


## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



**Reunión Técnica de la CAJS**  
*Capacitación y Protección Jurídica*  
*del Adulto Mayor*  
6 de noviembre 2003

**MEMORIA**



**Conferencia Interamericana  
de Seguridad Social**

**Serie Estudios**

**59**



**Secretaría General**  
Comisión Americana Jurídico Social

**Reunión Técnica de la CAJS**  
*Capacitación y Protección Jurídica del Adulto Mayor*  
Saint Michael, Barbados  
6 de noviembre 2003

**MEMORIA**

**Reunión Técnica de la CAJS**  
**Adulto Mayor, Calidad de Vida, Salud y Trabajo**  
6 de noviembre 2003

Ponencias presentadas en el Panel II  
*Capacitación y Protección Jurídica del Adulto Mayor,*  
a cargo de la Comisión Americana Jurídico Social  
Saint Michael, Barbados

Conferencia Interamericana de Seguridad Social  
Secretaría General  
Comisión Americana Jurídico Social  
Dirección General  
Subdirección General Jurídica  
Unidad de Asuntos Internacionales  
ISSSTE

**Serie Estudios 59**

**Conferencia Interamericana  
de Seguridad Social  
CISS**

**Santiago Levy**  
Presidente

**Jorge Meléndez Barrón**  
Secretario General

**Luis José Martínez Villalba**  
Director del CIESS

**Coordinación Técnica  
de la Secretaría General**  
Liliana Charles Cruz  
Eduardo Rodríguez Oreggia

**Coordinación Editorial**  
José Alberto Villasana Munguía  
Mayra Gómez Alvarado  
Francisco Escutia Álvarez  
Orpha Garrido Ruiz

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de su(s) autor(es) y no refleja necesariamente la posición de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme a la Ley ISBN 968-7346-92-2

**Comisión Americana Jurídico Social  
CAJS**

**Presidencia**

**Benjamín González Roaro**  
Instituto de Seguridad y Servicios  
Sociales de los Trabajadores  
del Estado (México)

**Vicepresidencias**

**Adolfo Aguirre Bayley**  
Caja de Jubilaciones y Pensiones  
Bancarias (Uruguay)

**Orlando Peñate Rivero**  
Ministerio de Trabajo  
y Seguridad Social (Cuba)

**Diego Vargas Sanabria**  
Junta de Pensiones y Jubilaciones  
del Magisterio Nacional (Costa Rica)

**Juan Carlos Cortés**  
Caja de Compensación Familiar  
(Colombia)

**Secretaría Técnica**

**Daisy Yolani Oseguera de Anchectta**  
Instituto de Previsión Social  
del Profesional del Derecho  
(Honduras)

# Contenido

<b>La Reforma de la Seguridad Social en Brasil.....</b>	<b>9</b>
Helmut Schwarzer	
<b>Acciones Educativas y de Capacitación para la Atención del Adulto Mayor.....</b>	<b>13</b>
Alejandro Cea Olivares	
<b>Los Servicios Sociales en la Tercera Edad.....</b>	<b>41</b>
Alfredo Conte-Grand	

# La Reforma de la Seguridad Social en Brasil

*Helmut Schwarzer\**

En Brasil existen tres grandes regímenes previsionales: el Régimen General administrado por el INSS, los Regímenes Propios de los Empleados del Sector Público y el Régimen de Previsión Complementaria, siendo los dos primeros obligatorios y el último voluntario.

En cuanto al Régimen General de Previsión Social, administrado por el INSS, el número de beneficios otorgados durante el periodo 2000-2003 presenta un incremento en tres principales áreas: urbana, rural y asistencial. En el año 2000, de un 19.3% de beneficios, 11.2% fueron urbanos, 6.0% rurales y 2.0% asistenciales; para el 2003, de un 21.5% de beneficios, 12.5% fueron urbanos, 6.7% rurales y 2.3% asistenciales. El Régimen General cubre a 28 millones de afiliados y paga mensualmente 21.7 millones de beneficios.

---

\*Secretario de Previdencia Social del Ministerio de Previsión y Asistencia Social de Brasil (MPAS).

En Brasil, aproximadamente 77.3% de las personas con 60 años o más reciben beneficios de alguna institución de seguridad social, incluyendo beneficios asistenciales y la Previsión de los Empleados Públicos.

En 1999, 34% de los brasileños vivían bajo la línea de pobreza. Si no fuera por la previsión, este porcentaje sería de 45.3%, o sea que, la previsión fue responsable de la reducción del nivel de pobreza a 11.3 puntos porcentuales, lo que significa que 18.1 millones de personas dejaron de ser pobres.

Respecto a la Previsión del Servicio Público tenemos que existe un Régimen Propio de la Unión Federal el cual estuvo propiciado por la Constitución de 88 y la Ley 8.112/90. También 26 Estados, el Distrito Federal y 2,140 municipalidades tienen afiliados a sus trabajadores en un régimen propio. Estos tres grupos de funcionarios federales, estaduais y municipales vinculados a regímenes propios en su conjunto suman 5,148,872 trabajadores activos, 1,784,710 inactivos y 1,041,477 pensionistas. Otras 3,419 municipalidades vinculan sus funcionarios al INSS.

La notable diferencia de reglas de acceso a beneficios entre el Régimen General (INSS) y el Régimen de los Funcionarios Públicos, así como la necesidad de financiamiento elevada para este último, fueron la principal causa para proponer una reforma, además de que con ella se pretendía establecer una equidad social, alcanzar mayor sostenibilidad en el largo plazo y ajustarse a los cambios demográficos y a la necesidad de la sociedad de tener mayor solidaridad. No se puede pasar por alto la situación de los adultos mayores, ya que representan 8.6% de la población, lo que equivale a 14.5 millones. En relación a 1991, hubo un crecimiento de 35.6% en el número total de personas mayores.

