chile se requiere trabajar más al respecto, mientras que en Cuba es claramente deficitaria la participación de organizaciones de personas mayores.



## Consideraciones finales y recomendaciones

En este apartado se destacan aquellos hallazgos de mayor relevancia en relación con el análisis de las políticas sociales de cuidado en la vejez y el envejecimiento en los tres países estudiados (Chile, Cuba y el Uruguay), así como las lecciones y recomendaciones de política que emanan del estudio comparativo. Teniendo en cuenta que los tres países son los más envejecidos de la región y que cada uno tiene regímenes de bienestar diferentes y, por lo tanto, desarrollos disímiles en las políticas y programas sociales en torno a la vejez y el envejecimiento, las lecciones y aprendizajes de los procesos que han emprendido para incorporar el tema en la agenda política y social son de enorme relevancia e interés para el resto de los países de la región.

Es necesario señalar que la aproximación comparada se hizo en un tiempo de investigación acotado, sin embargo, generó y potenció alianzas con las diferentes instituciones que trabajan en la materia, lo que es clave para poder continuar problematizando y generando incidencia en la agenda pública y en el diseño de las políticas sociales sobre los cuidados en la vejez y el envejecimiento en América Latina. Dada la relevancia de la temática en la región y la ausencia de estudios comparados en políticas y programas sociales en esta materia, se sugiere profundizar la investigación y compararla con el contexto europeo, considerando diversos marcos que puedan aportar a la problematización y formulación de sugerencias de política.

Como ha demostrado este estudio, los tres países presentan diferencias en los regímenes de bienestar, que se expresan en la orientación normativa y en el diseño de la política, el tipo de institucionalidad y la oferta de programas que poseen. A pesar de que en los tres casos el cuidado se sustenta en un sustrato familista, dado que la carga de cuidados recae en las familias y, sobre todo, en las mujeres, presentan matices en materia de estrategias de mercantilización y familiarización de las políticas de cuidados en la vejez, lo que responde a la evolución y contexto de los diversos regímenes de bienestar.

Estos matices estratégicos se traducen en enormes costos para las personas mayores y sus familias y, por lo tanto, demandan una urgente respuesta por parte de los Estados, en colaboración con los actores sociales y, sobre todo, con las personas mayores. Se requieren de un enfoque integrado de políticas que transversalice una perspectiva democrática de los cuidados, a partir de la corresponsabilidad social, que es clave para reorganizar los sistemas de protección social de cara a los desafíos que impone el acelerado envejecimiento poblacional. El cambio requerido es de envergadura, es necesario un cambio cultural; ninguna medida de política pública

será, por sí sola, suficiente, por lo que se requiere maximizar el esfuerzo conciliatorio y de corresponsabilidad de las políticas actuales y aquellas por diseñar y apoyar. En este sentido, se debe reconocer y visibilizar el trabajo de cuidados no remunerado realizado por las mujeres, valorando su contribución social y económica. Para ello es imprescindible transformar la concepción del cuidado —entendida como una responsabilidad privada de los hogares y las mujeres— y transitar hacia una redistribución de las responsabilidades entre las familias, el mercado y el Estado.

Algunos de los principales hallazgos encontrados durante la investigación demuestran esta necesidad y permiten ir identificando áreas y estrategias de trabajo para mejorar las políticas sociales encaminadas a garantizar un cuidado digno durante la vejez.

1. La creciente —pero aún no suficiente— visibilidad del tema en la agenda pública y de gobierno: existen diversidad de situaciones en relación a cómo y con qué intensidad se ha ido consiguiendo posicionar el tema de los cuidados en la vejez y el envejecimiento en la agenda pública de estos países. El espectro de situaciones se mueve desde una incorporación sistemática, propositiva y orgánica, visiblemente imbricada con la problemática de los cuidados e incorporando un enfoque de derechos, hasta otra más centrada en la vejez y el envejecimiento como un problema, un déficit y una responsabilidad central de las familias. Con todo, y pese a los esfuerzos por su mayor visibilización, el tema aún no ocupa el lugar prioritario que la urgencia de su diagnóstico y abordaje requieren, lo que da cuenta del débil y diverso compromiso político que el tema suscita.
2. La (in)adaptación de los marcos legales nacionales a las exigencias de la normativa internacional: a pesar del avance constatado en la incorporación y ajuste de los instrumentos jurídicos nacionales a los compromisos derivados de la firma y ratificación de los instrumentos internacionales en favor de la promoción y respeto de los derechos de las personas mayores, todavía queda un largo camino de ajuste. Son inexistentes o incipientes los marcos legales que protegen el derecho al cuidado y falta sintonía con el resto de la normativa relacionada con el sistema de salud, las pensiones, el maltrato y la discapacidad, entre otros temas. Asegurar esta contrapartida legal permite que los derechos consagrados no queden a merced de la voluntad política y puedan ser exigibles mediante mecanismos de demanda o reclamo.
3. El escaso desarrollo e incidencia de la investigación social en relación con los procesos de envejecimiento y los cuidados en la vejez: la vejez y el envejecimiento siguen siendo abordados desde un enfoque biomédico y

perspectivas vinculadas a la salud. No obstante, de forma incipiente, la investigación social en la región ha comenzado a incorporar los aportes de otras disciplinas como la psicología, antropología, gerontología social o sociología. Además del análisis descriptivo de los indicadores sociodemográficos, se ha incorporado el análisis de la institucionalidad y de las políticas públicas en la materia. Tanto los estudios sobre el envejecimiento en los distintos países de la región como el levantamiento de información específica sobre las personas mayores han ido en aumento, creando instrumentos específicos como las Encuestas Nacionales de dependencia, de Calidad de Vida del Adulto Mayor y de Uso del Tiempo, entre otras. Sin embargo, la cantidad, variedad temática y alcance de las investigaciones todavía es limitado, por cuanto la disponibilidad de datos e información es insuficiente para hacer estudios nacionales y comparados. Esta carencia incide negativamente en el diagnóstico y reconocimiento de los múltiples procesos y factores que afectan el envejecimiento como asunto de política pública.

4. La preocupación por incorporar la participación de las personas mayores en el diseño e implementación de las políticas: a nivel discursivo está presente la preocupación por incorporar la voz de las personas mayores en la formulación de las políticas como un rasgo común a todos los casos. Sin embargo, su concreción a nivel práctico varía mucho de país en país. En sentido general, puede afirmarse que este componente esencial de la formulación de cualquier política aún es bajo, pero allí donde se han mostrado mayores niveles de participación e involucramiento de las personas mayores, como en el caso uruguayo, los resultados son mejores. Vale decir que los niveles de participación están íntimamente relacionados con la cantidad y calidad del tejido organizativo y asociativo presente en cada sociedad y no solo aquel que agrupa a las personas mayores. Otros actores sociales, tales como el movimiento de mujeres y la academia han sido centrales para la generación de alianzas que han presionado por la incorporación del tema en la agenda y por el impulso de medidas en favor de las personas mayores y sus cuidadores/as, tal y como se ha dado en el caso uruguayo.
5. La (in)existencia de un órgano que actúa como interlocutor en el diálogo político y genera alianzas institucionales para transversalizar la agenda de los cuidados en la vejez: en este aspecto —clave para transversalizar la temática y generar los mecanismos para su monitoreo y seguimiento— se ha avanzado en la creación y puesta en marcha de una entidad encargada de las personas mayores, pero no así de un sistema de cuidados cuya institucionalidad es débil, dispersa o, en algunos casos, inexistente.

6. La presencia de debilidades estructurales y de gestión de la institucionalidad pública encargada de desarrollar las políticas de cuidado en la vejez: el modelo uruguayo, que ha avanzado en la creación de un sistema nacional de cuidados, puede resultar un referente institucional a considerar, en tanto integra las necesidades de los distintos actores involucrados en la relación social de cuidado, con un enfoque de derechos y de corresponsabilidad. Sin embargo, su reciente creación todavía no permite evaluar con claridad su impacto en la coordinación y articulación de políticas. En el resto de los países, el tamaño y atribuciones de la estructura institucional es reducido e insuficiente frente al crecimiento de la población de personas mayores y la complejidad de requerimientos a atender en todos los niveles. Los componentes y actores del sistema funcionan fragmentada y descoordinadamente, con escasa incidencia a nivel regional y comunitario, lo que es ineficiente y dificulta la articulación de políticas integrales de atención a los cuidados en la vejez y el envejecimiento. Son frecuentes modelos de gestión donde predomina el asistencialismo, con intervenciones parceladas y rígidas dirigidas fundamentalmente a los indicadores de cobertura y entrega de servicios, a lo que se suma un desaprovechamiento de las capacidades físicas y humanas instaladas en la comunidad y los territorios.
7. La transición desde un enfoque salubrista hacia un enfoque de derechos y de cuidados socio-sanitarios: el enfoque de derechos ha ido ganando terreno, así como el concepto de cuidados socio-sanitarios, que están incorporados explícitamente en la normativa y en los documentos programáticos, con distintos matices y niveles según sea el país. Las perspectivas de género y generacional no se encuentran muy desarrolladas e integradas en las normativas, políticas y programas.
8. Una oferta programática insuficiente en términos de cobertura y recursos materiales y humanos: la familia continúa siendo el principal proveedor de cuidados a las personas mayores. Si bien la oferta institucional se ha incrementado en algunos países y se han diversificado los proveedores con la participación de distintos actores —públicos y privados— en la provisión de servicios de cuidados, continúa siendo insuficiente frente al crecimiento de la demanda y la complejización de las necesidades de las personas mayores. Han aumentado las modalidades y objetivos de programas y servicios, incluyendo programas de participación, prevención y cuidados diarios o de larga estadía, seguidos de los que se ocupan de temas como la pobreza y la salud, la vivienda, la educación y el maltrato. De manera más reciente se han agregado los programas de teleasistencia

domiciliaria y la formación de cuidadores. Sin embargo, los niveles de cobertura de estos programas son insuficientes y están desigualmente distribuidos. Por su parte, las coordinaciones interinstitucionales son débiles y no siempre facilitan la articulación entre los distintos servicios y programas que provienen de distintos ministerios. Los recursos económicos destinados para el funcionamiento de la institucionalidad y la puesta en marcha de las políticas son claramente insuficientes, teniendo en cuenta la complejidad y el progresivo aumento de la población mayor. A la escasez de los recursos humanos se le suman las debilidades en el desarrollo de capacidades técnicas para el trabajo con personas mayores, así como en los mecanismos de regulación de los cuidadores y los mecanismos de evaluación sobre la calidad de la oferta.

## Los principales desafíos y recomendaciones de política

Al formular las recomendaciones es importante considerar que se trata de directrices generales, cada una de las cuales al ser incorporadas en las políticas de cada país deben ser diseñadas de acuerdo con las particularidades del contexto nacional. Para su puesta en marcha, se sugiere combinar estrategias acotadas y con otras de amplio alcance: promover medidas dirigidas a los grupos más vulnerables dentro de las personas mayores junto con otras que promuevan políticas universales en materia de cuidados, de amplia cobertura y sustentadas en amplios pactos sociales y políticos, que permitan ir renovando los marcos legales y asentando jurídicamente el derecho al cuidado en el marco de una vejez digna.

Siguiendo esta pauta general, se proponen las siguientes directrices de política.

1. Actualización y adaptación de los marcos legales nacionales a las exigencias de la normativa internacional:
  - Impulsar procesos de firma y ratificación de los convenios internacionales relacionados con los derechos de las personas mayores.
  - Revisar la legislación nacional y adecuar el marco legal de acuerdo con los convenios y recomendaciones relacionadas.
  - Desarrollar los respectivos reglamentos de las nuevas leyes que organicen y coordinen la puesta en marcha de las leyes creadas y las consiguientes medidas para su cumplimiento.

- Procurar que las normas contemplen las especificidades de las personas mayores por su condición de edad, género, dependencia de apoyos formales, funcionalidad, dependencia económica o por razones de salud, entre otras.
  - Desarrollar mecanismos de información y sensibilización con las nuevas leyes, facilitando su respeto y la debida reclamación en caso de incumplimiento.
  - Generar mecanismos adecuados de observancia y fiscalización del cumplimiento de la normativa, haciendo más operativa la legislación, simplificando los mecanismos y acelerando los procedimientos de denuncia, investigación y sanción.
2. Estimular y facilitar el desarrollo de la investigación social en relación con los procesos de envejecimiento y los cuidados en la vejez:
- Generar alianzas con investigadores, universidades y centros de investigación.
  - Propiciar la aproximación interdisciplinaria y comparativa junto con la innovación teórica y metodológica en el desarrollo de los estudios.
  - Desarrollar instrumentos de medición permanente de indicadores relacionados con los procesos de envejecimiento y los cuidados en la vejez.
  - Sistematizar y difundir los resultados de las investigaciones a través de medios tradicionales —libros, artículos o ponencias— y de plataformas tecnológicas de más amplio alcance —páginas web, blogs o uso de redes sociales—.
3. Ampliar y profundizar los procesos y mecanismos de participación de las personas mayores en el diseño e implementación de las políticas que les conciernen:
- Fortalecer la creación y desarrollo de organizaciones de personas mayores como responsables de su bienestar y corresponsables del desarrollo y fomento de sus capacidades a partir de la articulación de acciones con los diferentes actores involucrados.
  - Facilitar espacios para una participación efectiva de las personas mayores.
  - Generar alianzas entre las organizaciones de personas mayores con otras organizaciones y movimientos sociales que produzcan sinergias.
4. Desarrollar y fortalecer las políticas sociales que promueven el derecho a ser cuidado en la vejez:
- Considerar en el diseño de las políticas sociales la heterogeneidad de la vejez, las historias de vida, y significaciones del cuidado en relación a esta etapa y el envejecimiento.

