

Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento
en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades
y de protección social basada en derechos

Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007

URUGUAY

Informe de la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el
Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento

INFORME NACIONAL

APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACION PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

PRESENTACIÓN

I. AVANCES EN LAS AREAS PRIORITARITAS DE LA ESTRATEGIA REGIONAL

1.1. ÁREA PRIORITARIA I: ENVEJECIMIENTO Y DESARROLLO

META GENERAL: *Protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo.*

– Derechos Humanos

Objetivo: Promover los derechos humanos de las personas mayores

(i) ¿Cuáles son las principales reformas legislativas con relación a los derechos humanos de las personas mayores implementadas en los últimos cinco años? Indique el número de la ley, el año de aprobación y puesta en marcha. Anexe los documentos respectivos.

- *Ley No. 17.066 de 24/12/98. Hogares y Residencias para Ancianos.*
- *Ley No. 17.514 de 19/07/02. Violencia Doméstica. Se hallan normas de forma y fondo sobre el procedimiento judicial y estipulaciones sobre lo que puede ser considerado delito, y aunque ninguna se refiere al adulto mayor, se presume que le son aplicables por extensión.*
- *Ley No. 17.796 de 9/08/2004. Promoción Integral del Adulto Mayor (No se encuentra reglamentada). Incluye dentro de su contenido aspectos vinculados a los derechos humanos*
- *Ley de creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (A estudio en el Parlamento).*

(ii) Indique si su país ha avanzado en la reglamentación de leyes de protección de derechos de las personas mayores. Anexe los documentos respectivos.

- *A partir de la asunción del Gobierno actual se ha implementado el Plan de Atención a la Emergencia Social (PANES) en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el cual en una de sus líneas de acción otorga una prestación económica denominada Ingreso Ciudadano para aquellos ciudadanos en situación de indigencia. La población mayor de 70 años representa el 1% (Estudio CEPAL. Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. 2006)*
- *En el marco del derecho a la protección económica, la Ley No. 18.095 de 10/01/2007 “Prima por Edad” a jubilados del BPS mayores de 70 años y que perciben menores ingresos e integran hogares de escasos recursos económicos se les otorga la prima por edad a partir del 01/01/2007.*

- *Ley de perjudicados por la dictadura. Los presos y perseguidos por motivos políticos o sindicales acceden a una pensión especial reparatoria y recuperan derechos jubilatorios. Por la Ley No. 18.033 de 13/10/2006, los ciudadanos que no pudieron acceder al trabajo por razones políticas o sindicales entre el 9 de febrero de 1973 y el 28 de febrero de 1985 recuperan sus derechos jubilatorios y pensionarios.*

(iii) Indique si su país incluye la situación de las personas mayores en los informes presentados ante el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como establece el Comentario 6 de 1995 ó ante otros Comités creados por tratados internacionales de derechos humanos tales como el Comité de Derechos Humanos (ONU) o el Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU). Anexe información al respecto.

- *En dichos documentos no se hace referencia específica a la situación de las personas mayores.*

(iv) Indique las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole que han sido tomadas por el país para difundir e implementar las normas y estándares internacionales y regionales que protegen los derechos básicos y libertades fundamentales de las personas mayores.