Sin embargo, y a pesar de que la población brasileña tiene una alta expectativa de vida, la edad de jubilación promedio de los funcionarios civiles del Poder Ejecutivo se registra en mujeres entre los 51 y 55 años (30.1%) y en hombres entre 56 y 60 años (26.9%). En diciembre del 2002, de los trabajadores del Ejecutivo Federal el 71% tenían edad superior a los 40 años y estaban a menos de diez años de completar todos los requisitos para pensionarse de acuerdo con las reglas antiguas. Eso hacía crítica la reforma del sistema de los funcionarios públicos con especial énfasis para la postergación de la edad de retiro.



El sistema de seguridad social brasileño tiene un tratamiento diferenciado entre los funcionarios públicos y los trabajadores privados. Los primeros no tienen establecido un tope de remuneración, la edad mínima para pensionarse es de 53 años, el cálculo de la pensión por tiempo de contribución se determina de acuerdo a la última remuneración bruta y el ajuste está en función de los sueldos de los trabajadores activos. Los segundos cuentan con un tope salarial, no tienen una edad mínima para pensionarse, pero el cálculo de la pensión por tiempo de contribución se determina de acuerdo con el promedio de los sueldos multiplicados por el factor provisional (que contiene la edad) y el ajuste está en función de la inflación.

Una vez expuestas ciertas características del sistema de seguridad social brasileño, las principales propuestas en el proceso de reforma han sido: aumentar la edad mínima de jubilación de 53 a 60 años para hombres y de 48 a 55 para mujeres, establecer una nueva regla de cálculo para determinar el monto de las jubilaciones y pensiones, establecer un tope de remuneración también para los futuros funcionarios públicos, así como otorgarles a éstos una previsión complementaria; aplicar un tope de remuneración en general en los salarios y pensiones a los trabajadores del sector federal, estadual y municipal, indexación de las jubilaciones y pensiones de acuerdo a la inflación, fomentar incentivos que permitan al trabajador permanecer activos y unificar los Órganos Gestores de los RPDS en los entes federados.



# **Acciones Educativas y de Capacitación para la Atención del Adulto Mayor**

*Alejandro Cea Olivares\**

En este escrito se describen las acciones de educación y cultura que se realizan en el Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado –en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de México– para atender y apoyar a los viejos.

El ISSSTE cubre aproximadamente a 10,000,000 de mexicanos. De ellos, 1,365,249 son derechohabientes con más de 60 años de edad; es decir, 13.3% que se distribuyen de la siguiente forma: derechohabientes entre 60 y 70 años, 675,325; derechohabientes con más de 71 años, 689,924; empero, esta cifra se incrementa considerablemente, pues muchos de los trabajadores dan de alta a sus padres cuando éstos llegan a la vejez y a la dependencia.

---

\*Subdirector de Capacitación y Servicios Educativos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Asimismo, atiende a maestros, trabajadores de salud, de caminos, de agricultura, policías, en fin, a la gran mayoría de los trabajadores del Estado y a sus familiares. Con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atiende a trabajadores del sector privado y del sistema desconcentrado de salud en cada entidad federativa, bajo las normas de la Secretaría de Salud que atiende a la población abierta, el ISSSTE es pieza fundamental del sector salud y seguridad social de México.

El ISSSTE ofrece 21 prestaciones, siendo la más importante la de los servicios de salud en los tres niveles de atención; las pensiones, los créditos para habitación, las estancias para niños y, entre otras prestaciones, velatorios, un gran sistema de tiendas y farmacias y servicios turísticos. Puede afirmarse que desde la concepción hasta la muerte, el ISSSTE tiene algo que ver con los trabajadores del Estado y sus familiares.

Para atender a la población, el ISSSTE tiene 20 grandes hospitales; cerca de 150 clínicas y cerca de 1,000 consultorios. Cuenta con más de 200 tiendas y son alrededor de 300 las estancias donde los niños son atendidos.

La población cubierta por el ISSSTE es crecientemente una población envejecida. Hoy, cerca de medio millón de jubilados y una cifra similar de personas envejecidas, trabajadores o sus familiares, están inscritos en el ISSSTE, por ello la preocupación por atender a los viejos. Preocupación y responsabilidad ante la sociedad.

Al igual que nuestras sociedades y nuestras instituciones, al ISSSTE le ocurrió un fenómeno similar: amanecemos viejos y pobres. De ser, orgullosamente, una sociedad de niños y jóvenes que, con muchos trabajos, había ido logrando dar a las nuevas generaciones salud y educación, de pronto nos encontramos con que los problemas están en la otra punta de nuestra pirámide.

El proceso de envejecimiento tiene un fuerte dinamismo y acompaña al empobrecimiento de grandes núcleos de población y al cambio de la estructura familiar. Cuando los grupos infantiles y juveniles dominaban, México, por ejemplo, tenía un crecimiento económico de más del 6.0% anual. Hoy que comienzan a dominar los muy viejos sobre los neonatos, nuestro crecimiento es, en el mejor de los casos, de 1.5%, por no hablar del endeudamiento y de la creciente separación de los grupos sociales.

Para cuidar a estos viejos la estructura familiar tradicional se las sabía arreglar. Las mujeres permanecían en casa. En unos cuantos años la migración campocidad y los procesos de industrialización y urbanización pusieron en crisis a la familia tradicional. Hoy son mayoría las denominadas familias nucleares; hoy la fuerza de trabajo tiene un importante componente femenino. Los viejos se quedan solos.

Los viejos ya están, ya estamos aquí, y al avanzar el siglo XXI será la población predominante. Para el 2050 ocurrirá lo contrario que en 1950. Del denominado «baby boom» pasaremos a la explosión demográfica de los viejos.

### **Envejecimiento y salud**

Ser viejo cuesta y cuesta mucho. En México 30% del gasto en asistencia se asigna a pensiones y jubilaciones; para pagarlas el ISSSTE tendrá que ser apoyado en 6 años con un gasto similar al gasto educativo de un año. El 30% del presupuesto en salud se otorga a las personas mayores.

Las clínicas de primer nivel del ISSSTE son visitadas constantemente por personas mayores de 60 años en busca de atención, aparentemente por problemas de diabetes o de hipertensión; sin embargo, los problemas reales son el abatimiento funcional, la depresión y el aislamiento, entre otros. Además hay clínicas donde 80% de sus pacientes son personas mayores.