- Fortalecer la institucionalidad, dotándola de los recursos humanos y materiales necesarios para hacerla viable.
  - Evaluar la dependencia de la estructura institucional que atiende a las personas mayores.
  - Ampliar las atribuciones y la autonomía de las instituciones encargadas de los asuntos de las personas mayores.
  - Mejorar la coordinación interinstitucional y la articulación con los territorios y comunidades.
  - Avanzar hacia la creación de sistemas nacionales de cuidados, considerando las particularidades del país mediante experiencias piloto que puedan incidir gradualmente e impactar en la política social.
  - Fortalecer los recursos humanos, mejorando la formación y capacitación en materia de envejecimiento y cuidados, que permitan ampliar las capacidades técnicas y avanzar en el abordaje de la temática.
  - Elaborar procedimientos claros y accesibles que puedan orientar el abordaje mediante protocolos y guías específicas interinstitucionales que fortalezcan los programas y procesos.
  - Incorporar más activamente el tema de la prevención, que es central para un abordaje que trascienda lo salubrista y promueva un enfoque de derechos, de ejercicio de la ciudadanía y la autonomía.
  - Incentivar las redes de gestión de cuidados comunitarios y consolidar espacios de lo común, incentivando a organizaciones sociales de persona mayores a trabajar en cuidados en lo local y a vecinos no organizados, para favorecer el empoderamiento de las personas mayores, generando interacción social tanto entre ellos y con comunidad.
5. Ampliar y consolidar la oferta programática de atención y cuidados hacia las personas mayores:
- Estimular la participación de diferentes actores públicos y privados en la provisión de cuidados y atención.
  - Enriquecer los tipos y modalidades de programas que se ofrecen, considerando las distintas necesidades y situaciones, que van desde la prevención, los cuidados diarios y de larga duración, el ocio, la educación y el maltrato, entre otros.
  - Ampliar la cobertura de los programas, reduciendo las desigualdades territoriales y de género.

- Incorporar de manera más activa las nuevas tecnologías en el desarrollo de servicios de atención a las personas mayores (teleasistencia).
- Mejorar la comunicación y coordinación con el nivel regional y local.
- Modificar las metodologías para transitar de un paradigma centrado en la seguridad social y la salud —que entiende la vejez como déficit— hacia un paradigma centrado en los derechos y en sujetos integrales a los que se les estimula en su autonomía.

## Bibliografía

- Acosta, Elaine (2017). “Más viejos y desprotegidos: déficits y desigualdades en el cuidado hacia las personas mayores en Cuba”, *Cuba Posible* [en línea], <<https://cubapossible.com/cuidados-personas-mayores-cuba/>>.
- \_\_\_\_\_(2015). *Cuidados en crisis y mujeres migrantes hacia España y Chile. Dan más de lo que reciben*. Bilbao: Ediciones Universidad de Deusto-Universidad Alberto Hurtado.
- Acosta, Elaine y Florencia Picasso (2017). “Los cuidados en el centro del bienestar: avances y desafíos de la política social en Chile”. Chilecuida, Sistema de Apoyos y Cuidado [en línea], <<http://www.chilecuida.gob.cl/2017/10/los-cuidados-en-el-centro-del-bienestar-avances-y-desafios-de-la-politica-social-en-chile/>>.
- Acosta, Elaine y otros (2007). “Oferta laboral femenina y cuidado infantil”. *Desafíos al desarrollo de Chile: elementos para el diálogo de políticas*. Santiago de Chile: BID.
- Aguirre, Rosario (2012). *Personas ocupadas en el sector cuidados*. Montevideo: Sistema Nacional de Cuidados.
- \_\_\_\_\_(1998). *Sociología y género. Las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha*. Montevideo: Editorial Doble Clic, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Aguirre, Rosario y otros (2014). “Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay”, *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, N° 50, Quito.
- Aguirre, Rosario y Fernanda Ferrari (2014). “La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria”, *Serie Políticas Sociales*, N° 192. Santiago de Chile: CEPAL.
- Altomonte, Guillermina (2017). “‘Ya no hay nanas’: Luxury Nursing Homes and the Institutional Reproduction of Domestic Servitude in Chile”, *Documento de trabajo*, Janey Program Workshop.
- Arés, Patricia y María Elena Benítez (2009). “Familia cubana: nuevos retos y desafíos a la política social”, *IPS-Inter Press Service* [en línea], <[http://sociales.cchs.csic.es/jperez/PDFs/2009Muzio\\_Benitez.pdf](http://sociales.cchs.csic.es/jperez/PDFs/2009Muzio_Benitez.pdf)>.
- Arnold, Marcelo y otros (2011). “En las vísperas de una revolución ignorada: el actual envejecimiento demográfico y sus consecuencias”, *Revista Análisis*.
- Arriagada, Irma (2009). *La crisis del cuidado en Chile*. CEM [en línea], <[www.cem.cl/proyectos/documentos/Arriagada\\_crisis.pdf](http://www.cem.cl/proyectos/documentos/Arriagada_crisis.pdf)>.
- \_\_\_\_\_(2010). *La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Chile*, ONU Mujeres-CEM [en línea], <<http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2011/la-organizacion-social-de-los-cuidados-y-vulneracion-de-derechos-en-chile-es.pdf?la=es&vs=2939>>.
- Arriagada, Irma y Marcela Moreno (2011). “La constitución de las cadenas globales de cuidado y las condiciones laborales de las trabajadoras peruanas en Chile”. *Mujeres inmigrantes en Chile. ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?*. Carolina Stefoni (ed.). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Albizu-Campos, J. C. y Alfonso, A.C. (2000). *La población cubana en la segunda mitad del siglo XX*. Ciudad de la Habana: Centro de Estudios Demográficos (CEDEM).

- Barberia, Lorena y otros (2012). "Cuban Economic and Social Development: Policy Reforms and Challenges in the 21st Century", *Series on Latin American Studies*, Harvard University.
- Banco de Previsión Social (BPS) (2016). *Prestaciones sociales*. Montevideo: Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Alimentación.
- Barros, Carmen y otros (2014). "Nociones sobre la familia y las interrelaciones entre sus miembros de parte de los mayores de 45 años". *Psicoperspectivas*, vol. 13, N° 1.
- Batthyány, Karina y otros (coords.) (2007). "Género y cuidados familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y atención de los adultos mayores en Montevideo?", Informe Final, Proyecto de Investigación I+D, CSIC UdelaR, FCS, Departamento de Sociología, UNFPA, Montevideo.
- Batthyány, Karina y otros (2012). *La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados*. Serie Mujer y Desarrollo N° 117. Santiago de Chile: CEPAL, División de Asuntos de Género.
- \_\_\_\_ (2013). "Una mirada de género a las representaciones sociales del cuidado de las personas mayores", *Revista Latinoamericana de Población*, Año 7, N° 13, Montevideo.
- Benítez, María Elenea (2015). "Envejecer en Cuba: mucho más que un indicador demográfico", *Novedades en Población*, CEDEM, vol. 11, N° 22.
- Berriell, Fernando y otros (2006). "Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez". *Proyecto género y generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya*, Alejandra López (coord.). Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Berriell, Fernando y María Carbajal (2014). "Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo". *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. Montevideo: Inmayores.
- Bobes, Velia Cecilia (2010). "Cuba: justicia social, gobernanza e imaginario ciudadano. Presente y futuro de una compleja relación", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 72, N° 4, octubre-diciembre.
- Briceno, Constanza y otros (2014). "Cuidadores y maltrato en la persona mayor: estrategias para su abordaje". *Maltrato a las personas mayores en Chile. Haciendo visible lo invisible*, María Abusleme y Máximo Caballero (eds.). Santiago de Chile: Senama.
- Cabella, Wanda y otros (2015). "Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos de 1996 y 2011". *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay*, Fascículo N° 6. Montevideo: INE, MIDES, IECON, UNFPA, Programa de Población.
- Calvo, Esteban (2013). "Enfoques sobre el envejecimiento: envejecimiento saludable, activo y positivo", *Prevención y abordaje del maltrato hacia las personas mayores*. Santiago de Chile: PUC.
- Calvo, Esteban y Maureen Berho (2014). *Documents Analysis of aging policy*. Santiago de Chile: IPP-UDP.

- Calvo, Esteban y otros (2013). "Causal effects of retirement timing on subjective physical and emotional health", *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 68, N° 1.
- Campoalegre, Rosa y otros (2015). "Cuba. Políticas públicas familiares y de género en un contexto de cambios (2000-2013). *Políticas familiares y de género en Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Cuba*. 2000-2013, Graciela Di Marco y otras (eds.). Buenos Aires: CLACSO.
- Carrasco, Cristina y otras (eds.) (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- Carrasquer, Pilar (2013). "El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 31, N° 1.
- Carrillo, C. Yoel (2010). "Régimen político y calidad de las leyes en Cuba", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, Nueva Serie, año XLIII, núm. 128, pp. 623-669.
- CASEN (2015). *Adultos mayores. Síntesis de resultados* [en línea], <[http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN\\_2015\\_Resultados\\_adultos\\_mayores.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf)>.
- Castro, Raúl (2009). "Discurso en conmemoración del asalto al Cuartel Moncada", Granma, 27 julio.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). *Panorama social de América Latina 2012*. Santiago de Chile: CEPAL.
- \_\_\_\_ (2015). *Panorama social de América Latina 2014*, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2017). *Observatorio demográfico, 2016. Proyecciones de población*, Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía (CEPAL/CELADE) (2009). *Proyección de población, Observatorio Demográfico N° 7, Año IV*, Santiago de Chile.
- CEPDE-ONEI (2017). *Anuario Demográfico de Cuba 2016*. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas e Información.
- Chaguaceda, Armando (2014). "Cuba: revisitando la justicia social en tiempos de reforma. *Which way Cuba? Political Transformations, Social Deterioration and Attempted Dialogue*, NUPI Report, N° 3, Norwegian Institute of International Affairs, Oslo.
- Comelin, Andrea del Pilar (2014). "¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes?", *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, N° 50.
- Daly, Mary y Jane Lewis (2000). "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, vol. 51, N° 2.
- Del Valle, Alejandro (2009). "Los estudios sobre regímenes de bienestar en América Latina", *Revista A-MÉRICA*, vol. 2, N° 3.
- Del Pozo, M. (2014). "Familia y soportes intergeneracionales en la adultez mayor: riesgos y desafíos". *Maltrato a las personas mayores en Chile. Haciendo visible lo invisible*, María Teresa Abusleme y Máximo Caballero (eds.). Santiago de Chile: Senama.
- Demoscópica (2009). *Informe final. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la Región Metropolitana* [en línea], <<http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/BP06Estudio-Demoscopia-2009.pdf>>.

- Díaz-Briquets, Sergio (2015). "Major problems, few solutions: Cuba's demographic Outlook", *Cuban Studies*, vol. 43, Universidad de Pittsburgh.
- Domínguez, Jorge y otros (2012). *Cuban economic and social development: policy reforms and challenges in the 21st century. Series on Latin American Studies*, N° 29. Cambridge: Universidad de Harvard.
- Espina, Mayra (2014). "Desigualdad social y retos para una nueva institucionalidad democrática en la Cuba actual", *Espacio Laical*, N° Especial.
- \_\_\_\_\_(2010). "La política social cubana para el manejo de la desigualdad", *Cuban Studies*, vol. 41.
- \_\_\_\_\_(2008). "Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social", *Nueva Sociedad*, N° 216.
- Esping-Andersen, Gosta (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Fariñas, Lisandra (2017). "Centro de estudios demográficos de la Universidad de La Habana. Retrato dinámico de la población cubana", *Granma digital*, 10 de noviembre [en línea], <<http://www.granma.cu/cuba/2017-11-10/retrato-dinamico-de-la-poblacion-cubana-10-11-2017-23-11-11>>.
- Fernández, Alberto (s/f). "Informe Nacional de Cuba", presentado a CEPAL por Alberto Ernesto Fernández Seco, Jefe del Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud mental [en línea], <<https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Cuba.pdf>>.
- Fernández Estrada, Julio Antonio y Cuba Posible (2017). "Contexto y perspectivas constitucionales sobre el bienestar social en Cuba", *Cuba Posible*, 02 de julio, [en línea] <https://cubaposible.com/bienestar-social-cuba/>
- Filgueira, Fernando (2001). "Entre pared y espada: ciudadanía social en América Latina", *Henciclopedia* [en línea], <<http://www.henciclopedia.org.uy/autores/Filgueira/prestaciones1.htm>>.
- \_\_\_\_\_(1998). "El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada", *Ciudadanía y política social. Centroamérica en reestructuración*, Bryan Roberts (ed.). Flacso.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso-Chile) (2015). *Políticas públicas sobre envejecimiento en los países del Cono Sur*. Santiago de Chile: Flacso.
- Fleitas, R. (2014). "El discurso invisible del envejecimiento: El dilema de género", *Antropológicas*, Cátedra de Antropología "Luís Montané", de la Universidad de La Habana.
- Fleitas, Reina (s/f). "El envejecimiento demográfico cubano y sus implicaciones para el trabajo de cuidado", Ponencia presentada a congreso Centro de investigaciones y estudios de la mujer, Universidad de Costa Rica (CIEM-UCR) [en línea], <<http://sociologia-alas.org/acta/2015/GT-18/Ponencia%20el%20envejecimiento%20demogr%C3%A1fico%20cubano%20y%20sus%20implicaciones%20para%20el%20trabajo%20de%20cuidado.docx>>.
- Flores-Castillo, Atenea (2012). *Cuidado y subjetividad: Una mirada a la atención domiciliaria*. Serie Mujer y Desarrollo, N° 112. Santiago: CEPAL.