- *Dentro de las medidas de carácter legislativo, se ha creado la Dirección de Derechos Humanos dependiente del Ministerio de Educación y Cultura (Art. 229 de la Ley de Presupuesto Nacional. El cargo de la Dirección fue cubierto por Resolución del Poder Ejecutivo de fecha 8 de febrero de 2006, aunque las actividades se venían realizando desde marzo de 2005). Con respecto a los adultos mayores se ha trabajado en conjunto con funcionarios de otras reparticiones públicas con responsabilidad: Intendencia Municipal de Montevideo, Intendencia Municipal de Canelones, Ministerio de Salud Pública, Banco de Previsión Social, Ministerio de Desarrollo Social, tratando de crear una coordinador; se trabajó en la semana del Adulto Mayor; se estudiaron y elaboraron modificaciones a los proyectos de ley que se encuentran a estudio en el Parlamento.*
- *Dentro de las medidas de carácter administrativo se destaca el Banco de Previsión Social a través de campañas de difusión a nivel nacional de los Derechos y Obligaciones sobre Seguridad Social.*
- *Asimismo, el Banco de Previsión Social, dentro de las medidas educativas ha realizado un Convenio con la Administración Nacional de Enseñanza Primaria para la inclusión en el Programa Oficial de 4º. 5º. Y 6º. año, en la Materia Educación Ciudadana, de la temática de Seguridad Social, Derechos y Obligaciones. Se está avanzando actualmente con Enseñanza Secundaria y Técnico – Profesional.*
- *Contribución de ONG Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor (CICAM) a través de la realización de Curso de Promotores de los Derechos Humanos de los Adultos Mayores, así como elaboración y difusión de una Guía de recursos vinculada al tema.*
- *Participación del Banco de Previsión Social en representación del Uruguay, en reunión de expertos en la temática de Abuso y Maltrato al Adulto Mayor y su Cuidador. Allí se elaboró la Declaración de Buenos Aires sobre el Maltrato a Personas Mayores en el marco del Proyecto “Compromiso con la Vida” organizado por la Sociedad Iberoamericana de Gerontología (SIG), Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Parlamento de la Tercera Edad, Años – Asociación Civil (16 - 20/07/07).*

(v) Indique si su país cuenta con adecuados procedimientos judiciales, administrativos o de otra índole, para presentar, investigar y resolver quejas con relación al cumplimiento de leyes, políticas y planes de envejecimiento. Otorgue información detallada sobre dichos procedimientos.

- *No cuenta con procedimientos específicos, pero existen procedimientos generales de recurrir contra el Estado, en los que se incluye la temática.*

Objetivo: Creación de las condiciones adecuadas para articular la plena participación de las personas mayores en la sociedad, con el fin de favorecer su empoderamiento como grupo social y fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa.

(i) Indique si su país ha ratificado el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Suministre la fecha de su ratificación. Si no ha ratificado todos los convenios, indique las razones del por qué no lo ha hecho.

- *Ley No. 15.737 del 08/03/1985. Ratifica Convención Americana sobre Derechos Humanos.*
- *Ley No. 16.519 de 11/08/94. Ratifica el Protocolo Adicional (Protocolo de San Salvador).*
- *Ley No. 16.735 de 23/01/96. Ratifica la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Para).*
- *Ley No. 17.330 de 09/05/01. Ratificación de la Convención interamericana para eliminación de todas las formas de discriminación hacia personas con discapacidad.*

(ii) Indique los mecanismos que su país ha establecido para incorporar a las personas mayores en el proceso de toma de decisiones (Consejos, procesos de consulta, etc.). Y dé ejemplos de su aplicación concreta en algún ámbito de política pública.

- *Representación de los jubilados y pensionistas en el Directorio del Banco de Previsión Social. Es electo a través de un acto eleccionario en el que participan todos los jubilados y pensionistas del país. El Banco de Previsión Social se ha creado como Ente Autónomo por Art. 195 Constitución de 1967 reformada por Plebiscito de noviembre de 1989. En Disposiciones Especiales Letra M, se establece la forma de integración del Directorio del Banco de Previsión Social con cuatro Directores políticos y tres Directores sociales, uno de los cuales es el representante de los jubilados y pensionistas. Dicha representación se efectivizó en 1992.*
- *Representación de Organizaciones de Adultos Mayores en la Comisión Asesora para la implementación de la Ley No. 17.066 de 24/12/98. (Residencias y Hogares de Ancianos).*
- *Participación de Organizaciones de Adultos Mayores en Mesas Coordinadoras de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social.*
- *Consejo Consultivo de Adultos Mayores de la Secretaría del Adulto Mayor de la Intendencia Municipal de Montevideo.*
- *Promoción de la participación y la formación de dirigentes voluntarios de organizaciones de adultos mayores (Banco de Previsión Social – Intendencia Municipal de Montevideo – Intendencia Municipal de Canelones).*
- *Promoción de la formación de redes de organizaciones de adultos mayores (Ej.: Red Nacional de Hogares de Ancianos; redes locales, departamentales y regionales). (Banco de Previsión Social). La Intendencia Municipal de Montevideo cuenta con el Programa Redes de Organizaciones de Adultos Mayores (Se adjunta información proporcionada por la Intendencia Municipal de Montevideo).*