Por su parte, en los hospitales generales y en los de alta especialidad denominados regionales, más del 50% de los usuarios son personas mayores. Si quitamos a las parturientas, 60% de las camas de hospital son ocupadas por personas con más de 60 años y el ISSSTE gasta más del 25% del costo de productos farmacéuticos en estas personas.

A pesar de que nuestros viejos son, evidentemente, un estrato mayoritario en los servicios de salud, falta mucho por conocer acerca de sus problemas y, más aún, por experimentar los procesos de prevención y curación que requieren. En la salud de los viejos se manifiestan las carencias del propio sector salud.

Ejemplificar esto es fácil y penoso: los viejos llegan al hospital a morirse, sin que ninguna política de prevención obligue a cuidar que no lleguen tan deteriorados al hospital; las estadísticas de morbilidad lanzan un penoso 75%, olvidando que entre los 75 y 90 años de edad hay tanta diferencia biológica y psicológica como la existente entre un adolescente de 15 años y un adulto de 30. Pero más grave aún es el poco respeto que se guarda a la clasificación de enfermedades como la demencia, la incontinencia, la depresión, las caídas, el delirium, que también son causantes de enfermedad y muerte. Estas enfermedades tienen un denominador común que es el abatimiento funcional y la creciente dependencia de otros para su cuidado. No existe ni siquiera una buena clasificación para definir lo que comúnmente llamamos caídas.

Más aún, si en la salud se manifiestan y concentran un sinnúmero de asuntos sociales y culturales, en los viejos se manifiestan con claridad problemas de la educación y valores de la sociedad de la desigualdad social, de la pérdida de capacidad de reacción ante problemas que a todos atañen.

### **De la segregación a la integración: el reto de una nueva cultura**

Los costos en salud, los esfuerzos de toda la sociedad para apoyar a los viejos, en fin, la renovación de las instituciones de seguridad social y las nuevas formas para su financiamiento dependen y forman parte de una cultura, es decir, de un conjunto de valoraciones y de formas de actuar.

La figura del viejo en nuestros países es polivalente. Se asume su sabiduría y sus aportes que merecen gratitud; se aceptan, sin embargo, poco se les requiere y los requeridos son pocos en comparación con el resto de los grupos de edad.

Dentro de los modelos culturales dados por la literatura, la vejez es compañera de todos los vicios de los dictadores que el realismo mágico latinoamericano nos ha regalado. La vejez, sin embargo, puede ser razón de amor y de dignidad. Pero, en síntesis, a la vejez le pasa lo que a Arcadio Buendía, sigue viviendo porque hasta su creador lo olvidó y qué buen olvido, para que no pase con él la propuesta de «La Guerra del Cerdo» donde los viejos por ser viejos son cazados y asesinados en el Buenos Aires de los sesenta.

Quizá, no quisiera hacer mala sociología, con los viejos pasa lo que a diversos estratos sociales ocurre, a través de nuestra historia: son negados. En un primer momento no son percibidos o de serlo son asumidos a realidades aceptadas. Luego, aunque percibidos, lo son en forma general, sin preocuparse por sus diferencias, por sus expectativas; se les pretende resolver o disolver sin su participación.

Asumir a los viejos significa en los hechos integrarlos, develarlos, aceptarlos, conocerlos y vernos frente a frente con nuestro futuro. En buena medida, profundizar en algunos valores heredados de nuestras raíces culturales más sólidas y, al mismo tiempo, negar, en mucho, lo que la modernidad nos ofrece.

Así, cuidar del viejo significa reivindicar a la persona humana como digna de ser respetada y cuidada, independientemente de los beneficios materiales que pueda otorgar. Así, el mandamiento ético del Sinaí adquiere su carácter absoluto: cuidar al viejo es votar por el valor del hombre; dejando al margen la utilidad de sus productos; es asumir el valor absoluto del pobre y del débil. Es, a fin de cuentas, tomar en serio el valor no relativo a nada de lo mandado en otra montaña.

El cuidado de la vejez muestra la capacidad de gratitud de una sociedad y de aprendizaje de su historia. Gratitud en doble sentido: agradecer lo recibido y ofrecer algo sin esperar nada.

Subyacentes a las políticas de atención a los viejos es el gran deseo de reconstituir y fortalecer a una sociedad golpeada. El gran misterio de la participación y del dar, el cual descubre que dar enriquece y perder lleva a ganar, es quizás aquello que los viejos nos vendrán a develar en estos albores del siglo XXI que amenaza con seguir tomando como buena la ecuación entre ser más y tener más y ser más poderoso.

## CONTRIBUCIÓN DEL ISSSTE

### *Búsqueda de apoyos a los ancianos*

La contribución del ISSSTE forma parte y se enmarca dentro de diversas políticas de atención al adulto mayor en México. Éstas se pueden tipificar, desde luego, en las reformas o la emisión de leyes que tienden a la protección de los derechos de los ancianos y en la reforma de las instituciones asistenciales. Siguen a estos cambios los destinados a lograr la oferta generalizada de salud para todos los habitantes. Así, por ejemplo, con el Seguro Popular que se espera cubra a 20,000,000 de mexicanos, y que aunado a la propia labor del ISSSTE y del Instituto Mexicano del Seguro Social, daría un altísimo porcentaje en salud en México.

Junto con estos cambios se dan medidas, a veces consideradas populistas, consistentes en la asignación directa a los ancianos de alimentos, medicinas o dinero; además, ya desde hace años, existen programas de descuento a través de la antes denominada tarjeta del INSEN que ofrece hasta 50% en transportes y 10 ó 15% en las compras de las tiendas del ISSSTE, así como apoyos especiales.

Por último, una de las búsquedas más importantes se refiere a las estrategias de fortalecimiento de la familia y de la comunidad con el fin de lograr una participación común de las instituciones y de la sociedad en el cuidado del anciano.