- Fraser, Nancy (2016). “Las contradicciones del capital y los cuidados”, *New Left Review*, N° 100.
- Fondo Nacional de Discapacidad/Instituto Nacional de Estadísticas (FONADIS/INE) (2004). *Resultados. Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile*. Santiago de Chile: Fonadis.
- García, Rolando y Marisol Alfonso (2010). “Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba”, ponencia [en línea], <<https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/40183/RolandoGarc%C3%ADapdf.pdf>>.
- González, Hermina y Elaine Acosta (2015). “Cruzar las fronteras desde los cuidados. La migración transnacional: más allá de las dicotomías analíticas”. *Las fronteras del transnacionalismo: límites y desbordes de la experiencia migrante en el centro y norte de Chile*, Menara Guizardi (ed.). Santiago de Chile: Ocho Libros.
- Gross, Aimée (2013). *Emigración cubana, envejecimiento poblacional y bienestar social: aproximación al estado de vulnerabilidad social del adulto mayor en un Consejo Popular habanero* Buenos Aires: CLACSO.
- Guajardo, Gabriel (2013). “Una tipología de las significaciones y sentidos sociales sobre el maltrato desde la mirada de las personas mayores”. *El maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, Chile*, María Teresa Abusleme y Gabriel Guajardo (eds.). Santiago de Chile: Senama-Flacso.
- Guajardo, Gabriel y otros (eds.) (2015). *La construcción social de las demencias en la personas mayores de la Región Metropolitana, Chile..* Santiago de Chile: Senama-Flacso.
- Guzmán, José Miguel y Sandra Huenchuan (2005). “Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada”. Reunión de expertos *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*. CEPAL, 28 y 29 de junio de 2005 [en línea], <[https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/JGuzman\\_SHuenchuan.pdf](https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/JGuzman_SHuenchuan.pdf)>.
- Hernández, Raúl (2009). “Transición demográfica y envejecimiento de la población”, en Colectivo de autores, *Cuba. Población y desarrollo*. La Habana: CEDEM.
- Hernández, Judith y Guillermo Foladori (2013). “La dinámica poblacional en el socialismo cubano”, *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 7, N° 12.
- Herrera, E. (2007). *Cuidadoras y cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile*. Santiago de Chile: FONADIS.
- Herrera, M. Soledad y Rosita Kornfeld, R. (2008). “Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile”, *En Foco*, N° 131.
- Herrera, M. Soledad y (2014). “Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults”, *Revista de Saúde Pública*, vol. 48, N° 5.
- Hochschild, Arlie (2001). “Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional”. *En el límite. La vida en el capitalismo global*, Will Hutton y Anthony Giddens (eds.). Barcelona: Tusquets.
- Huenchuan, Sandra (ed.) (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Santiago de Chile: CEPAL.
- \_\_\_\_\_(ed.) (2012). *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI. Situación, experiencias y desafíos*. Ciudad de México: CEPAL-CELADE.

- \_\_\_\_ (2013). *Los derechos de las personas mayores*. Santiago de Chile: CEPAL.
- \_\_\_\_ (2014). "El maltrato hacia las personas mayores: conceptos, normas y experiencias de políticas en el ámbito internacional". *Maltrato a las personas mayores en Chile. Haciendo visible lo invisible*, María Teresa Abusleme y Máximo Caballero (eds.). Santiago de Chile: Senama.
- \_\_\_\_ (ed.) (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Huenchuan, Sandra y José Miguel Guzmán. (2007). "Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del cuidado en la edad avanzada". *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*, Irma Arriagada (coord.), Santiago de Chile: CEPAL.
- Huenchuan, Sandra y Mónica Roqué (2009). "A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento". *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile: CEPAL.
- Huenchuan, Sandra y otros (2010). *Envejecimiento, género y políticas públicas*. Montevideo. Lucida Ediciones.
- Iacub, Ricardo (2011). *Identidad y envejecimiento*, Paidós, Buenos Aires.
- \_\_\_\_ (2013). "Nuevas reflexiones sobre posgerontología", *Revista Kairós Gerontología*, vol. 16, N° 4, San Pablo.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014). *Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados Revisión 2013*. Montevideo: INE.
- Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) (2014). *Revisión de indicadores de vejez y envejecimiento*. Montevideo: Inmayores.
- \_\_\_\_ (2016). *Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (2016-2019)*. Montevideo: Inmayores.
- \_\_\_\_ (2017). *Mapeo de la institucionalidad sobre envejecimiento y vejez en los gobiernos departamentales*. Montevideo: Inmayores.
- Instituto Nacional de las Personas Mayores/Ministerio de Desarrollo Social (Inmayores/MIDES) (2014). *Nuevas políticas de envejecimiento y vejez. Hablando de derechos / DESC+A Cristalizando derechos*, Montevideo.
- Inter Press Service (IPS) (2014). "Socióloga mira al envejecimiento con enfoque de género", IPS [en línea], <<http://www.ipscuba.net/genero/sociologa-mira-al-envejecimiento-con-enfoque-de-genero/>>.
- \_\_\_\_ (2016). "El trabajo doméstico crece en Cuba, en un escenario atípico", IPS [en línea], <<http://www.ipscuba.net/genero/el-trabajo-domestico-crece-en-cuba-en-un-escenario-atipico/>>.
- Letablier, Marie-Thérèse (2007). "El trabajo de 'cuidados' y su conceptualización en Europa". *Trabajo, género y tiempo social*, Carlos Prieto (ed.). España: Editorial Complutense.
- Louro, Isabel y otros (2015). "Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal", *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 41, suplemento 1.
- Martínez Franzoni, Juliana (2007). *Regímenes de Bienestar en América Latina*. Madrid: Fundación Carolina.
- \_\_\_\_ (2008). *Domesticar la incertidumbre en América Latina. Mercado laboral, política social y familias*. Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

- Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea (2017). "Undoing segmentation? Latin American social policy after the economic boom", manuscrito.
- Martínez Franzoni, Juliana y Koen Voorend (2013). "Desigualdades de género en los regímenes de bienestar latinoamericanos: mercado, política social y organización familiar de los cuidados", *Las Fronteras del cuidado. Agenda, infraestructura y derechos*, Laura Pautassi y Carla Zibecchi, (coords.). Buenos Aires: Biblos.
- Marrero, Gretel (2011). "Las migraciones internacionales en Cuba: ¿una tendencia hacia la feminización?", *El Observatorio*, Centro de Estudios de Migraciones Internacionales (CEMI), Universidad de La Habana.
- Massad, C. y Caballero, M. (2013). "Antecedentes en torno al maltrato hacia las personas mayores en Chile", *El maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, Chile*, María Teresa Abusleme y Gabriel Guajardo (eds.). Santiago de Chile: Senama-Flacso.
- Mesa Lago, Carmelo (1989). "Financiamiento de la atención a la salud en América latina y el Caribe, con focalización en el seguro social", Banco Mundial, Serie de Estudios de Seminarios del IDE, N° 42.
- \_\_\_\_ (1998). *La reforma de las pensiones en Costa Rica*, San José, Friedrich Ebert Stiftung.
- \_\_\_\_ (2002). *Buscando un modelo económico en América Latina ¿Mercado, socialista o mixto? Chile, Cuba y Costa Rica*. Caracas: Nueva Sociedad y Universidad Internacional de la Florida.
- \_\_\_\_ (2005). "Problemas sociales y económicos en Cuba durante la crisis y la recuperación", *Revista de la CEPAL*, N° 86.
- \_\_\_\_ C. (2010). "Estructura demográfica y envejecimiento poblacional: implicaciones sociales y económicas para el sistema de seguridad social en Cuba", *Décima Semana Social Católica*, [en línea], <[http://arquidiocesisdelahabana.org/contens/descargas/semana\\_social/0016\\_demografia\\_segur-social.pdf](http://arquidiocesisdelahabana.org/contens/descargas/semana_social/0016_demografia_segur-social.pdf)>.
- \_\_\_\_ (2012). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Cuba*. Santiago de Chile: CEPAL.
- \_\_\_\_ (2015). "La desigualdad del ingreso y la experiencia en América Latina", *Temas*, N° 84.
- \_\_\_\_ (2017). "El estado actual del bienestar social en Cuba I y II", en *Cuba Posible* [en línea], <<https://cubaposible.com/bienestar-social-en-cuba-i/>>.
- Mesa-Lago, Carmelo y Fabio Bertranou (2016). "Pension reforms in Chile and social security principles, 1981-2015", *International Social Security Review*, vol. 69, N° 1.
- Mesa-Lago, Carmelo y Jorge Pérez-López (2013). *Cuba under Raúl Castro: Assessing the Reforms*. Londres: Lynne Rienner Publishers.
- Midaglia, Carmen y Florencia Antía (2007). "La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?", *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, N° 16, Montevideo.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2010). "Gasto Público Social 2008: confirmación de tendencias y prioridades", *Contexto*, N° 2.
- \_\_\_\_ (2014). *Identificación y análisis del Gasto Público Social en Uruguay 1989-2012. Estimación y estructura del GPS para el período 1989-2012*. Montevideo: MIDES.

- \_\_\_\_\_(2014). *Cuidados como sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay*. Montevideo: MIDES.
- Ministerio de Desarrollo Social (2012). *Encuesta Nacional CASEN 2011*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social.
- \_\_\_\_\_(2017). *Informe de Desarrollo Social 2017*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social.
- Ministerio de Economía y Finanzas (Uruguay) (2015). *Proyecto de Presupuesto Nacional 2015-2019. Exposición de Motivos, Capítulo IX. – Sistema de Cuidados* [en línea], <<https://www.mef.gub.uy/innovaportal/file/16500/4/ix.sistema-de-cuidados.pdf>>.
- Ministerio de Salud (MS) (2010). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*, Montevideo: MS.
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Anuario Estadístico de Salud 2016*. La Habana: Dirección de Registros Médicos y de Estadísticas de Salud.
- Ministerio de Salud Pública y Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (2012). “Informe Nacional. Cuba”, Informe presentado a la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2014). Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) [en línea], <<http://www.deis.cl/>>.
- Mora, Tania (2013). “Avances normativos en Chile respecto del maltrato a las personas mayores”. *El maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, Chile*, María Teresa Abusleme y Gabriel Guajardo (eds.). Santiago de Chile: Senama-Flacso.
- Munster, Blanca (2017). “Seguridad y asistencia social, retos actuales en Cuba” IPS [en línea], <<http://www.ipscuba.net/sociedad/seguridad-y-asistencia-social-retos-actuales-en-cuba/>>.
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) (2008). *El estado actual y perspectiva de la población cubana: Un reto para el desarrollo territorial sostenible*. La Habana: CEPDE.
- \_\_\_\_\_(2011). *Resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento poblacional. Primer Informe*. La Habana: ONEI.
- \_\_\_\_\_(2017). *Anuario Estadístico de Cuba 2016*. La Habana: ONEI.
- \_\_\_\_\_(2017a). *El envejecimiento de la población cubana 2016*. La Habana: CEPDE.
- Oficina Nacional de Estadística e Información/Centro de Estudios de Población y Desarrollo (ONEI/CEPDE) (2014). *Estudio sobre envejecimiento poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas 2012*. La Habana: CEPDE.
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) (2017). *Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Montevideo: OPP.
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores*. Washington: OEA.
- Osorio, Paulina (2007). “Construcción social de la vejez y expectativas ante la jubilación en mujeres chilenas”, *Universum*, vol. 22, N° 2.
- Osorio, Paulina y otros (2011). “Calidad de vida en personas mayores en Chile”, *Revista Mad*, N° 24.