- *Participación en Diálogo Nacional sobre Seguridad Social desde el 6 de junio de 2007. Se trata de una instancia técnico – político con el objetivo de promover un amplio proceso de diálogo sobre la Seguridad Social en Uruguay que incluya a todos los actores relevantes de la sociedad, con el propósito de generar insumos para eventuales futuras reformas. En dicho diálogo participan los propios adultos mayores por medio de sus organizaciones (ONAJPU), así como los trabajadores, empresarios junto con el gobierno, la universidad y los organismos internacionales (UN y AECI).*
- *Participación en Consejo de Economía desde el 7 de junio.*

(iii) Suministre información sobre el aumento de la organización de las personas mayores en su país en los últimos cinco años (número de organizaciones y de asociados) y dé ejemplos de la incorporación de estas organizaciones a la vida pública comunitaria, local o nacional.

- *El Banco de Previsión Social cuenta con un Registro Nacional de Instituciones (organizaciones sin fines de lucro para personas mayores). Es un registro de nivel nacional.*
 - **Año 2002:** Hogares de Ancianos: 89 – Asociaciones de Jubilados y Pensionistas: 139 – Clubes de Personas Mayores: 151 – Centros Diurnos y Refugios: 12 – Otros Servicios Externos: 43. Total: 434 (Datos Diciembre 2002).
 - **Año 2007:** Hogares de Ancianos: 87 – Asociaciones de Jubilados y Pensionistas: 135 – Clubes de Personas Mayores: 173 – Centros Diurnos y Refugios: 17 – Otros Servicios Externos: 46. Total: 458 (Datos Junio 2007).
- *La incorporación en la vida comunitaria incluye la implementación de proyectos que responden a necesidades y demandas de los adultos mayores de su comunidad (oferta de actividades y servicios); proyectos de carácter intergeneracional; participación en Mesas Coordinadoras y Consejos Asesores de nivel local; trabajo en red y representación de los jubilados y pensionistas en el Directorio del Banco de Previsión Social.*
- *La Intendencia Municipal de Montevideo, en el marco de los cometidos de la Secretaría del Adulto Mayor, lleva a cabo acciones permanentes que contribuyen a fomentar la inclusión social de los adultos mayores, a través del proceso de nucleamiento, sensibilización y socialización, para evitar la discriminación y el aislamiento. (Se adjunta información proporcionada por la Intendencia Municipal de Montevideo).*
- *La Intendencia Municipal de Canelones, a través de su Area de Adulto Mayor, cuenta con un Programa de fomento de la asociatividad, la participación y el fortalecimiento organizacional.*

– Empleo

Objetivo: Promoción del acceso, en condiciones de igualdad, al empleo decente, a la formación continua y al crédito para emprendimientos propios o comunitarios

(i) Suministre información sobre la situación y tendencias de empleo de las personas mayores en su país, desagregando la información según sexo y edades para los últimos cinco años.

Como es de esperar las tasas de actividad, de empleo y de desempleo son más bajas para los adultos mayores que para la población en general. También se observa que la participación femenina en el mercado laboral es menor que la masculina cualquiera sea la edad.

El 2002 fue el año en que se profundizó la crisis económica en Uruguay, proceso recesivo que se había iniciado en 1999 y del cual se comienza a salir en el segundo semestre de 2004. Eso hace

que todos los indicadores del mercado laboral mejoren en el 2006 y en particular los de los adultos mayores.

Teniendo en cuenta la observación de que la información de 2002 es de zonas urbanas y la de 2006 total país, de todas maneras, se constata que los crecimientos de las tasas de actividad y empleo (y las bajas de las tasas de desempleo) de los adultos mayores supera a los generales por sexo, y las diferencias son más marcadas en el caso femenino, sugiriendo que la reactivación mejoró la posición relativa de los de más edad, o mirado desde otro punto de vista, que cuando se produjo la crisis económica los que en mayor proporción fueron desplazados de los empleos fueron las personas de más edad y en especial las mujeres.