### *Papel del ISSSTE*

Con el fin de adecuar los servicios de salud del ISSSTE a las necesidades y cuantía de los derechohabientes viejos, se han realizado importantes acciones entre las que destacan: la apertura de 117 módulos gerontológicos en el primer nivel de atención y 30 servicios geriátricos en hospitales y clínicas. Estos servicios operan con personal formalmente capacitado.

El módulo recibe, canaliza y da seguimiento al tratamiento del adulto mayor. El Servicio de Geriátrica se une con las otras especialidades para prevenir nuevos problemas en la internación hospitalaria.

Estos cambios se manifiestan en un nuevo proceso de prevención de la salud con el cual, mediante el llenado y análisis de una cartilla de salud, las personas



mayores de 40 años comienzan a desarrollar el denominado «Plan Individualizado de Salud para un buen Envejecimiento». Además de crear una nueva cultura de prevención, se espera que, de llevarse a cabo con toda seriedad este proceso, cambie el perfil epidemiológico del ISSSTE.

Este proceso de transformación de las clínicas y hospitales deberá ser complementado con cambios en todo el proceso de administración de la salud, la estadística, el presupuesto, el tipo de instalaciones, la selección de medicamentos y los estilos y procedimientos que se relacionan con los derechohabientes, para que los viejos puedan tener el lugar que por su número y calidad merecen.

La atención a los ancianos tiene como condición esencial la formación de personal. Existe una gran carencia de especialistas para la atención de los adultos mayores. En México, hasta el momento se han formado 262 geriatras y 800 gerontólogos, de los cuales al menos 30% ha sido formado en el ISSSTE.

La proyección de necesidades en México obliga a formar 800 geriatras y al menos 5000 gerontólogos. La distancia entre lo real y lo ideal es muy grande. Por ello, será necesario aplicar nuevas fórmulas de formación que, con la utilización de medios electrónicos y de estadías intensivas en hospitales, aseguren la calidad y un mayor número de participantes.

Empero, el gran reto del ISSSTE es asegurar que todo el personal de salud tenga conocimientos y habilidades sobre el envejecimiento. En el ISSSTE se realizarán, en todas las clínicas y hospitales, "Jornadas de Sensibilización y Actualización Gerontológica" para que todo el personal maneje el discurso básico gerontológico y sepa enfrentar y canalizar a los viejos y a sus familiares.

Actualmente se forman geriatras y gerontólogos en 30 centros de capacitación en todo el país y se ofrecen los diplomados en *Enfermería Geriátrica*, *Odontogeriatría* y, en colaboración con instituciones de formación técnica, se están formando gericultistas.

Es digno hacer notar el establecimiento de un diplomado en docencia médica en el ISSSTE, el cual está destinado a fortalecer las capacidades de los médicos de

clínicas y hospitales que forman a nuevos médicos y especialistas. Sin embargo, se mantiene como un importante reto la mejora de los procesos didácticos en la enseñanza de la medicina.

Es notable que los procedimientos de enseñanza tienen, al parecer, escaso impacto en la formación de los alumnos y una muy pobre, sino es que nula evaluación. La reforma de los procedimientos exige especialmente prácticas dirigidas en las cuales los maestros experimentan diversas formas de acercamiento a un contenido y de observación del desempeño de sus alumnos. Para la formación de especialistas en envejecimiento, el ISSSTE deberá desarrollar fuertes innovaciones en la preparación de los maestros.

Para avanzar en la atención a los viejos es necesario, además, tener como instrumento principal la participación de la familia y de la sociedad. Entre mayores y mejores experiencias se tienen en la atención a los viejos, más se demuestra la insuficiencia de las instituciones y las necesidades de las familias.

Sólo la unión de fuerzas sociales con las instituciones permite ofrecer al viejo todo aquello que requiere para su salud, su tranquilidad, su bienestar. La institución le ofrece a la familia aquellos recursos a los que, de ninguna manera, puede tener acceso por sí misma, tales como los especializados en salud y, sobre todo, la formación y apoyos necesarios para cuidar bien de los viejos y en bien de la familia.

Además, el gran valor moral que significa atender a un viejo exige una importante base de conocimiento y experiencia. La decisión ética de hacerse cargo de un viejo tiene como componente necesario la decisión de aprender.

### **EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA**

El que se mantengan en América Latina tan altas tasas de analfabetismo o de la educación básica inconclusa; el que cualquier evaluación del mundo de los adultos demuestre un mal manejo de las habilidades básicas para el aprendizaje y, sobre todo, el que muy diversas campañas educativas para adultos no tengan el éxito esperado, indica que no es fácil el logro de aprendizajes permanentes y operantes en el mundo de los adultos.

Los aprendizajes de los adultos deben, eso se afirma en todo discurso y difícilmente se logra, ser relevantes para la vida y tener vinculación con lo ya sabido. La formación para el cuidado de ancianos, en este caso, hace realidad este principio si logra asegurar a los cuidadores, en primer lugar, aquellas habilidades que le ofrecen éxito, es decir, menor tensión y mayor eficacia y, junto con ello, favorezcan la formación de actitudes por las cuales atiendan tanto la independencia y respeto a la individualidad de quien cuida, como la propia. Los conocimientos teóricos quedan, así, en tercer lugar y deben ser un mero apoyo al desarrollo de habilidades y de actitudes.

A pesar de ser una necesidad social objetiva, la participación de adultos en procesos educativos siempre es difícil y alcanza regularmente bajos índices de cobertura. Cuando la acción educativa tiene cobertura y validación regional los alcances son mucho mayores.

Por último, la condición del aprendizaje real es la seriedad en los programas de estudio, la utilización de materiales didácticos y la capacitación de los educandos.

### **Para fortalecer a la comunidad:**

#### **Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento**

El gran cúmulo de experiencias del ISSSTE en la atención a personas envejecidas y, en la relación con las familias, puede conjuntarse y superarse para ofrecer un servicio integral de educación, tanto a los cuidadores de las personas envejecidas, como a quienes desean profesionalizar su labor. Esta es una nueva fundación denominada Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento.