- Paredes, Mariana y Robert Pérez (2014). "Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia". *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. Montevideo: Inmayores.
- Pérez Orozco, Amaia (2006). "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico", *Revista de Economía Crítica*, N° 5.
- Pérez Bannen, Sebastián (2012). "El sistema de cuidados del adulto mayor en Australia, ¿un modelo para Chile?", Instituto de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
- Piña, Marcelo (2014). "Reflexiones epistemológicas en la investigación del maltrato societal". *Maltrato a las personas mayores en Chile. Haciendo visible lo invisible*, María Teresa Abusleme y Máximo Caballero (eds.), Santiago de Chile: Senama.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2016). *Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo humano para todos*. Nueva York: PNUD.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (2014). *Chile y sus mayores. Resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2013*. Santiago de Chile: PUC.
- Precarias a la Deriva (2004). *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Pribble, Jennifer (2011). "Mujeres y bienestar: Un estudio comparativo de Chile y Uruguay" *Estado benefactor y políticas sociales: historia, implementación y reforma de programas sociales en Argentina, Chile y Uruguay*, Alma Idiart (ed.). Buenos Aires: Editorial Biblos, 2011.
- Provoste, Patricia (2012). "Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas mujer y desarrollo", *Serie Mujer y Desarrollo*, N° 120. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pugliese, Leticia (2013). "Hogares de ancianos en convenio con el Banco de Previsión Social, ¿atención de personas dependientes?". Montevideo: Asesoría en Políticas de Seguridad Social.
- Raczynski, Dagmar (2008). "Sistema Chile Solidario y la política de protección social de Chile. Lecciones del pasado y agenda para el futuro". IEF-CIEPLAN [en línea], <[http://www.plataformademocratica.org/PDF/Publicacao\\_224\\_em\\_07\\_05\\_2008\\_10\\_46\\_12.pdf](http://www.plataformademocratica.org/PDF/Publicacao_224_em_07_05_2008_10_46_12.pdf)>.
- Red Mayor (2017). "Orientaciones para una política pública de envejecimiento". Santiago de Chile: Red Mayor.
- Revuelta, Beatriz y Elaine Acosta (2017). "Envejecimiento y cuidados en Cuba: el panorama y los desafíos de una 'silenciosa revolución'", *Cuba Posible* [en línea], <<https://cubapossible.com/envejecimiento-cuidados-cuba/>>.
- Rico, Nieves (2009). *Una mirada a la actual crisis de cuidado y algunas propuestas desde el rol del Estado*. Santiago de Chile: CEPAL,.
- Rico, Nieves y Claudia Robles (2017). "El cuidado, pilar de la protección social: derechos, políticas e institucionalidad en América Latina". *Institucionalidad social en América Latina y el Caribe*, Rodrigo Martínez (ed.). Santiago de Chile: CEPAL.
- Robles, Claudia (2011). *El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad*. Santiago de Chile: CEPAL.

- Rofman, Rafael y otros (2013). *Más allá de las pensiones contributivas. Catorce experiencias en América Latina*. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Rodríguez, Grisell y Juan Carlos Albizu-Campos (2015). “La población de Cuba hoy”. *Novedades en Población*, Año XI, N° 22.
- Rodríguez, Jorge y otros. *Principales tendencias del gasto fiscal en el período 2001-2015*. Santiago de Chile: DIPRES-Ministerio de Hacienda.
- Rojas, Rafael (2011). “La soledad constitucional del socialismo cubano”, ponencia presentada en Cuban Research Institute at the Latin American and Caribbean Center [en línea], <[https://lacc.fiu.edu/research/publications/constitutional\\_isolation\\_of\\_cuban\\_socialism.pdf](https://lacc.fiu.edu/research/publications/constitutional_isolation_of_cuban_socialism.pdf)>.
- Romero, Ximena y Elisa Dulcey-Ruiz (2012). “Reflexiones sobre envejecimiento, vejez y género”. *Envejecimiento con dignidad y derechos. Desafío de Cáritas*. Perú: PRAM,.
- Rovira, Adriana (2016). “El Instituto Nacional del Adulto Mayor en el Uruguay”. *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*, Sandra Huenchuan, S. (ed.). Santiago de Chile: CEPAL.
- Ruiz Olabuénaga, J. (2003). *Metodología de la Investigación Cualitativa*, Editorial Universidad de Deusto; Tercera Edición; España.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) (2007). “Estudio de la situación de adultos mayores dependientes con pensión asistencial” [en línea], <<http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Situacion-Adultos-Mayores-dependientes-con-pension-asistencial-y-cuidadores-domiciliarios-2007.pdf>>.
- \_\_\_\_ (2009). “Estudio sobre la demanda de servicios de cuidado para las personas mayores” [en línea], <<http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Demanda-Servicios-de-Cuidado-para-las-Personas-Mayores-2009.pdf>>.
- \_\_\_\_ (2010). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago de Chile: Senama.
- \_\_\_\_ (2011). “Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM) de la Región Metropolitana y configuración de procesos estandarizados” [en línea], <<http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Catastro-ELEAM-RM.pdf>>.
- \_\_\_\_ (2013). “Estudio sobre la realidad laboral de las personas mayores en la Región Metropolitana”. Santiago de Chile: Senama.
- Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento (SIVE) (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas*. Montevideo: Inmayores y MIDES,
- Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) (2015). *Plan Nacional de Cuidados 2016-2020*. Montevideo: Junta Nacional de Cuidados.
- \_\_\_\_ (2017). *Informe anual 2016*. Montevideo: SNIC.
- Sojo, A. (2011). *De la evanescencia a la mira: El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina*, Serie Seminarios y Conferencias 67, Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Soto, Pamela (2013). “Identidad, subjetividades y maltrato hacia las personas mayores”. *El maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, Chile*, María Teresa Abusleme y Gabriel Guajardo (eds.). Santiago de Chile: Senama-Flacso.

- Sunkel, Guillermo (2007). “Regímenes de bienestar y políticas de familia en América Latina”. *Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias*, Irma Arriagada (ed.), Serie Seminarios y Conferencias, N° 49. Santiago de Chile: CEPAL-Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Tejera, Rafael (2009). “Políticas de adulto mayor: períodos expansivos y ejes de desarrollo”, *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento*. Montevideo: MIDES.
- Tobío, Constanza y otros. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Colección de Estudios Sociales, N° 28. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Torns, Teresa (2008). “El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género”, *Revista EMPIRIA*, N° 15.
- Uriarte, Miren (2002). *Cuba. La política social en la encrucijada: manteniendo las prioridades, transformando la práctica*. Washington D. C.: Oxfam América.
- Yin, Robert K. (1989). *Case Study Research, Design and Methods*. Londres: Sage Publications.
- Zegers, Beatriz (2014). “El maltrato a las mujeres adultas mayores”. *Maltrato a las personas mayores en Chile. Haciendo visible lo invisible*, María Teresa Abusleme y Máximo Caballero (eds.), Santiago de Chile: Senama.

## Documentos

- Lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución para el período 2016-2021 [en línea], <<http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%202016-2021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>>.



# Anexo metodológico

## A. Coordinación logística del trabajo de campo

Para la coordinación logística del trabajo de campo, se definieron puntos focales en los tres países, que actuaron como puentes para la generación de alianzas y redes de investigación, ya que la labor de estos consistió en colaborar con el equipo de investigación en la identificación de informantes clave y facilitar documentos, informes y bibliografía relevantes a los efectos del estudio.

La selección de *puntos focales* se definió siguiendo un criterio estratégico, dado el conocimiento del equipo de investigación de anteriores intercambios, así como el conocimiento que tenían sobre la temática en los diferentes países, de modo que fueran personas idóneas para orientar sobre la materia.

## B. Pauta de entrevista

### Introducción

#### 1) *Presentación y objetivos*

Esta actividad forma parte del estudio sobre *Políticas sociales comparadas sobre los cuidados en la vejez y el envejecimiento en América Latina* que está realizando el Programa interdisciplinar de investigación CUIFABI en alianza con el Programa Regional Políticas Sociales en América Latina (SOPLA) de la Fundación Konrad Adenauer, con sede en Santiago de Chile. Nos interesa conocer cuáles son las políticas sociales que promueven el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez, sus alcances y limitaciones de cara a las nuevas necesidades creadas por el acelerado envejecimiento poblacional.

#### 2) *Actividades / forma de selección*

Estamos haciendo entrevistas con informantes clave en los tres países involucrados en el estudio (Cuba, Chile y Uruguay). Son un total de cuatro entrevistas por país y hemos seleccionado personas involucradas directamente en el tema, ya sea desde la institucionalidad pública estatal, como de la academia y la sociedad civil.

#### 3) *Grabación*

Grabamos las entrevistas para tener un registro fiel de lo que nos cuentan. De cualquier modo, si, por cualquier razón, prefiere que algo no se grabe, nos avisa y detenemos la grabación.

#### 4) *Confidencialidad, uso y difusión de los resultados*

La información que obtenemos de las entrevistas es manejada solo por el equipo investigador. Lo que se entregará a la fundación y que posteriormente será publicado es una visión agregada, sin referencias personales. El uso de los resultados busca contribuir a la formulación de propuestas que ayuden al mejoramiento de las políticas sociales en relación con el envejecimiento y los cuidados.

#### 5) *Áreas temáticas a explorar*

##### 1. **Presentación**

Le pediría que dijera su nombre y contara brevemente qué función desempeña actualmente y cuál ha sido su relación con el tema del envejecimiento y los cuidados en su país.

##### 2. **Representación global del envejecimiento, la vejez y los cuidados**

Comenzaré con una pregunta general, pensando en la situación actual del país, ¿cuál es su opinión respecto de la forma en que el Estado está abordando la temática del envejecimiento y la vejez?

¿Cuán presente está el tema en la agenda pública y de qué manera?

¿Cuál es el paradigma de abordaje del fenómeno? ¿Qué opinión le merece?

¿Qué diferencias percibe en el abordaje que hace el Estado actualmente respecto de los últimos diez años?

¿Cómo compararía la situación de su país en esta materia con el resto de los países de la región?

##### 3. **Marcos normativos**

¿Conoce el marco normativo que protege y promueve los derechos de las personas mayores? ¿Qué avances se han dado en relación con la materia?

En particular, ¿cuáles son las principales leyes que protegen el derecho a cuidar y ser cuidado durante la vejez?

¿Considera que son adecuados y suficientes los marcos normativos que respeten los derechos de las personas mayores y a su vez regulen, promuevan y protejan a quienes requieren cuidado en la vejez, así como los derechos de quienes proporcionan el cuidado en dicha etapa, en particular, de las mujeres? Explique sus razones.

¿Cómo evalúa la gestión del Estado en esta materia? ¿y la gestión de su Ministerio, Servicio y/o institución/organización?

#### 4. Políticas sociales

¿Conoce cuál es la política social sobre el envejecimiento y los cuidados?  
¿Qué le parece? ¿Cómo la evaluaría?

¿Considera que son pertinentes y coherentes las políticas sociales que promueven el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez?, ¿por qué?

¿Cuáles son los principales avances de la política en garantizar el derecho a cuidar y ser cuidado en la vejez?

¿Cuáles son los principales desafíos?

#### 5. Programas y servicios

¿Cómo caracteriza la oferta pública de cuidado? ¿Cuáles son los principales programas y servicios? ¿En qué grupos están focalizados? ¿Cuáles son sus principales dificultades? ¿Son compatibles con las necesidades de quienes requieren cuidados y de quienes lo proporcionan?

¿Cuáles son las otras modalidades o iniciativas de cuidado para personas mayores que existen en su país? ¿Cuál son sus características? ¿Qué tipo de articulación tienen con la oferta pública? ¿Cómo las evalúa?

¿Cómo valora la disponibilidad y accesibilidad a los programas/servicios institucionales en que se proporciona cuidados a las personas mayores (hogares, mercado, comunidad y tercer sector y Estado)? [Explorar dificultades de costo, tiempo y distancia, entre otras]

¿Existen muchas diferencias territoriales, de ingreso y de género, entre otras? ¿Cuáles?

¿Es adecuada la institucionalidad pública para gestionar la oferta existente? [Articulación entre lo regional y local, recursos humanos, etc.]

En síntesis, ¿cuál ha sido el impacto de estos programas y servicios? ¿Dónde están las principales falencias o dificultades? ¿Qué aspectos deberían mejorarse?

#### 6. Desafíos y propuestas

Por último, ¿cómo ve las tendencias futuras en relación con el tema del envejecimiento y los cuidados? ¿Cuáles son los principales riesgos, amenazas y oportunidades que se enfrentan en la actualidad desde las políticas sociales?

En función de su experiencia y conocimiento, ¿qué recomendaciones o sugerencias de política haría para el mejoramiento de la política social en relación con el envejecimiento y los cuidados?

## Cierre

¿Algún otro comentario a los efectos de esta investigación de carácter comparado?  
Le agradecemos mucho su tiempo y su aporte.

# Mapeo de los principales normativas y programas

## A. Mapeo Chile

**Tabla A.1**  
**Normativas**

<b>Año</b>	<b>Tipo</b>	<b>Norma</b>	<b>Objetivos</b>
1995	Decreto Supremo	N° 203	Crear el Comité Nacional para el Adulto Mayor.
1996	Decreto Supremo	N° 009	Crear los Comités Regionales para el Adulto Mayor, que brinden asesoría al intendente en las regiones para promover y aplicar planes y programas dirigidos a las personas mayores, y ser responsables de la adjudicación del Fondo Nacional del Adulto Mayor.
2002	Ley	Ley 19.828	Crear el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) cuya ley define como adulto mayor a toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. La principal tarea del SENAMA es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país.
2004	Ley	Ley 19.949	Crear un marco regulador integrador referido a la protección social, denominado Sistema de Protección Social CHILE SOLIDARIO. En la Ley se explicitan como beneficiarios a las personas mayores de 65 años pertenecientes a hogares unipersonales en extrema pobreza.
2004	Ley	Ley 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud	Ley que protege a todas las chilenas y chilenos, independientemente si son cotizantes en el sistema público o privado y lo que no son cotizantes se benefician del aporte estatal. Busca conseguir una adecuación de las políticas e instituciones de la salud al cambio de los perfiles epidemiológicos y socio-demográficos de la población, como el envejecimiento y las inequidades en salud.
2008	Ley	Ley 20.255. Establece Reforma Previsional (última modificación, 31 de agosto de 2011)	Busca garantizar una prestación mínima de carácter universal para aquellos adultos mayores más pobres (cubre inicialmente el 40% y se amplía al 60% en 2012). Mejorar el nivel básico de prestación en forma proporcional al esfuerzo de ahorro que realiza cada afiliado, independiente del tiempo de cotización. Otorgar subsidios a la maternidad y mantener la portabilidad de derechos y obligaciones. La ley busca procurar atención a todos los chilenos y chilenas que no tienen ahorros previsionales (con focalización en algunos grupos dentro de los que se explicitan a las personas mayores). La ley contempla la creación de un sistema de pensiones solidarias de vejez e invalidez, otorgando beneficios de pensiones básicas solidarias de vejez e invalidez y aportes previsionales solidarios de vejez e invalidez.
2009	Ley	Ley 20.379, Sistema Intersectorial de Protección Social	Implementa un modelo de gestión, compuesto por varios subsistemas, que está constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida.
2010	Ley	Ley 20.427	Proteger contra la violencia intrafamiliar. En esta ley se incluye como víctima específica de maltrato al adulto mayor, así como las diferentes formas de maltrato.