Tasas específicas de actividad, empleo y desempleo por sexo y tramo de edad de 60 y más de edad 2002 y 2006
(En porcentajes)

	2002			2006		
	Actividad	Empleo	Desempleo	Actividad	Empleo	Desempleo
Niveles:						
Masculino 60 y más	27,1	25,3	6,6	33,2	31,5	5,2
Total Masculina	70,7	61,2	13,5	72,3	66,3	8,2
Femenino 60 y más	11,5	10,5	8,9	15,5	14,5	6,5
Total Femenina	49,4	38,9	21,2	50,9	43,7	14,2
Variaciones:						
Masculino 60 y más				22,5	24,5	- 21,2
Total Masculina				2,3	8,3	- 39,3
Femenino 60 y más				34,8	38,1	- 27,0
Total Femenina				3,0	12,3	- 33,0

Fuente: INE – ECH 2002 y ENHA 2006.

NOTA: Los datos de 2002 y 2006 no son estrictamente comparables porque la Encuesta Continua de Hogares 2002 relevó información de zonas urbanas de 5.000 y más habitantes, en tanto que la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006 relevó zonas urbanas y rurales total país.

(ii) Suministre información sobre el acceso al crédito por parte de las personas mayores en series estadísticas para los últimos cinco años. Indique si el Estado ha intervenido directamente para incrementar el acceso a instrumentos crediticios por parte de las personas mayores.

Acceso al crédito

Con respecto a créditos a nivel privado, en Uruguay no existen leyes específicas que limiten los derechos de los adultos mayores. No obstante, existen algunas prácticas del sistema financiero, como por ejemplo requisitos para solicitud de préstamos, seguros de vida, etc., que a determinadas edades (65 o 70 años) limitan los derechos del adulto mayor.

Crédito Social del BROU. El banco estatal Banco República Oriental del Uruguay (BROU) dispone de una línea de crédito que otorga préstamos en condiciones ventajosas a empleados, profesionales, pequeños empresarios y pasivos. En particular por convenios entre el BROU y los organismos previsionales, se posibilita el acceso al crédito a personas mayores en condiciones especiales con relación a montos, plazos y tasas de interés y con trámites más ágiles y rápidos en su otorgamiento.

Es necesario destacar el sistema de trabajo del BPS, que permite a través de una base de datos de porte tecnológico actualizado, la posibilidad de gestionar en forma efectiva el trámite correspondiente en todas las localidades del país.

Préstamos sociales del BPS. El BPS otorga préstamos a jubilados y pensionistas con recursos de las colocaciones que realizan las Administradoras de Fondos de Ahorro Provisional a partir de los fondos previsionales de los afiliados.

En el período 2002 – 2006 se observa un crecimiento sostenido tanto del número de operaciones como de los montos prestados. En particular se destaca el crecimiento anual del 2006 respecto al año anterior (53,7% en el número de préstamos y 109,2% en el monto en términos reales), alcanzando a 93.607 préstamos que representan poco más de 43 millones de dólares.

Préstamos Sociales BPS. Número y monto de los préstamos otorgados 2002 a 2006

	Préstamos	Valores constantes (en dólares) (1)
2002	22.159	5.553.914
2003	s/d	s/d
2004	50.209	16.437.698
2005	60.906	20.717.795
2006	93.607	43.337.314

Fuente: Elaborado a partir de BPS Memoria y Balance 2002 a 2006.

(1) Valores corrientes deflactados por IPC y expresados en dólares por tipo de cambio interbancario vendedor promedio 2006 (\$ 24,07).

(iii) Indique las intervenciones específicas que su país ha llevado a cabo para mejorar la empleabilidad de las personas mayores (leyes de incentivos para la contratación de personas mayores, programas de capacitación, fondos de micro emprendimientos) otorgue información sobre la cobertura, monto anual de los recursos comprometidos en estas intervenciones, mecanismos de selectividad cuando existen, etc.

- Por medio de la Ley de Monotributo, se eliminó para jubilados y pensionistas de menores ingresos, la incompatibilidad entre la jubilación y el trabajo. Esto rige desde el 01/07/2007.
- Se encuentra a nivel parlamentario un proyecto de ley para la promoción del empleo en mayores de 50 años.

Objetivo: Promoción y facilitación de la inclusión laboral formal para los adultos mayores

(i) Indique las medidas legales y administrativas que ha desarrollado su país para lograr la continuidad laboral de las personas mayores. Provea de una serie estadística para los últimos cinco años que den cuenta del efecto de estas medidas en la inclusión laboral formal de las personas mayores.

- No se han adoptado aún medidas para lograr la continuidad laboral de las personas mayores.