La Escuela cubrirá a todo el país; funcionará en más de ciento cincuenta ciudades donde ofrecerá actividades educativas para quienes cuidan de sus viejos, así como cursos formales a quienes puedan profesionalizar sus actividades de cuidador.

La Escuela además propondrá y desarrollará criterios y políticas de formación para profesionales de las diversas ramas de atención al envejecimiento y establecerá una política de estudios e investigaciones sobre envejecimiento.

La Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento deberá apoyar a los cuidadores para que:

- ❖ Puedan apoyar los movimientos físicos de los ancianos, evitarles riesgos y ayudarlos a la conservación de sus hábitos de higiene.
- ❖ Operen alternativas de alimentación balanceada y accesible, y procesos de ejercitación en apoyo a la preservación de la salud de los ancianos.
- ❖ Evalúen el estado de salud de los adultos mayores; detecten problemas y apoyen la realización de prescripciones médicas.
- ❖ Apoyen la integración familiar y social de las personas mayores y manejen adecuadamente las posibles alteraciones emocionales.
- ❖ Apoyen la realización de actividades destinadas a la vinculación entre cuidadores de adultos mayores y la prevención de problemas físicos y emocionales que causan sus actividades.

El Programa de Estudios se divide inicialmente en los siguientes módulos:

***Envejecimiento y Gerontología Social:*** Conjunto de informaciones y reflexiones para que los cuidadores aclaren sus conceptos, valoren su tarea y la encuadren dentro de procesos sociales y posibilidades de desarrollo personal más amplias. Los temas son:

- ❖ Situación demográfica del envejecimiento.
- ❖ Mitos sobre el envejecimiento.
- ❖ Familia y cuidados de las personas mayores.

***Atención a la Salud del Anciano:*** Problemas especiales en la vejez. Destinado a la identificación de problemas de salud y a prepararlos para actuar eficientemente ante ellos y en apoyo a los tratamientos médicos. Los temas son:

- ❖ Evaluación multifuncional de la persona mayor.
- ❖ Deprivación sensorial, de boca y pies.
- ❖ Hospitalización.
- ❖ Manejo de fármacos.
- ❖ Enfermedades usuales en la vejez: identificación, apoyo a su tratamiento y vinculación con equipos de salud.

***Cuidado Diario de las Personas Mayores:*** Actividades destinadas a apoyar al cuidador para su labor eficiente con las personas mayores, sus familias y su entorno social, en los aspectos psicológicos y físicos de la vida cotidiana del anciano. Los temas son:

- ❖ Psicología de la vejez: sexualidad, la vida en soledad.
- ❖ Relaciones familiares y con el entorno.
- ❖ Adaptación de vivienda y mobiliario.
- ❖ Nutrición y ejercitación.
- ❖ Uso del tiempo.
- ❖ Elementos de enfermería para la movilización y rehabilitación.

***Desarrollo y Bienestar de los Cuidadores:*** Es un conjunto de actividades destinadas a apoyar la salud y bienestar de los cuidadores, a través del apoyo mutuo y la continuidad de la capacitación. Los temas son:

- ❖ Planeación y organización de tiempo.
- ❖ Autoevaluación física y emocional.
- ❖ Apoyo para el cuidador.

## FORMACIÓN DE LA ESCUELA

La formación de la Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento implica, además del diseño de programas de estudio y materiales didácticos, la capacitación a los instructores, la habilitación de espacios y el apoyo de instituciones educativas.

Los primeros objetivos son la formación de un banco de instructores en asuntos de envejecimiento; el establecimiento de criterios para acreditar sus saberes y la elaboración de un Programa de Capacitación Pedagógica.

Además, en cada Delegación se establecerán instancias para atender a los cuidadores y se desarrollarán procesos de vinculación con instituciones educativas locales para la acreditación de habilidades y la participación de instructores.

La recuperación sistemática y ordenada de las percepciones de los adultos mayores y de sus cuidadores es una investigación inicial realizada por todas las delegaciones institucionales. Ella comienza a arrojar datos sumamente interesantes.

El cuidador, al parecer, tiene una carga moral muy grande y se encuentra perplejo ante la nueva situación que se le presenta con el adulto mayor. Esta carga moral, impide que se distingan con claridad las propias posibilidades y responsabilidades. El cuidador se sabe débil y se siente responsable y culpable de todo. Al médico se le percibe como omnipotente. En todos los casos se tiene conciencia de la necesidad de saber qué hacer y el deseo de que alguien lo diga. El saber manejar al enfermo y conocer cómo alimentarlo; el saber comprender sus conductas y el no tenerlo en mayores riesgos, son las peticiones usuales de los cuidadores.

La percepción de las áreas médicas es despiadada: el cuidador es percibido como alguien que no sabe y que no trata bien al anciano. En todos los casos se exige que conozcan más: se les explique cómo manejarlo, cómo apoyar la medicación; cómo tratarlo mejor.

Estos resultados ofrecen un primer campo de acercamiento al adulto mayor. Representan una gran oportunidad para acercar, localmente, los programas de estudio a las necesidades reales y sentidas de los cuidadores.

## HORIZONTES DE REALIZACIÓN

### Posibilidades

- ❖ Vinculación con experiencias semejantes. Estadías y apoyos entre países.
- ❖ Estudio internacional de mejoras de atención y costo con el aporte social y de cuidadores.
- ❖ Estudio internacional sobre percepciones y desarrollo de cuidadores.
- ❖ Políticas y acciones comunes para formación de especialistas.
- ❖ Aporte social y cuidadores como política general.
- ❖ Vinculación con responsables de la educación para iniciar acciones en función de una nueva cultura del envejecimiento.

### **Amanecemos viejos y pobres**

En la década de los 50:

30% de la población entre 5 y 15 años.

Crecimiento económico de más del 7.0%

Población 60 y >: 2.0 millones

Para el 2000

Población entre 5 y 15 años: 17% del total.