<b>Año</b>	<b>Tipo</b>	<b>Norma</b>	<b>Objetivos</b>
2010	Ley	Ley 20.422 Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad	Sus principios rectores son los de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, enfoque intersectorial, participación y diálogo social. Es mediante esta ley que se reconoce expresamente en el ordenamiento jurídico nacional la expresión “acción positiva” para lograr la efectiva igualdad de oportunidades para todos.
2012	Ley	Ley 20.595 Crea el subsistema de protección y promoción social denominado Seguridades y Oportunidades.	Este subsistema forma parte del Sistema de Protección Social. Persigue tres objetivos: i) brindar seguridad y oportunidades a las personas y familias que participen en él, para promover el acceso a mejores condiciones de vida, ii) establecer bonos y transferencias monetarias (por deberes o condicionadas) para las familias de pobreza extrema (Ingreso Ético Familiar), y c) crear subsidio al empleo de la mujer. Es una ley que busca proteger a personas y familias en situación de pobreza extrema.
2015	Convención	Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Chile adhiere a la convención)	Favorecer a la cohesión normativa y conceptualización de principios que guían la acción normativa y las políticas públicas de los Estados como al empoderamiento de las Instituciones nacionales de derechos humanos; permitir el reconocimiento de los derechos específicos en favor de las personas de edad; permitir esclarecer las obligaciones que los Estados tienen respecto de las personas de edad; favorecer que los procedimientos de monitoreo de los derechos humanos consideren los de las personas de edad; favorecer la visibilización de los asuntos relacionados con el envejecimiento y la vejez, facilitando la educación de la población y con ello la integración efectiva de las personas de edad.

**Tabla A.2**  
**Programas**

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
Ministerio de Desarrollo Social	Subsistema Seguridades y Oportunidades Programas: Familias, Vínculos, Calle y Abriendo Caminos	Junto a Chile Crece Contigo y Chile Cuida, forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social y brinda atención a personas y familias en condición de pobreza y vulnerabilidad socioeconómica, a fin de apoyarlas a superar su condición.	Tiene como propósito contribuir a que las personas y familias superen su situación de pobreza extrema de manera sostenible y mejoren su calidad de vida. Estos programas tienen una duración máxima de 24 meses.	Está dirigido a familias y grupos vulnerables, como personas en situación de calle, personas mayores y niños, niñas y jóvenes con un adulto significativo privado de libertad.	Apoyo integral (psicosocial y laboral) Incentivo monetario, subsidios monetarios, acceso preferente a programas de promoción social y prestaciones laborales y de provisión.
	Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados (SNAC), piloto, pendiente de ejecución)	El SNAC está concebido como un eslabón más del modelo de gestión que se ha venido implementando desde el año 2009 por medio de la aplicación de la Ley 20.379, que crea el sistema integrado de protección social. Dicho modelo está compuesto por acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado, destinadas a los distintos grupos sociales en situación de vulnerabilidad socioeconómica y que requieran de una acción concertada de los distintos organismos públicos para promover el acceso a mejores condiciones de vida.	Proveer de apoyo a las personas de todas las edades que estén en situación de dependencia moderada y severa, por medio de la coordinación y articulación de la red local, la cual organizará el acceso, realizará la evaluación de los usuarios, la derivaciones, el seguimiento y monitoreo de las distintas acciones. Este sistema generará un enlace entre los diferentes programas que ya existen para atender a esta población.	Personas en situación de dependencia y sus cuidadores.	Comprende además de apoyos a la persona dependiente, servicios de alivio para el cuidador, servicios de mejoramiento de condiciones de habitabilidad, formación y capacitación continua tanto para las redes locales como para los cuidadores informales, realizará acciones de seguimiento y monitoreo, promoverá la autonomía, la participación activa y la inclusión social de sus usuarios y definirá estándares que aseguren un nivel óptimo en la entrega de prestaciones.

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
Programa CHILE CUIDA (presente solo en 12 comunas del país)	Es un programa impulsado desde la Dirección Sociocultural de la Presidencia y ejecutado por Fundación de Las Familias en estrecha colaboración con los municipios y organizaciones de la sociedad civil. El programa está enfocado en la provisión de servicios para prevenir la dependencia y promover la autonomía. Conjuga servicios de cuidados domiciliarios y un componente de respiro al cuidador familiar. Tiene un enfoque intersectorial, ya que cuenta con el apoyo de los municipios de las comunas donde se implementa, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), el Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis), ambos dependientes del Ministerio de Desarrollo Social, el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (Sence), programas de Servicios Sociales del Ministerio del Trabajo. El Ministerio de Salud y diversas organizaciones de la sociedad civil.	Entregar cuidado a personas mayores de 60 años en situación de dependencia moderada y severa; apoyar a sus familias y cuidadores; y capacitar y dar empleo a mujeres sin trabajo o que buscan mejorar su situación laboral.	Tener sobre 60 años y estar en una situación de discapacidad y dependencia, que puede ser moderada o severa, previa evaluación de profesionales y pertenecer al 60% más vulnerable de la población según el Registro Social de Hogares.	Las asistencias pueden ser técnicas o proporcionar cuidadores de reemplazo, adaptaciones funcionales en la vivienda y talleres de autocuidado.	
Servicio Nacional para el Adulto Mayor (SENAMA)	Programas para personas mayores autovalentes	Financia proyectos ideados, formulados y ejecutados por organizaciones de personas mayores de todo el país en las líneas de voluntariado, actividades productivas, equipamiento o habilitación de sedes, autocuidado, capacitación y recreación, entre otros.	Contribuir a la promoción y a la protección de los derechos y a aumentar y mejorar la participación social de las personas mayores, fomentando su autonomía, autogestión y asociatividad.	Organizaciones de personas mayores.	Prestación económica
Fondo Nacional del Adulto Mayor para Proyectos Autogestionados	Financia viajes por un día a lugares de interés histórico, cultural y turístico para personas mayores en situación de vulnerabilidad social y con diferentes grados de dependencia (incluye a personas residentes en establecimientos de larga estada).	Financiar el traslado, la alimentación, las entradas a museos, entre otros.	Para este programa no existe un proceso de postulación, las personas mayores son seleccionadas por la municipalidad donde residen, de acuerdo con los requisitos definidos por SENAMA.	Servicios de turismo	
Programa Turismo Social					

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
	Programa Asesores Seniors	El programa consiste en que personas mayores voluntarias, en su mayoría profesores jubilados, le entregan apoyo escolar a niños y niñas que cursan de 1° a 8° año de educación básica, pertenecientes a las familias más vulnerables de la sociedad chilena y que presentan bajo rendimiento escolar.	Contribuye a la promoción de la intergeneracionalidad y la integración social de las personas mayores a través de la transmisión de sus conocimientos y experiencia, fomentando el ejercicio de nuevos roles y el desarrollo de relaciones intergeneracionales.	La selección de los Asesores Senior la realiza SENAMIA de acuerdo con el perfil establecido por la institución.	Participación y formación
	Programa Vínculos	Es parte del Subsistema de Seguridades y Oportunidades. El programa provee un acompañamiento continuo para las personas de 65 años que viven solas o en pareja, a quienes se les entregan herramientas psicosociales que permiten fortalecer su autoestima, identidad, autonomía y sentido de pertenencia.	Favorece la articulación de apoyos formales e informales (municipalidad, grupos organizados, vecinos, amigos, familiares), de manera de constituir una red de protección social para las personas mayores. El proceso se complementa con la habilitación de los usuarios hacia la oferta programática estatal, lo que incluye el traspaso de transferencias transitorias, condicionadas y no condicionadas.	No existe un proceso de postulación, las personas mayores son seleccionadas por el Ministerio de Desarrollo Social a través del Registro Nacional de Hogares, organismo que envía un listado a la municipalidad beneficiaria para que desde ahí se contacte a los usuarios.	Servicios
	Programa Participación y Formación	El Programa se desarrolla en cuatro líneas: i) jornadas participativas territoriales, ii) actividades de los consejos asesores regionales de mayores, iii) jornadas regionales y iv) escuelas regionales de dirigentes mayores.	Promover a líderes mayores, desarrollando sus competencias, para fomentar su participación política y social, de manera que sean ellos quienes puedan difundir el acceso a la oferta pública nacional y regional, posibilitando así la inclusión de este grupo etario	Personas mayores autovalentes	Participación y formación
	Fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor: Condominios de Viviendas Tuteladas	Las viviendas cuentan con soluciones de habitabilidad específicas para personas mayores y se promueve el diseño de un plan de intervención social, mediante convenios con municipalidades.	Ofrecer una solución de habitabilidad para personas mayores autovalentes.	Personas mayores autovalentes, que no cuentan con una vivienda, que se encuentran en situación de vulnerabilidad social y que requieren de una solución habitacional.	Vivienda

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
	Buen trato al Adulto Mayor	Programa dirigido a la promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores, a través de la prevención, detección y atención del maltrato que afecta a este grupo etario.	Promover la generación de conocimientos en torno a la violencia, el maltrato y abuso hacia el adulto mayor. Desarrollar estrategias de prevención y difusión en relación con este tema y ejecutar acciones de atención social integral de casos de maltrato hacia el adulto mayor. Brindar asesoría legal y facilitar el acceso expedito a la justicia en estas situaciones.	Personas mayores que han experimentado maltrato y resto de la población.	Promoción y ejercicio de derechos
	Envejecimiento Activo	Se promueven actividades como talleres, jornadas, seminarios, campañas de comunicación y eventos masivos, todos los cuales son coordinados desde las oficinas regionales del Senama e implementados en las casas de encuentro del adulto mayor, infraestructura específica para este programa. Se promueve una constante articulación con las oficinas comunales del adulto mayor, desde donde se realizan convocatorias abiertas a la comunidad.	Promover la participación de las personas mayores en la comunidad, la generación de nuevos roles y el ejercicio de sus derechos.	Personas mayores de 65 años	Formación y participación
	Programas para personas mayores en situación de dependencia				
	Fondo para Ejecutores Intermedios	Por medio de estas instancias se busca retrasar estados mayores de dependencia y fortalecer la autonomía de las personas mayores. Este fondo se extrae del presupuesto anual que presenta el Fondo Nacional del Adulto Mayor.	Mejorar las condiciones de vida de las personas mayores con algún grado de dependencia a través de la entrega de diversas prestaciones sociales.	Organizaciones e instituciones que trabajan con personas mayores, que tienen personalidad jurídica vigente y son de derecho público o privado	Prestaciones económicas

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
Convenios Institucionales		Financia iniciativas públicas y privadas que promuevan el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad social. Programa de administración directa del director nacional del Senama.	Promover el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad social.	Organizaciones e instituciones que trabajan con personas mayores, que tienen personalidad jurídica vigente y son de derecho público o privado.	Prestaciones económicas
Fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor: establecimientos de larga estadía (ELEAM)		Para la operación de estos establecimientos, Senama traspasa la administración a organizaciones sin fines de lucro. Considera un plan socio-sanitario para la atención de los residentes, que es diseñado y ejecutado por las entidades operadoras para la satisfacción de sus necesidades básicas, recuperación y mantención de sus funcionalidades y promoción de su calidad de vida.	Ofrecer una solución habitacional para personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia que requieren de servicios de apoyo y/o cuidado, considerando sus condiciones de funcionalidad.	Personas mayores en situación de dependencia y vulnerabilidad que requieren servicios de cuidado.	Servicios de cuidados larga estadía
Programa de Cuidados Domiciliarios		Entrega una serie de servicios de apoyo socio-sanitarios a las personas mayores en situación de dependencia y a su entorno directo en su propio hogar, por medio de la atención de asistentes domiciliarios capacitados.	Mantener el mayor tiempo posible a los adultos mayores en sus casas, insertos en su comunidad y ejerciendo sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.	Personas mayores con dependencia moderada a severa, que residen en la comuna donde se implementa el programa, que cuenten con un cuidador principal, que pertenezca a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad según el Registro Social de Hogares.	Servicios de cuidados domiciliarios
Programa de Centros de Día		Se entregan servicios socio-sanitarios, alivio al cuidador y apoyo familiar preventivo. Se atiende en recintos de jornada diurna, en espacios físicos especialmente acondicionados para las personas mayores, con características de accesibilidad universal.	Favorecer la autonomía, independencia y permanencia en el entorno habitual del usuario.	Personas mayores en situación de vulnerabilidad social en riesgo de dependencia o en situación de dependencia leve.	Servicios de cuidado diurno