(ii) Suministre información sobre la disminución de accidentes laborales producto de las intervenciones que el Estado ha realizado para disminuir los riesgos de inseguridad en el empleo de las personas mayores.

- No se han realizado intervenciones ni existe información con relación a dicho tema.

- Seguridad Social

Objetivo: Ampliación y mejoramiento de la cobertura de pensiones, tanto contributivas como no Contributivas

(i) Suministre información estadística sobre la cobertura de los sistemas contributivos de seguridad social de su país para los últimos cinco años. Desagregue la información según sexo, grupos de edad y zonas de residencia.

Programas de seguros sociales contributivos: Prestaciones de Invalidez, Vejez y Supervivencia

Cobertura

En los últimos cinco años - período 2002 a 2006 – se aprecia una diferencia entre el Banco de Previsión Social y los restantes organismos de seguridad social: disminuyen la cantidad de prestaciones contributivas de vejez, tanto jubilaciones como pensiones en este organismo, mientras aumenta el número de estas mismas prestaciones en las restantes instituciones.

Seguros Sociales Contributivo: Cantidad de jubilaciones y pensiones por Institución de Seguridad Social - Diciembre 2002 y 2006

	2002			2006		
	Jubilaciones	Pensiones	Total	Jubilaciones	Pensiones	Total
BPS	372.868	278.442	651.310	362.737	273.688	636.425
Caja Profesionales Universitarios	5.951	4.239	10.190	6.740	4.443	11.183
Caja Notarial	1.226	640	1.866	1.374	644	2.018
Caja Bancaria (1)	9.457	5.897	15.354	9.972	6.205	16.177
Servicio de Retiros Militares	29.924	14.095	44.019	30.714	14.285	44.999
Servicio de Retiros Policiales (1)	13.638	11.060	24.698	13.791	15.548	29.339

Fuente: INE, Anuario Estadístico, 2004 y 2007

(1) Cédulas

Una de las posibles razones del decrecimiento en el número de las jubilaciones del BPS es el cambio en la normativa que se produjo en el año 1996 (Ley 16.713, de reforma de la seguridad social), en la que se hicieron más estrictos los requisitos de acceso al sistema administrado por el BPS, por ejemplo se incrementó los años mínimos de edad en el caso de las mujeres y los años de trabajo requeridos para ambos sexos que pasaron de 30 a 35 años de servicios, así como la exigencia de registro en la historia laboral de los años trabajados, con exigencia de cotizaciones efectivas en el caso de los trabajadores no dependientes. La reforma entró en vigencia hace ya una década y los cambios que trajo aparejada se comienzan a notar gradualmente.

En el caso de las pensiones del BPS, la baja en el número de beneficios puede atribuirse a la disminución en el número de copartícipes de las pensiones, un efecto de larga data ocasionada por la reforma establecida en el Acto Institucional Nro. 9 en 1979 donde se fija la edad máxima para recibir pensión en 21 años, tanto para los hijos varones como para las hijas mujeres.¹

¹ Buccino, L, "Análisis comparativo de la evolución de las jubilaciones y pensiones 1985 – 2001", en BPS – AEA, Indicadores de Seguridad Social N° 188, Junio 2002.

Cobertura de Seguridad Social

De los adultos mayores de 65 y más años de edad, el 91% reciben cobertura de la seguridad social, prestaciones económicas (jubilaciones y pensiones, contributivas y no contributivas).

Proporción de personas de 65 y más años de edad que reciben prestaciones de vejez por las distintas instituciones de seguridad social de Uruguay

	Pensionistas	Jubilados	Total
TOTAL	19%	72 %	91%
Hombres	7 %	48%	
Mujeres	93 %	52%	
	100%	100%	

Fuente: Asesoría en Políticas de Seguridad Social – AGSS – BPS. En base a datos de la Encuesta Continua de Hogares, 2005.

En esta información está contemplada la población de 65 y más que cubren todas las instituciones de seguridad social de Uruguay: el BPS, las Cajas Paraestatales y los Servicios de Retiro Militar y Policial.

Características de la población atendida por el BPS

Al analizar las características de la población atendida por el BPS, se constata que ha disminuido la cantidad de personas jubiladas contributivas de 358.782 a 349.314. La baja de jubilados ha sido en porcentaje mayor en mujeres ya que su participación bajó de 55,2% en 2002 a 54,6% en 2006.