Crecimiento económico de menos de 1.0%

Población 60 y >: 7.4 millones

### **Población derechohabiente**

**No. de derechohabientes: 7,166,050**

Trabajadores	2,429,700
Pensionistas por servicio	418,143
Pensionistas por riesgo de trabajo	10,111
Familiares	4,308,096

<b>Rango de edad</b>	<b>No. de trabajadores y derechohabientes</b>	<b>%</b>
<1 a 14 años	1,460,475	20.3
15 a 25 años	1,309,116	18.3
26 a 39 años	1,385,767	19.4
40 a 59 años	1,826,005	25.5
60 a > años	1,184,687	16.5



### Salud

Unidades de Medicina Familiar	927
Consultorios Auxiliares	105
Clínicas de Medicina Familiar	94
Clínicas de Especialidades	13
Clínicas-Hospital	71
Hospitales Generales	24
Hospitales Regionales	10
Centro Médico Nacional	1
<b>TOTAL</b>	<b>1,245</b>

### Servicios

<b>Estancias</b>	<b>270</b>
<b>Centros de Capacitación</b>	<b>38</b>
<b>SITyF (Tiendas y Farmacias)</b>	<b>380</b>
<b>TURISSSTE</b>	
Agencias	38
Hoteles y Balnearios	2
<b>Total</b>	<b>40</b>
<b>Talleres para jubilados</b>	<b>76</b>
<b>Centro de convivencia para pensionados</b>	<b>1</b>
<b>Centros culturales</b>	<b>74</b>
<b>Centros deportivos</b>	<b>9</b>
<b>Teatros y foros</b>	<b>3</b>
<b>Velatorios</b>	<b>7</b>
<b>Centros de incineración</b>	<b>3</b>
<b>Panteón</b>	<b>1</b>

### **Plantilla Médica**

(Personal médico)

Unidades de Medicina Familiar y Consultorios Auxiliares	892
Clínicas de Medicina Familiar	2,095
Clínicas de Especialidades y Clínicas-Hospital	4,119
Hospitales Generales	2,088
Hospitales Regionales	1,827
Centro Médico Nacional	302
<b>TOTAL</b>	<b>11,323</b>

De la mala generalización al conocimiento detallado.

De la negación a la aceptación de la presencia.

De presencia callada a la reivindicación.

Hasta llegar a la participación y presencia.

La sociedad se redescubre....

Se revalora....

Se desarrolla y potencia....

### **Los viejos en la cultura**

Se toman en serio los mandatos dados en dos montes.

Se reafirma la vinculación con el pasado.

Se revitaliza a la sociedad.

Uno de los grandes impulsos para América Latina puede ser el descubrir, aceptar, asumir a sus viejos.

### **Personas mayores de 60 años:**

Presupuesto en 30% a pensiones y jubilaciones, y a salud.

60% de camas de hospital

Hasta 80% de primer contacto y 25% de todas las recetas.

### **A pesar de esto:**

Faltan políticas de prevención.

Especialistas son escasos.

**Estadísticas marcan 75 y >**

**Sin clasificación de enfermedades.**

**Los viejos se enferman y se mueren de:**

*Diabetes e hipertensión*

*Tumores*

*Problemas respiratorios*

**Los viejos se enferman y se mueren de:**

*Depresión*

*Demencia*

*Artritis*

*Desnutrición*

**Políticas para el envejecimiento**

Marcos legales para cuidar de derechos.

Redefinición de instituciones.

Atención especializada.

Prevención de salud.

Formación de personal.

Oferta generalizada de servicios de salud.

Apoyos monetarios o alimenticios.

Servicios diversos con descuento.

**Fortalecimiento de familias y comunidades.**

## **El ISSSTE ante los viejos**

Mantenimiento de poder de las pensiones.

Transformación de la atención en salud.

Formación de personal especializado.

Fortalecimiento de la familia y la comunidad.

## **Programa de Envejecimiento Digno**

**No segregar al viejo ni en los servicios médicos;  
Sí apoyarlo con servicios especiales.**

Apoyar cultura de prevención con cartilla especializada.

En cada clínica u hospital se de atención especial.

Procesos de rehabilitación en el mayor número posible de clínicas.

Formación, por su tipo de demanda, de centro Gerontológico (Centro de la Ciudad de México).

117 Módulos gerontológicos hacia uno en cada unidad de salud.

30 módulos de rehabilitación.

30 servicios de geriatría en hospitales y clínicas.

Revisión del cuadro básico de medicamentos.

Aplicación de 120,000 vacunas.

150,000 cédulas de geroprofilaxis.

## **Formación de especialistas**

**El ISSSTE forma en sus instalaciones y a través de vinculación con Consejos de Formación Profesional e instituciones educativas:**

Médicos geriatras y gerontólogos, y enfermeras geriátricas en cursos y residencias hospitalarias.

Gericultistas en colaboración con instituciones de educación técnica.

**Forma gerontólogos con sistema de educación a distancia.**

**Apoya formación docente de maestros médicos.**

### **Criterios educativos**

Gran dificultad para establecer programas educativos en adultos.

Aprendizajes relevantes y exitosos.

Prioridad a desarrollo de habilidades vs. enseñanza conceptual.

Formación de actitudes vs. aislamiento y competitividad.

**Para impacto social: multiplicidad de actividades.  
Validación en una región.**

### **Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento**

Actividades educativas para quienes cuidan de sus viejos.

Cursos formales para profesionalizar actividades del cuidador.

Políticas para formación de geriatras y gerontólogos.

Difusión y actualización a médicos y equipos de salud.

Estudios e investigaciones.

## **Finalidades**

Apoyar los movimientos físicos de los ancianos, evitar riesgos, conservar hábitos de higiene.

Alternativas de alimentación balanceada y ejercitación.

Evaluar estado de salud de los adultos mayores y apoyar la realización de prescripciones médicas.

Apoyar la integración familiar y social de las personas mayores y manejo de alteraciones emocionales.

Vinculación entre cuidadores de adultos mayores y la prevención de problemas físicos y emocionales que causan sus actividades.

## **Programa de estudios**

**Cursos libres, módulos, diplomado acreditado.**

**Módulos:**

Envejecimiento y Gerontología Social.

Atención a la salud del anciano.

Cuidado diario de las personas mayores.

Desarrollo y bienestar de los cuidadores.