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
	Subvención a ELEAM sin fines de lucro	Se opta a este fondo a través de concursos públicos, mediante la presentación de proyectos de iniciativas de apoyo directo al adulto mayor y se procede a transferir los recursos a través de convenios entre Senama y la institución adjudicada. Las iniciativas de apoyo directo deben considerar la satisfacción de las necesidades básicas como alojamiento, alimentación, atención médica, estrategias de integración a la comunidad, protección de sus derechos, y en general, servicios de promoción del envejecimiento activo.		Personas mayores en situación de dependencia y vulnerabilidad social que residen en establecimientos de larga estadia para adultos mayores (ELEAM) administrados por instituciones públicas (incluidos los municipios) y privadas sin fines de lucro.	Prestación monetaria
	Escuela para Funcionarios Públicos	A través de instituciones de formación se desarrollan e implementan cursos de capacitación para aquellas personas que trabajan con personas mayores en riesgo de dependencia o con distintos grados de dependencia.	Entregar conocimientos, habilidades y competencias para el desarrollo de sus funciones de cuidados especializados y/o administración de servicios sociales.	Personas que trabajan con personas mayores en riesgo de dependencia o con distintos grados de dependencia.	Formación
Ministerio de Salud	Examen de Medicina Preventiva (EMPAM)	Puerta de entrada a la atención primaria. A partir de este examen se diseña un plan de atención integral, se hacen las derivaciones pertinentes y los tratamientos más adecuados.	Diseñar un plan de atención integral, hacer las derivaciones pertinentes y entregar los tratamientos más adecuados.	Personas mayores de 65 años.	Servicio de salud
	Garantías Explícitas en Salud (GES)	Mecanismo fijado por Ley para que las personas pueden acceder a una atención oportuna y de calidad.	Asegurar la atención para la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas que representan el mayor impacto de salud en la ciudadanía.	De las 80 patologías incluidas en el GES, en 59 pueden ser beneficiarias las personas mayores.	Servicio de salud

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
	Programa nacional de alimentación complementaria (PACAM)		Mejorar la salud nutricional de las personas mayores, para así mantener la funcionalidad física y psíquica, y promover la adherencia a los programas de salud, manteniendo los controles y logrando una mayor autovalencia a lo largo del tiempo.	Personas mayores de 65 años.	
	Programa Nacional de Inmunizaciones	Las personas mayores anualmente reciben de manera gratuita vacunación para prevenir las patologías de influenza y neumococo.	Disminuir la posibilidad de adquirir enfermedades de mayor gravedad que pueden elevar la mortalidad en este grupo etario.	Personas mayores de 65 años.	Servicio de salud
	Camas sociosanitarias	El programa tiene un componente de atención sociosanitaria, cuyo objetivo es la reinserción del usuario en la familia y/o comunidad. Para ello se realizan visitas domiciliarias, entrevistas, articulación con dispositivos sociales y hogares de larga estadía, entre otros.	Entregar un servicio de tratamiento y vivienda temporal para personas mayores que no cuentan con una red familiar o social, o esta es disfuncional.	Personas mayores con patología aguda y/o crónica, cuyo egreso hospitalario no puede concretarse por no contar con una red de apoyo que lo permita.	Prestación social y de salud
	Programa de Atención a la Dependencia	El programa establece un plan de atención elaborado por un equipo compuesto por diversos profesionales que visita el hogar de la persona y provee los servicios necesarios para cada caso en particular. A su vez, se le entrega un estipendio al cuidador, se le capacita y entrega herramientas para el manejo de las diversas patologías. Durante el último año, el programa ha incorporado dentro de sus líneas de acción los cuidados paliativos, considerando así el buen morir.	Brindar atención domiciliaria con énfasis en los aspectos médicos y sociales de las personas que acceden a él.	Personas en situación de dependencia severa o postración.	Prestaciones económicas y de salud

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
	Plan Nacional para el abordaje de las Demencias y centros de día para personas con demencia	La persona que ingrese a la atención primaria será diagnosticada y evaluada, generándose un plan específico e individualizado, estableciéndose un conjunto de estrategias de apoyo de acuerdo con las características de la persona, que incluirá a las familias y a la comunidad de ser pertinente. Se coordinará un sistema de cuidados continuos. Este proceso lo acompañará un facilitador intersectorial, quien también se preocupará de acompañar e informar a las familias. El plan considera además la construcción de centros de día para la atención de la demencia.	Incorporar horas de atención especializada para el diagnóstico, abordaje y tratamiento de las demencias en el contexto de la atención primaria de salud y en relación directa con los dispositivos y programas ya existentes.	Personas mayores con demencia y sus familias.	Prestaciones de salud
	Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	Mediante distintos talleres, actividades físicas y recreativas, se ofrece una continuidad en la estimulación funcional de los adultos mayores, capacitación en autocuidado y trabajo participativo con las organizaciones sociales locales.	Prolongar la autovalencia de las personas mayores de 65 años, permitiendo que realicen sus actividades de la vida diaria sin necesidad de ayuda de otro por el mayor tiempo posible.	Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud con EMPAM vigente y con resultado de Autovalente sin riesgo o autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia.	Prestaciones sociales

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Pilar Solidario y Pensión Básica Solidaria de Vejez	Se aumenta el monto de la pensión final. El monto del 2017 de la Pensión Básica solidaria es de \$ 102.897 pesos, el cual se reajusta año a año de acuerdo con el IPC.	Acceder a un aporte monetario mensual, que incrementa las pensiones base inferiores a \$ 291.778 pesos chilenos, con lo cual se aumenta el monto de la pensión final.	Personas que no han podido acceder o que no tienen derecho a una pensión en cualquier régimen previsional, ya sea como titulares o como beneficiarios de pensiones de sobrevivencia, que cumplan los siguientes requisitos: i) haber cumplido 65 años; ii) integrar un grupo familiar perteneciente al 60% de la población más vulnerable; iii) acreditar residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a veinte años continuos o discontinuos, contados desde que el peticionario haya cumplido 20 años; y, en todo caso, por un lapso no inferior a 4 años de residencia en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.	Prestación económica

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
	Bono Invierno (beneficio)	Beneficio no postulable que se entrega por una sola vez en el año junto a la pensión del mes de mayo a quienes cumplan los requisitos.	Complementar los ingresos de los pensionados para solventar el incremento de gastos durante el invierno.	<p>Pensionados que forman parte de los siguientes grupos:</p> <p>Primer grupo: pensionados de alguna de las siguientes instituciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto de Previsión Social (como ex INP; es decir, de las ex cajas de reparto).</li> <li>- Instituto de Seguridad Laboral (ISL).</li> <li>- Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (DIPRECA).</li> <li>- Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA).</li> <li>- Mutualidades de empleadores.</li> </ul> <p>Segundo grupo: pensionados del sistema de AFP y compañías de seguros que reciben pensiones mínimas con garantía estatal o Aporte Previsional Solidario de Vejez (APSV).</p> <p>Tercer grupo: beneficiarios de Pensiones Básicas Solidarias de Vejez (PBSV).</p>	<p>Los beneficiarios de los grupos 1 y 2 deben cumplir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener 65 años de edad cumplidos al 1 de mayo de 2015.</li> <li>- Recibir una pensión inferior o igual al valor de la Pensión Mínima de Vejez vigente para mayores de 75 años (\$ 144.224 pesos, sin incluir el Aporte Previsional Solidario de Vejez (APSV), si lo hubiere).</li> </ul>

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
"	Prestación económica				
	Bono Bodas de Oro	Se entrega un monto en dinero por una sola vez de manera equitativa entre ambos cónyuges.	Reconocer a las personas que han construido una familia basada en el matrimonio que han permanecido unidas y han cumplido 50 años de vida en pareja.	Cumplir 50 años de matrimonio a partir del 1 de enero de 2010, no encontrarse separado o divorciado, estar inscrito en el Registro Social de Hogares y pertenecer a las familias del 80% más vulnerable del país. Convivir en el mismo hogar o acreditar residencia en hogares de larga estadía (uno o ambos), reconocidos por la autoridad correspondiente.	Prestación económica
	Eliminación del 5% de la cotización en salud	Si bien el año 2011 se había eliminado el pago del 7% de la cotización en salud para las personas que recibían la Pensión Básica Solidaria, el año 2015 se amplió este beneficio a todas aquellas personas que tengan una pensión, tanto del sistema de AFP, como del IPS.	Eliminar los costos asociados a los planes de salud para las personas mayores.	Personas que reciben una pensión cualquiera sea su fuente, privada o pública.	Prestación económica
	Fortalecimiento Oficinas Municipales de Información Laboral (FOMIL)	A través de un convenio entre SENCE y SENAMA, por cada persona mayor intermedia y colocada, la OMIL recibe un bono de mejoramiento para su gestión.	Aumentar las posibilidades de acceso al mercado laboral de las personas mayores.	Personas mayores de 65 años.	Prestación económica
Ministerio del Deporte	Adulto Mayor en Movimiento	Realización de talleres y eventos masivos de carácter deportivo. Se realizan actividades en las 15 regiones del país, principalmente en las comunas donde se observan mayores niveles de vulnerabilidad.	Facilitar la realización de actividades deportivas a las personas mayores en mayor nivel de vulnerabilidad.	Hombres y mujeres entre 60 y 70 años	Prestación social
Ministerio de Hacienda	Rebaja del Impuesto Territorial para Personas Mayores	El beneficio establece que la tercera y cuarta cuota de contribuciones de un año y la primera y segunda cuota del año siguiente, no pueden ser superiores al 5% del ingreso anual del propietario.	Disminuir el impuesto territorial (contribuciones) de las propiedades pertenecientes a personas mayores en situación de vulnerabilidad socioeconómica.	Contribuyentes de al menos 60 años de edad si es mujer, o 65 años de edad si es hombre, en el año anterior a aquél en que se haga efectiva la rebaja.	Prestación económica

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
Ministerio de Vivienda y Urbanismo	Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad	El Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) por medio de la Ley 20422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad recibió el mandato ajustar su normativa de obras y edificaciones a las nuevas exigencias de accesibilidad.	Establecer normas a las que deberán regir las nuevas obras y edificaciones. Establecer normas para que las construcciones ya existentes se ajusten gradualmente a las nuevas exigencias de accesibilidad. Contemplar subsidios especiales dentro de los programas habitacionales.	Personas mayores de 65 años.	Normativa
Municipalidades	Oficina de atención para el adulto mayor	Cada municipalidad cuenta con una oficina para atender las necesidades y requerimientos de adultos mayores. Sin embargo, no hay una uniformidad en los servicios que se entregan. Muchas de ellas ponen énfasis en apoyar las postulaciones al Fondo Nacional del Adulto Mayor, otras en la entrega de ayudas económicas, otras en la realización de talleres y actividades recreativas y otras en la realización de viajes y paseos.	Ofrecer atención y servicios a los adultos mayores que viven en la comuna.	Personas mayores de 65 años.	Económicas, sociales y de distinto tipo

## B. Mapeo Cuba

**Tabla B.1**  
**Normativas**

Año	Tipo	Norma	Objetivos
1976 (reformas aprobadas por la Asamblea Nacional del Poder Popular en el XI Período Ordinario de Sesiones de la III Legislatura celebrada en 1992 y posteriormente en 2002)	Constitución	Constitución de la República de Cuba (artículos 44, 47, 48 y 50)	Garantizar, mediante el Sistema de Seguridad Social, la protección adecuada a todo trabajador impedido por su edad, invalidez o enfermedad. Proteger, mediante la asistencia social a los ancianos sin recursos ni amparo y a cualquier persona no apta para trabajar que carezca de familiares en condiciones de prestarle ayuda.
1976	Ley	Ley 1289, Código de Familia (artículos 148, 150)	Regula la tutela de las personas mayores de edad declarados incapacitados (término jurídico) y establece que los directores de los establecimientos asistenciales serán los tutores de los mayores de edad incapacitados que se encuentren internados y que no están sujetos a tutela.
1983	Ley	Ley 41, Ley de La Salud Pública, Capítulo II. Sección Quinta, De la Atención a los Ancianos, artículo 29	Brindar atención a los ancianos mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación de índole bio-psico-social, tendentes a lograr una vida activa y creativa en este grupo de edad, a través del sistema nacional de salud en coordinación con otros organismos del Estado.
1987	Ley	Ley 62, Código Penal (Título VIII, Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal, Capítulo VIII, artículo 275: apartado 1)	Proteger frente al abandono a causa de su enfermedad o de la edad o por cualquier motivo, siempre que esté legalmente obligada a mantenerlo o alimentarlo. Se sanciona con privación de libertad.
1988	Reglamento	Decreto 139, Reglamento de la Ley de la Salud Pública, Capítulo I. Sección Décima, De la Atención al Anciano, artículo 52	Se establece que el Sistema Nacional de Salud brindará atención al anciano mediante acciones de promoción, prevención, curación y de rehabilitación a través del médico de la familia y demás instituciones de atención ambulatoria, hospitalaria, hogares de ancianos y casas de abuelos y círculos o clubes de ancianos y la atención a domicilio.
1994	Acuerdo Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros	Acuerdo 2480, apartado Segundo, numeral 9	Instruir al Ministerio de Salud Pública de organizar los servicios de salud como parte de la asistencia social destinados a los ancianos, impedidos físicos y mentales y otros tributarios de este tipo de atención.