El total de personas que reciben pensiones por sobrevivencia (contributivas) por el BPS también disminuye (de 148.435 a 143.083), sin embargo se produce una diferencia entre ambos sexos, mientras la cantidad de mujeres pensionistas disminuye entre en el año 2006 con respecto al 2002 y la cantidad de hombres que reciben pensiones por sobrevivencia aumenta.

Seguros Sociales Contributivo: Cantidad de jubilados y pensionistas por sexo - Diciembre 2002 y 2006

	Jubilados	%.	Pensionistas	%
2002				
Masculino	160.859	44,8	5.311	3,6
Femenino	197.923	55,2	143.124	96,4
Total	358.782	100,0	148.435	100,0
2006				
Masculino	158.619	45,4	6.180	4,3
Femenino	190.695	54,6	136.903	95,7
Total	349.314	100,0	143.083	100,0

Fuente: BPS – AEA Indicadores de la Seguridad Social, Feb. 2003 y Feb. 2007

Al desagregar la información de jubilados por tramos de edad y sexo, se aprecia que la disminución se produce en ambos sexos hasta los 64 años de edad. En cambio, en las edades más avanzadas – tramo de 65 y más - aumenta la cantidad de mujeres jubiladas mientras que la cantidad de hombres disminuye un poco. El descenso notorio del tramo de hasta 64 años de mujeres (participación acumulada de 17,8% en 2002 a 12,7% en 2006) se explica porque la reforma jubilatoria elevó el mínimo de la edad legal para el retiro de 55 a 60 años.

Seguros Sociales Contributivo: Cantidad de jubilados por sexo y tramo de edad - Diciembre 2002 y 2006

	Menos de 60	De 60 a 64	De 65 y más	Total
2002				
Masculino	5.638	18.348	136.873	160.859
%	3,5	11,4	85,1	100,0
Femenino	9.182	26.210	162.531	197.923
%	4,6	13,2	82,1	100,0
2006				
Masculino	4.749	17.305	136.565	158.619
%	3,0	10,9	86,1	100,0
Femenino	6.312	17.996	166.387	190.695
%	3,3	9,4	87,3	100,0

Fuente: BPS – AEA Indicadores de la Seguridad Social, Feb. 2003 y Feb. 2007

En el caso de pensionistas, la información por tramos de edad y sexo muestra que, los hombres aumentan en todos los tramos de edad y que la proporción de aumento es mayor en el tramo de 65 y más años de edad (12.9% en el 2002 y 14.5% en el 2006). En este aumento incidió el cambio en la normativa que se produjo en el año 1996, donde se habilitó que los viudos, que reunieran ciertos requisitos de elegibilidad, recibieran pensión sobre la jubilación de su cónyuge.

Seguros Sociales Contributivo: Cantidad de pensionistas por sexo y tramo de edad - Diciembre 2002 y 2006

	Menos de 60	De 60 a 64	De 65 y más	Total
2002				
Masculino	4.302	324	685	5.311
%	81,0	6,1	12,9	100,0
Femenino	65.400	15.010	62.714	143.124
%	45,7	10,5	43,8	100,0
2006				
Masculino	4.895	389	896	6.180
%	79,2	6,3	14,5	100,0
Femenino	56.075	16.836	63.992	136.903
%	41,0	12,3	46,7	100,0

Fuente: BPS – AEA Indicadores de la Seguridad Social, Feb. 2003 y Feb. 2007

El valor promedio mensual de las prestaciones contributivas de vejez, tanto jubilaciones como pensiones, disminuyó en valores constantes en el período 2002 – 2006, lo que se explica por la evolución de los ajustes de revaluación en el período de la crisis económica que comenzó a perder poder adquisitivo en el año 2000 hasta el 2004 inclusive.