## **Formación de la Escuela**

Actividades en más de 100 ciudades.

55,000 personas atendidas en 2004.

Banco de instructores y capacitación pedagógica a todos.

Elaboración de materiales y habilitación de espacios.

Acreditación y certificación por parte de instituciones educativas.

Campaña de difusión.

**Investigación sobre percepciones de cuidadores y médicos.**

## **Posibilidades**

Vinculación con experiencias semejantes.

Estadías y apoyos entre países.

Estudio internacional de mejoras de atención y costo con el aporte social y de cuidadores.

Estudio internacional sobre percepciones y desarrollo de cuidadores.

Políticas y acciones comunes para formación de especialistas.

Aporte social y cuidadores como política general.

# Los Servicios Sociales en la Tercera Edad

*Alfredo Conte-Grand\**

## *Servicios Sociales: Definición*

Los servicios sociales son prestaciones que se suman a otras previstas por la seguridad social. Aunque distintas, no son específicamente acciones totalmente separadas de la cobertura de vejez, incapacidad y muerte, salud, etc.; sino que las acompañan, complementan, mejoran y relacionan cada una de ellas con las demás, pretendiendo conseguir realmente un mayor bienestar.

## *Población de Tercera Edad: Algunas consideraciones iniciales*

La población de tercera edad a nivel mundial en 1999 representaba 10% del total y se estima que para el año 2050 alcance el 22%.

---

\*Secretario de Seguridad Social de Argentina

Como un dato importante, actualmente, dentro de los países que integran el MERCOSUR, su población de adultos mayores cuenta con el siguiente porcentaje: Argentina 4.9%, Brasil 13.4%, Paraguay 0.29% y Uruguay 0.57%.

Siendo Argentina el país que nos atañe, cabe mencionar algunos indicadores sociodemográficos que servirán de apoyo para el presente estudio. En 1980 la población total era de 28,093,507, mientras que en el 2002 llegó a 45,347,004; la esperanza de vida al nacer era de 70.20 y 12 años después fue de 77,50; el porcentaje de la población de 60 años y más era de 11.90 y posteriormente llegó a 15.80; la relación viejos/jóvenes (X 100) era de 26.60 y en el 2002 se estableció en 49.50; la tasa bruta de natalidad era de 23.10, posteriormente fue de 15.50, la tasa bruta de natalidad se encontró en 8.50 y para el año 2002 fue de 7.60.

### *Variables de Vulnerabilidad Edad-Vejez Frágil*

Podemos decir que para el año 2020, en América Latina se incrementará el número de personas de 80 años y la participación activa se verá duplicada; las personas de edad serán aproximadamente 8 millones en esta región y 1.5 millones en el MERCOSUR.

### *Variables de Vulnerabilidad (Género)*

Para el 2020, la relación por sexos de las personas que llegan a los 75 años se estima que alcanzará dos mujeres por cada hombre y el porcentaje de mujeres de más de 60 años será el triple que el de los hombres.

### *Variables de Vulnerabilidad (Pobreza)*

El porcentaje de población bajo la línea de pobreza se estima en 31.6 de varones y 30.2 de mujeres en relación con el total de la población, y de 16.6 de hombres y 13.8 de mujeres de 60 años y más. Según cifras del año 2001, el porcentaje de mayores de 65 años de acuerdo al tipo de pobreza y con relación al total de la población, 84.67% no es pobre, 3.95% presenta una pobreza estructural, 9.35% sufre una pobreza coyuntural y 2.02% padece una pobreza inercial. Ahora bien, por grupos de edades tenemos que de 0-5 años existe una pobreza de 57.30% del total de la población, 57.84% de 6 a 12 años, de 13 a 18 años 52.09% y de 65 años y más 15.33%.

Dentro de la canasta básica de atención a la población, los adultos mayores presentan necesidades diferentes en comparación con el resto de la sociedad y es que requieren de una atención en salud y medicamentos, así como adecuar la vivienda, contar con actividades recreativas, transporte y cuidados domiciliarios.

La cobertura provisional que se otorga a este grupo de personas es de 71.8%, del cual 77.7% se destina a los varones y 68.0% a las mujeres. En el año 2002, de las mujeres ubicadas en el rango de 60 años o más, 65% disponía de algún beneficio del sistema nacional, sin embargo, esta proporción disminuirá a 36% en 2025, y experimentará un leve repunte en el 2050, llegando al 39%.

En este mismo aspecto (cobertura provisional), las proyecciones actuariales estiman que para el año 2022 el 6.6% del total de la población adulta recibirá un beneficio del 2.6% y para el año 2050 el 11.3% obtendrá el 5.9%. En este mismo año habrá reducciones significativas, en lo relacionado con la jubilación, de 60% en 2002 a 20% en 2050 y la prestación por edad avanzada de 100% a 45%.

En cuanto a la cobertura de salud con la que cuentan los adultos mayores en Argentina, ésta es superior al resto de la población y se otorga a través de seguros sociales públicos o privados. El 86.53% tienen la cobertura de algún seguro de salud; 13.47% cuenta únicamente con el hospital público y el PAMI se hace responsable del 61% de esta cobertura.

Por la organización del sistema de atención de la salud en la Argentina, donde la cobertura de salud está fuertemente asociada a la prestación provisional, es posible una disminución progresiva de la cobertura de los seguros de obras sociales en un futuro no muy lejano. Asimismo, la cobertura social se puede ver afectada por ciertas variables, tales como la tasa de desocupación (13% en 2003) y la tasa de subocupación (16% en ese mismo año).

Por otra parte, hay que tomar en cuenta que ya que el objetivo es asegurar a todos los ciudadanos, esto implica incrementar la cobertura del sistema público de pensiones y la cobertura social de la población de 65 años o más.

### *Organizaciones de la Atención de los Adultos Mayores en la Argentina*

#### ● *Ministerio de Desarrollo Social*

Su objetivo es brindar a los afiliados servicios médicos asistenciales de protección, recuperación y rehabilitación de la salud, coordinando estas prestaciones con acciones de bienestar social; cuenta con una población beneficiaria de 3,116,730, de la cual 2,386 son mayores de 60 años (76.50%).