<b>Año</b>	<b>Tipo</b>	<b>Norma</b>	<b>Objetivos</b>
2005	Reglamento	Resolución 8/2005 del MTSS. (Capítulo I, Artículo 2)	Fijar los principios fundamentales que rigen la política de empleo, entre ellos se citan el pleno empleo, percibir salario igual por trabajo igual, capacitación y desarrollo, y el de igualdad de oportunidades para obtener un empleo sin discriminación de ningún tipo.
2008	Ley	Ley 105 de Seguridad Social	Garantizar por parte del Estado la protección adecuada al trabajador, a su familia y a la población en general mediante el Sistema de Seguridad Social, que comprende un régimen general de seguridad social, un régimen de asistencia social, así como regímenes especiales. El régimen general de seguridad social ofrece protección al trabajador en los casos de enfermedad y accidente de origen común o profesional, maternidad, invalidez y vejez y, en caso de muerte, a su familia. Se incrementa en cinco años la edad laboral.
2009	Decreto	Decreto 283/2009, Reglamento de la Ley de Seguridad Social.	Se garantizan las prestaciones a los beneficiarios del Sistema, como formas de cuidados directos (es el caso de las prestaciones en servicios, fundamentalmente de la atención médica) e indirectos (prestaciones monetarias y en especies, como alimentos y medicamentos, entre otros)
2011	Lineamientos Económicos y Sociales del Partido y la Revolución (VI Congreso del Partido Comunista de Cuba)	Lineamiento 144	Brindar particular atención al estudio e implementación de estrategias en todos los sectores de la sociedad para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento de la población
		Lineamientos 165 y 166	Disminuir la participación relativa del presupuesto del Estado en el financiamiento de la seguridad social. Seguir extendiendo la contribución de los trabajadores del sector estatal y la aplicación de regímenes especiales de contribución en el sector no estatal. La protección de la asistencia social se garantizará a las personas que realmente la necesitan por estar impedidas para el trabajo y no contar con familiares que brinden apoyo. Eliminar prestaciones que pueden ser asumidas por las personas o sus familiares y ajustar otras que hoy se brindan, en correspondencia con los incrementos realizados en las cuantías de las prestaciones y pensiones en los últimos años.
		Lineamientos 173 y 174	Eliminar gratuidades y subsidios considerados excesivos. Eliminar, ordenada y gradualmente, la emblemática libreta de abastecimiento, como forma de distribución normada, igualitaria y a precios subsidiados.

<b>Año</b>	<b>Tipo</b>	<b>Norma</b>	<b>Objetivos</b>
2011 (actualización)	Reglamento	Reglamento de Hogares de Ancianos, Resolución Ministerial 85, del 6 de abril de 1982.	Satisfacer las necesidades de institucionalización de las personas mayores a través de los hogares de ancianos, una institución social del Sistema Nacional de Salud, de convivencia a largo plazo dedicada a la atención integral y continuada de los adultos mayores, que por diversas causas no pueden mantener una vida independiente y autónoma y no pueden ser atendidos en su situación de dependencia por otros medios.
2013	Ley	Ley 116, Código de Trabajo.	Establecer las pautas para la regulación de la esfera laboral, en correspondencia con el proceso de actualización del modelo económico y social. Se incluye un tratamiento diferenciado del sector Estatal y el privado de la economía.
2014	Acuerdo Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros	Acuerdo 32/14, Política envejecimiento	Crear una nueva política para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento de la población cubana que tenga como objetivos: i) estimular la fecundidad, con el fin de acercarse al remplazo poblacional de una perspectiva inmediata ; ii) atender las necesidades de la creciente población de 60 años y más y fomentar la participación de los adultos mayores en las tareas económicas, políticas y sociales; y iii) estimular el empleo mayoritario de las personas aptas para trabajar.

**Tabla B.2**  
**Programas**

<b>Institución</b>	<b>Programa</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Población objetivo</b>	<b>Tipo de prestación</b>
Ministerio de Salud Pública (MINSAL)	Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor	Cuenta con tres subprogramas (Atención Comunitaria, Atención Institucional y Atención Hospitalaria)	El objetivo del programa es brindar una atención óptima a las personas mayores.	Población de 60 años y más	Comprende tres tipos de prestaciones: servicios, especie, monetarios.
	Subprograma de Atención Comunitaria	Se ejecuta entre equipos multidisciplinarios en dos niveles: i) primario: médico y enfermera/o de la Familia y ii) equipos multidisciplinarios de atención gerontológica. Incluye modalidades formales y no formales de atención comunitaria al adulto mayor.	Contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucrados en esta atención, teniendo como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.	Población de 60 años y más	Servicios que complementan la atención integral: círculos de abuelos, grupos de orientación y recreación, centros diurnos de rehabilitación, casas de abuelos, cátedras universitarias del adulto mayor, programa de atención al anciano solo, servicios de respiro a cuidadores, asistentes sociales domiciliarias, escuelas para cuidadores, teleasistencia, comedores comunitarios.
	Servicio de Rehabilitación de la Atención Primaria de Salud		Garantizar la atención a las personas adultas mayores que lo requieran.	Población de 60 años y más	Servicio de rehabilitación
	Círculos de abuelos	Agrupaciones de adultos mayores de base comunitaria que desarrollan actividades de promoción de salud y de prevención de enfermedades que tiendan a un envejecimiento saludable.	Mantenerlos activos física y socialmente, participando en encuentros deportivos, culturales y recreativos.	Población de 60 años y más en condiciones de autonomía o dependencia leve.	Servicio de promoción de salud y prevención de enfermedades.
	Grupos de Orientación y Recreación	Agrupaciones de adultos mayores de la comunidad no vinculados a los mismos.	Permitir el desarrollo de habilidades y capacidades y su participación activa en la solución de sus problemas y necesidades, tanto sociales como médicas.		Servicio de formación y participación.

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
	Casas de abuelos	Modalidad de atención que brinda atención integral diurna a los adultos mayores carentes de amparo filial en absoluto o de familiares que puedan atenderlos durante el día.	Brindar la oportunidad de cuidados diurnos, rehabilitación y favorecer la socialización.	Adultos mayores que desde el punto de vista funcional que se les dificulta la realización de las actividades de la vida diaria instrumentadas y que mantengan las capacidades funcionales básicas para realizar las actividades de la vida diaria.	Servicio de cuidado diurno.
	Protección a adultos mayores encamados solos		Garantizar la atención especializada que necesitan los adultos mayores encamados para elevar su calidad de vida.	Población de 60 años y más encamada.	
	Escuela para cuidadores	Programa psicoeducativo a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales.	Capacitar a cuidadores en el cuidado y manejo adecuado de sus adultos mayores dependientes y de ellos mismos.	Grupos de familiares que asumen el cuidado primario o secundario de pacientes con dependencia	Servicio de formación y capacitación.
	Servicio de Respirio a Cuidadores	Consiste en internar al adulto mayor, bajo su cuidado, en un hogar de ancianos por un período que puede oscilar entre 15 días y 6 meses para que el cuidador tome unas vacaciones, se someta a intervención quirúrgica u algún tratamiento médico.	Liberar de tiempo al cuidador	Cuidador de adultos mayores dependientes	Servicio de ayuda al cuidado.
	Teleasistencia	Servicio que consiste en un sistema de telecomunicación que permite poner en contacto al adulto mayor que se encuentra en su domicilio con un centro de atención que cuenta con los profesionales adecuados para poder atender la llamada.	Poner en contacto al adulto mayor que se encuentra en su domicilio con un centro de atención que cuenta con los profesionales adecuados para poder atender la llamada.	Adulto mayor que se encuentra en su domicilio	Servicio de ayuda al cuidado.

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
	Subprograma de Atención Institucional	Se concentra en centros de larga estadía, llamados hogares de ancianos en Cuba, instituciones sociales que brindan cuidados a largo plazo de corta, mediana y larga estadía para adultos mayores frágiles y en estado de necesidad que no se benefician con otras alternativas no institucionales en la comunidad	Contribuir a elevar el nivel de vida y el grado de satisfacción de los adultos mayores institucionalizados y sus familias, mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, en estrecha interrelación con los demás niveles de atención y con la colaboración y la participación activa de la comunidad en todos sus niveles.	Población de 60 años y más	Centros de larga estadía. Servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades, curativos y de rehabilitación así como actividades socio-culturales y recreativas.
	Hogares de Ancianos	Instituciones sociales que ofertan servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades, curativos y de rehabilitación así como actividades socioculturales y recreativas	Brindar cuidados a largo plazo de corta, mediana y larga estadía.	Adultos mayores frágiles y en estado de necesidad que no se benefician con otras alternativas no institucionales en la comunidad.	Servicio de cuidado de larga estadía.
	Subprograma de Atención Hospitalaria	Se ocupa de la atención médica social a los adultos mayores en los niveles secundarios y terciarios del sistema.	Contribuir a elevar la calidad de la asistencia médico-social a los adultos mayores en los hospitales, mediante acciones de promoción, prevención y terapéutica integral incluyendo la rehabilitación, en íntima relación con los demás niveles intrasectoriales de atención médico social del Sistema Nacional de Salud y con los niveles intersectoriales de atención al adulto mayor, así como la participación activa de la comunidad.	Población de 60 años y más	Servicios de geriatría
	Servicios de Geriatría		Brindar una atención más especializada a los adultos mayores.	Adultos mayores con múltiples enfermedades, con complicaciones crónicas y agudas, con pérdidas funcionales.	
	Programa Nacional de Vacunación			Población mayor de 60 años de riesgo	Servicios de vacunación contra la influenza y el toxoide tetánico.

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación
Ministerio del Trabajo y Asistencia Social				Población mayor de 60 años	El régimen de seguridad social concede prestaciones monetarias, en servicios y en especies.
Universidad de La Habana	Programa Nacional de Educación para el Adulto Mayor	Línea de acción para mejorar el entorno físico y social de las personas mayores. En ese contexto se crea la Universidad para la Tercera Edad.	El objetivo fundamental es la superación cultural, la actualización científico-técnica y la reinserción social de las personas mayores.		Capacitación y educación.
	Club de los 120 años	Asociación que organiza actividades educativas y de promoción de la salud.	Promover actividades educativas y de promoción de salud.	Personas de todas las edades que aspiran a una longevidad satisfactoria mediante actividades educativas, de promoción de salud, y de participación social, favoreciendo la solidaridad y relación intergeneracional.	Participación social
	Geroclub	Son estructuras integradas por adultos mayores	Fomentar la creación y ampliación de la cultura informática y gerontológica a favor del desarrollo personal y comunitario, incrementando la calidad de vida del adulto mayor cubano.	Adultos mayores	Participación social
CARITAS-CUBA	Programa del Adulto Mayor	Organización de la Iglesia Católica	Conseguir una mejor calidad de vida y bienestar para las personas mayores a través de una estrategia de promoción, capacitación y sensibilización dirigida a diferentes actores de la comunidad eclesial y civil.	Adultos mayores	Promoción, capacitación y sensibilización. Servicios como comedores, lavatines, acompañamiento, limpieza a los hogares, peluquería/barbería. Participación y relaciones intergeneracionales.

## C. Mapeo Uruguay

**Tabla C.1**  
**Normativas**

<b>Año</b>	<b>Tipo</b>	<b>Normativa</b>	<b>Objetivos</b>
1998	Ley	Ley 17.066 Establecimientos permanentes o transitorios de adultos	Regular los establecimientos privados que ofrecen a las personas mayores vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios de acuerdo con el estado de salud de los beneficiarios.
2004	Decreto	Decreto 360/2004	Asignar a los jubilados y pensionistas con derecho a constituirse en beneficiarios del Programa de Soluciones Habitacionales (BPS-MVOTMA) un subsidio para el pago de los servicios de un hogar o residencia para personas mayores.
2015	Ley	Ley 19.353 Sistema Nacional Integrado de Cuidados	Crea el Sistema Nacional de Cuidados, sus principios orientadores, objetivos y estructura.
2015	Ley	Ley 19.355 (Art. 518)	Asignar al Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) la competencia de regulación y contralor referente a la materia social de los establecimientos que brindan cuidados a personas mayores.
2016	Decreto	Decreto 427/016	Definir conceptos técnicos e instrumentos para dar cumplimiento a los objetivos del Sistema Nacional de Cuidados y estructurar sus servicios, programas y subsidios.
2016	Decreto	Decreto 445/016	Definir las competencias, estructura e integración de la Junta Nacional de Cuidados y la Secretaría Nacional de Cuidados.
2016	Decreto	Decreto 444/016	Definir los cometidos e integración del Comité Consultivo de Cuidados.
2016	Decreto	Decreto 117/016	Crear y definir el servicio de Asistentes Personales para dependencia severa.
2016	Decreto	Decreto 428/016	Crear y definir las condiciones del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria.
2016	Decreto	Decreto 130/016	Regular la profesionalización de las tareas de cuidados a través de la formación y capacitación de las personas que prestan servicios de cuidados.
2016	Decreto	Decreto 356/016	Definir las condiciones exigibles de funcionamiento de los establecimientos y otros servicios públicos y privados que brindan cuidados permanentes o transitorios a personas mayores y articular las competencias del Ministerio de Salud y el de Desarrollo Social.
2016	Ley	Ley 19.430 Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	Aprobar la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