#### ● *Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social*

A través de la Administración Nacional de la Seguridad Social, tiene como objetivo cubrir las contingencias de vejez, invalidez y muerte. Dentro de éste existe el llamado Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones con alcance nacional, que fue instituido por ley y rige desde julio de 1994. Tiene una población beneficiaria de 3,006,000, de los cuales 2,741,059 (91%) son mayores de 60 años.

#### ● *Ministerio de Desarrollo Social*

Este ministerio basa sus funciones en:

##### - Programas Sociales Focalizados

Incluye el Programa de Cuidados Domiciliarios para Adultos Mayores y Personas con Necesidades Especiales, Programa de Promotores Comunitarios y cursos para responsables de residencias y centros de día para adultos mayores.

##### - El Consejo Federal de Adultos Mayores

En éste se concentra el trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con la problemática de la tercera edad, con participación mayoritaria de los representantes de adultos mayores pertenecientes a todas las provincias y regiones del país.

Contribuye y participa en la definición, la aplicación y el seguimiento de las políticas sociales dirigidas a la atención del sector de la población mayor, canalizando las iniciativas y demandas de los adultos mayores.

##### - Pensiones Contributivas

Su objetivo es combatir la pobreza e indigencia de los grupos más vulnerables de la población no cubiertos por el sistema previsional y que estén en situación de pobreza. Tiene 310,000 beneficiarios de los cuales 36,500 son personas mayores de 70 años.

A su vez, cuenta con dos planes, uno, denominado Plan Mayores, que otorga un subsidio para los mayores de 70 años en condiciones de pobreza y cuenta con 65.500 beneficiarios; otro denominado Plan para el Adulto Mayor Más, que a partir de agosto de 2003 estableció el derecho universal a un ingreso mínimo para mayores de 70 años en condiciones de pobreza, cuenta con 310,000.

Con respecto a estas organizaciones de mayores, más de 4,000 centros son hoy espacios institucionales donde gran cantidad de mayores desarrollan sus actividades y más del 13% de la población mayor participa en dichas organizaciones.

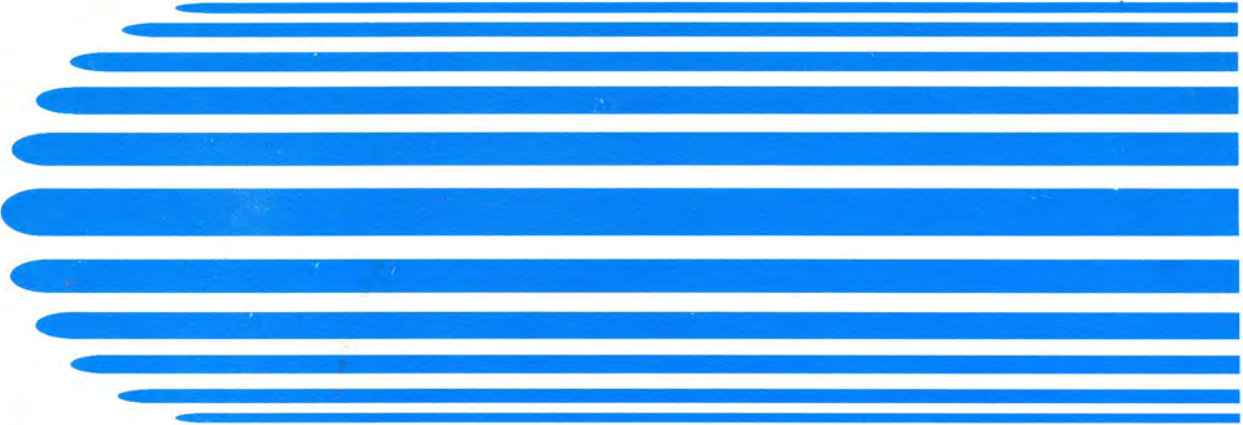
Es importante mencionar que es necesario promover la adopción de nuevas responsabilidades a través de la prestación de servicios a otros mayores, como acompañantes, cuidadores, promotores sociales a cargo de programas culturales, recreativos y preventivos. Esto permitirá la complementariedad entre el Estado y las organizaciones. Sin duda, la participación de las personas de edad es fundamental para lograr una mayor calidad de vida para este grupo, sus familias y la sociedad. Asimismo, las organizaciones de la sociedad civil han incrementado su protagonismo tanto por la oferta de servicios generada por su propia iniciativa, como a partir de su creciente participación en programas estatales, esto permite incrementar la capacidad para concentrar y generar espacios para la cooperación con objetivos y metas comunes.

Es importante señalar que la participación de las personas mayores en la defensa de sus derechos civiles será un factor decisivo en la construcción de instituciones capaces de gestionar una justa y equitativa distribución intergeneracional de recursos. También, el Estado deberá jugar un papel muy importante en este proceso, ya que con una dirección política bien fundada podrá descubrir, junto con los actores sociales, problemas y soluciones.

Finalmente, podemos decir que, en un contexto mundial, las relaciones del Estado, el mercado y las organizaciones de la sociedad civil requieren la acción concurrente de todos los sectores con el objetivo de enlazarse e influenciarse mutuamente.

**Reunión Técnica de la CAJS**  
**Capacitación y Protección Jurídica del Adulto Mayor**  
**Saint Michael, Barbados**  
*6 de noviembre 2003*

Editado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.  
Se terminó de imprimir en los Talleres Gráficos del ISSSTE,  
en el mes de Septiembre de 2004. Su tiraje consta de 250 ejemplares.  
La edición estuvo al cuidado de la Comisión Americana Jurídico Social.



El programa editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series de Estudios y Monografías, la revista Seguridad Social y el Boletín Informativo. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones, documentos y programas de la Seguridad Social.

La Serie Estudios, de la que forma parte este libro, cuenta con varios títulos que presentan el desarrollo y los avances de la Seguridad Social en sus distintas ramas. Su publicación se realiza conforme al programa aprobado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.