**Tabla C.2**  
**Programas**

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación	Cobertura
ASSE (Administración Nacional de Servicios de Salud del Estado)	Unidades de Larga Estancia del Centro Geriátrico Luis Piñeyro del Campo	Necesidad de brindar cuidado permanente y especializado a personas mayores dependientes en situación de vulnerabilidad socioeconómica y sin familia continente.	Brindar atención geriátrica gerontológica integral de personas mayores dependientes.	Personas de 65 años y más usuarias de ASSE de Montevideo, con dependencia de causa física y/o mental de grado moderado a severo, situación socioeconómica precaria (ausencia absoluta y objetiva de entorno socio-familiar continente e ingresos insuficientes) que no están cursando ninguna patología aguda que requiera atención en hospital de agudos al momento del ingreso.	Cuatro unidades del centro hospitalario que totalizan 300 camas y se denominan según el tipo de problema de salud que asisten: (A) Unidad de Alta Dependencia y Cuidados Paliativos, (B) Unidad de Semidependientes, (C) Unidad de Psicogeriatría y (D) Unidad de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias graves	Montevideo, 300 cupos.
ASSE (Administración Nacional de Servicios de Salud del Estado)	Unidad de Media Estancia y rehabilitación (UME) del Centro Geriátrico Luis Piñeyro del Campo	Procesos como una hemiplejía o el propio reposo prolongado en un hospital producen una pérdida de la capacidad en actividades de la vida diaria como desplazarse, bañarse, vestirse, comer solo, comunicarse, lo que afecta la calidad de vida del adulto mayor y a la familia.	Servicio asistencial geriátrico, que busca la rehabilitación de capacidades perdidas como consecuencia de procesos médicos, quirúrgicos y traumatológicos en un período de meses, abarcando las primeras etapas de la recuperación funcional del adulto mayor.	Personas mayores de 60 años, usuarias de ASSE de Montevideo con un domicilio al que retornar, frágiles y con potencial de rehabilitación y/o para convalecencia de procesos agudos tanto médicos como quirúrgicos.	Centro hospitalario de rehabilitación geriátrica, con una estadia promedio de 30 días, para usuarios provenientes de hospitales de agudos, convalecientes de problemas o secuelas de eventos agudos.	Montevideo, 12 cupos.
ASSE (Administración Nacional de Servicios de Salud del Estado)	Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (SAIC) del Centro Geriátrico Luis Piñeyro del Campo	Necesidad de contar con familias sustitutas que contengan y provean cuidados a personas mayores egresadas de unidades de larga estancia para que puedan insertarse en la comunidad.	Servicio asistencial de base hospitalaria, que realiza y promueve la reinserción de usuarios adultos mayores en la comunidad en el contexto de familias sustitutas, donde un miembro de la familia actúa como cuidador rentado mediante un contrato de servicios.	Personas mayores derivadas desde unidades internas de larga estancia, usuarios de ASSE, autoválidos o con discapacidad física o intelectual leve sin vínculos primarios y secundarios que dispongan de ingresos.	Servicio asistencial de base hospitalaria, que realiza y promueve la reinserción de usuarios adultos mayores en la comunidad en el contexto de familias sustitutas. El servicio provee apoyo y asistencia multidisciplinaria (geriátrica, psiquiatra, licenciado en enfermería, asistente social) desde el hospital Piñeyro del Campo.	Montevideo

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación	Cobertura
ASSE (Administración Nacional de Servicios de Salud del Estado)	Centro Diurno del Centro Geriátrico Luis Piñeyro del Campo	Necesidad de contar con servicios de atención diurna para personas mayores con dependencia leve.	Rehabilitar al adulto mayor vulnerable, desde el punto de vista cognitivo, funcional y social; promover el desarrollo de sus capacidades, trabajando en prevención y educación para la salud y fomentar la integración social, estimulando el trabajo intergeneracional.	“Personas de 65 años y más usuarias de ASSE (podrán ingresar pacientes provenientes de IAMC en cupo limitado si existen plazas libres y no existe lista de espera de usuarios públicos), autoválidas con facultades mentales preservadas o deterioro leve sin trastornos de conducta, sin patologías relevantes que condicionen incapacidad funcional, pero con problemas de incapacidad leves a moderadas rehabilitables con tratamiento indicado. Deben tener situación de precariedad económica y existencia confirmada de vínculos primarios continentales en lo económico y compromiso escrito de mantenimiento en el medio familiar y/o comunitario.	Servicio asistencial de estadía diurna de 40 plazas/lugares, que asiste a personas mayores que residen en la comunidad y que tienen un entorno o domicilio al que retornar.	Montevideo, 40 cupos
Ministerio de Desarrollo Social	Atención a personas en situación de calle que requieren cuidados	El Programa Cuidados brinda atención a personas en situación de calle con dependencia leve o moderada (no crónicas) en procesos de recuperación que no cuentan con recursos económicos para acceder a servicios de cuidado.	Brindar estadía transitoria, cuidados y acompañamiento en el desarrollo de las acciones cotidianas (alimentación, medicación, consultas médicas, entre otras) a personas en situación de calle o que no cuentan con las condiciones necesarias para la atención integral de su salud.	Personas en situación de calle mayores de 18 años en situación de dependencia (física o psíquica) leve o moderada o en procesos de recuperación que no cuentan con recursos económicos para acceder a servicios de cuidados.	Se brinda un lugar de estadía, en el cual se ofrece alimentación, cuidados de salud y acompañamiento que apuntan a la recuperación de funciones y capacidades en los pacientes. Se brinda orientación y apoyo para la gestión de documentación y acceso a beneficios sociales.	Montevideo

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación	Cobertura
Banco de Previsión Social	Componente Cupo Cama del Programa Soluciones Habitacionales	Necesidad de atender la problemática habitacional de jubilados y pensionistas de manera integral, en aquellas situaciones de alto riesgo, social y deterioro de la autovalidez de las personas. Dada su alta dependencia, en lugar de otorgar el derecho de uso de una vivienda se brinda un subsidio para cubrir los costos de un establecimiento de larga estadía.	Adjudicación de un subsidio para el pago de los servicios de un hogar o residencia para las personas mayores inscriptos en el Programa de Soluciones Habitacionales.	Jubilados y pensionistas que residen en los complejos habitacionales del BPS y se encuentran en situación de dependencia.	Se otorga un subsidio para costear un hogar o residencia de larga duración. El 70% del costo lo cubre el usuario con su jubilación o pensión y el resto el BPS a través de Fondo Nacional de Vivienda.	Nacional
Secretaría de Cuidados, Banco de Previsión Social	Asistentes Personales para Cuidados de larga duración para Personas en situación de Dependencia Severa	Necesidad de crear un servicio de cuidado para familias que tienen a su cargo personas en situación de dependencia severa, para que puedan financiar horas de cuidado a cargo de personas debidamente formadas.	Brindar atención, asistencia y promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia severa.	Personas en situación de dependencia severa, de cualquier edad, que sean ciudadanos naturales, legales o con residencia de 10 años o más en el país, que residan en su domicilio particular dentro del territorio nacional. (Actualmente para menores de 30 años y mayores de 79)	Horas mensuales de cuidado y asistencia personal para las actividades de la vida diaria a personas en situación de dependencia severa. El usuario podrá acceder a un subsidio económico total o parcial destinado de forma exclusiva a la contratación de 80 horas mensuales brindadas a través de una persona física o jurídica habilitada por la Secretaría Nacional de Cuidados. Dicho subsidio se determinará en función de la capacidad de pago de los hogares y la carga de cuidados asociada.	Nacional

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación	Cobertura
Secretaría de Cuidados	Teleasistencia domiciliaria	Necesidad de apoyar a las personas con dependencia leve o moderada en casos de emergencia de forma que puedan continuar residiendo en su domicilio.	Asegurar la recepción-derivación inmediata y oportuna frente a necesidades que pueda experimentar una persona en su domicilio, que requiera una intervención de terceros y no pueda comunicarla eficazmente por otro medio.	Personas en situación de dependencia leve o moderada, de 14 años o más, que sean ciudadanas naturales, legales o con residencia de 10 años o más en el país y que residan en su domicilio particular dentro del territorio nacional. (Actualmente para mayores de 69 años)	Servicio de teleasistencia que consta de pulsera o collar que al ser presionado activa una conexión con un centro de atención, disponible 24 horas durante todo el año. El usuario podrá acceder a un subsidio económico total o parcial destinado de forma exclusiva a la contratación de un servicio de teleasistencia domiciliaria brindado a través de una persona jurídica habilitada por la Secretaría Nacional de Cuidados. Dicho subsidio se determinará en función de la capacidad de pago de los hogares y la carga de cuidados asociada.	Nacional
Secretaría de Cuidados	Centros Diurnos	Necesidad de crear centros de día en barrios y localidades del interior para personas mayores en situación de dependencia leve o moderada, con el fin de brindar cuidados de calidad, y así como proporcionar tiempo libre a familiares, principalmente mujeres, que se encargan de sus cuidados de forma cotidiana.	Brindar cuidados integrales a las personas mayores en situación de dependencia leve o moderada en un régimen ambulatorio, contribuyendo a su autonomía y retrasando la institucionalización. Redistribuir dentro de las familias la carga de cuidados.	Personas mayores en situación de dependencia leve o moderada que residen en sus hogares. (Actualmente en proceso de convocatoria a organizaciones de la sociedad civil y cooperativas de trabajo interesadas en gestionar los centros).	Centros gerontológico-sociales que prestan cuidados integrales durante el día a las personas mayores en situación de dependencia leve y moderada que residen en sus hogares, buscando retrasar los procesos de institucionalización y brindar alivio a la familia cuidadora.	Canelones, Colonia, Lavalleja, Tacuarembó.

Institución	Programa	Fundamentación	Objetivos	Población objetivo	Tipo de prestación	Cobertura
Intendencia de Montevideo	Centros Diurnos	Necesidad de contar con servicios de atención diurna para personas mayores en situación de vulnerabilidad psicosocial.	Estimular la inclusión social de personas mayores de 60 años en adelante, en situación de vulnerabilidad psicosocial, mediante actividades de corte recreativo, deportivo, artístico y socializador.	Personas mayores de 60 años o más en situación de vulnerabilidad psicosocial.	Centros que brindan actividades de corte recreativo, deportivo, artístico y socializador	Montevideo (dos centros)



## Sobre las autoras

### **Elaine Acosta González (corresponsable del proyecto)**

Doctora en Estudios Internacionales e Interculturales (Universidad de Deusto, Bilbao, España), magíster en Estudios Sociales y Políticos Latinoamericanos (ILADES, Santiago de Chile) y socióloga (Universidad de la Habana, Cuba). Es codirectora del Programa Interdisciplinario de Investigación sobre Cuidados, Familia y Bienestar (CUIFABI) y corresponsable del Observatorio de Políticas Sociales Comparadas sobre Cuidados, Familia y Bienestar en América Latina. Actualmente se desempeña como Visiting Scholar., Cuban Research Institute, Universidad Internacional de Florida.

### **Florencia Picasso Risso (corresponsable del proyecto)**

Doctora (c) en Sociología (Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile), máster en Políticas Sociales (Instituto Universitario del Centro Latinoamericano de Economía Humana, CLAEH, Uruguay) y socióloga (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, UdelaR). Es investigadora asociada al Programa Interdisciplinario de Investigación sobre Cuidados, Familia y Bienestar (CUIFABI) y corresponsable del Observatorio de Políticas Sociales Comparadas sobre Cuidados, Familia y Bienestar en América Latina. Es profesora adjunta del Centro Universitario Regional del Este (CURE, Universidad de la República, Uruguay) y actualmente ejerce docencia e investigación en la Universidad Alberto Hurtado (UAH) y Universidad Playa Ancha (UPLA), Chile.

### **Valentina Perrotta González (Investigadora y Punto Focal, Referente de Uruguay)**

Doctora (c) en Sociología (Universidad de la República, Uruguay), magíster en Género Sociedad y Políticas (PRIGEPP, FLACSO, Argentina) y socióloga (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Udelar, Uruguay). Es directora de la División de Fortalecimiento y Estudios sobre Envejecimiento y Vejez del Instituto Nacional de las Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay, docente e investigadora del Grupo de Investigación, Sociología de Género del Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay e investigadora asociada al Programa Interdisciplinario de Investigación sobre Cuidados, Familia y Bienestar (CUIFABI).





Los desafíos que impone el envejecimiento poblacional en América Latina en un contexto de crisis de los cuidados plantean la necesidad de generar investigaciones en temas de políticas sociales comparadas. Este libro asume tal desafío, estudiando comparativamente los casos de Chile, Cuba y Uruguay, tres de los países más envejecidos en la región, cada uno con regímenes de bienestar diferentes y en consecuencia, con desarrollos diferenciados en cuanto a las políticas y programas de atención y cuidados en la vejez. Para formular lecciones y aprendizajes en la materia se analizan los marcos normativos, las políticas sociales y los programas y servicios destinados a la población de personas mayores. Con este libro se pretende promover una línea de estudios de políticas sociales comparadas sobre los cuidados en la vejez y el envejecimiento que monitoree el estado de avance, obstáculos y desafíos de las políticas sociales en torno al tema en América Latina.



PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO  
DE INVESTIGACIÓN SOBRE CUIDADOS,  
FAMILIA Y BIENESTAR



Konrad  
Adenauer  
Stiftung

SOPLA