Valor promedio mensual de las Jubilaciones y Pensiones de Supervivencia BPS 2002 y 2006

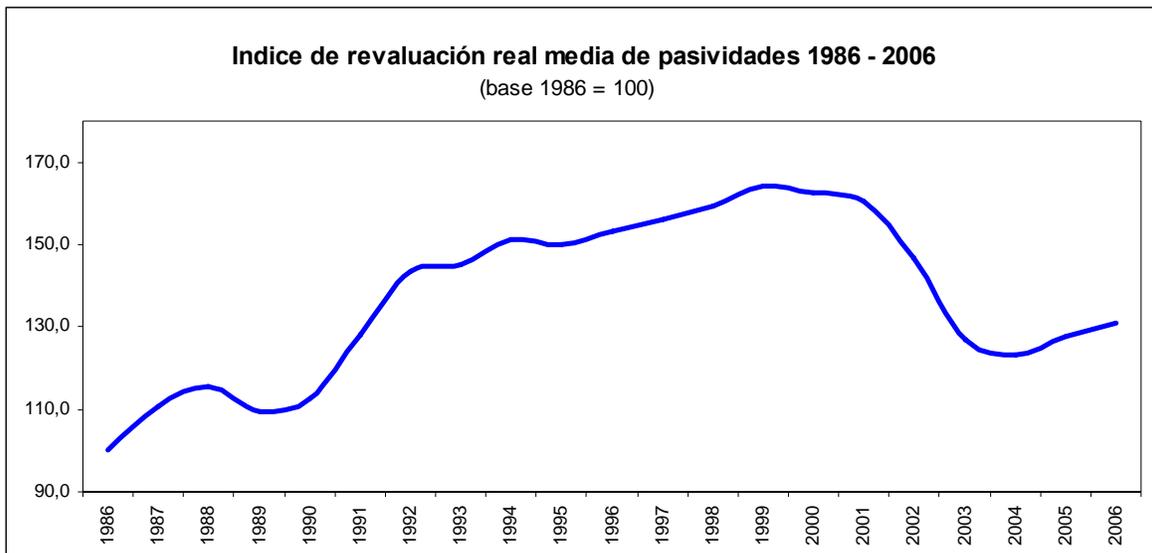
	Valores corrientes (en pesos)	Valores constantes (en dólares) (1)
Jubilaciones		
2002	4.578	283,7
2006	5.892	249,8
Pensiones		
2002	1.813	112,3
2006	2.568	108,9

Fuente: Boletín Estadístico 2007, BPS – AEA

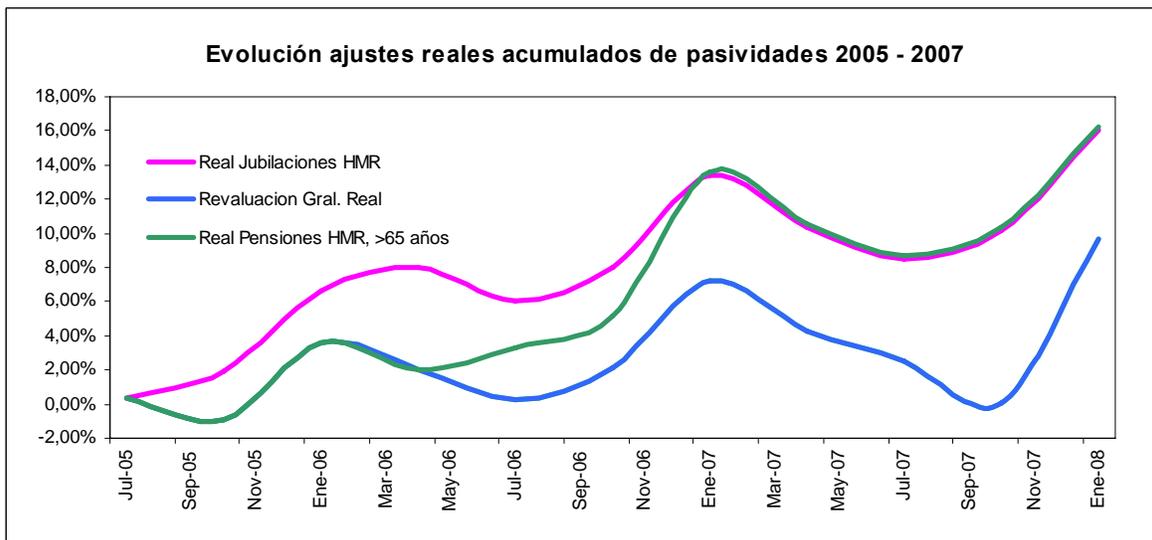
(1) Valores mensuales corrientes deflactados por IPC y expresados en dólares por tipo de cambio interbancario vendedor promedio 2006 (\$ 24,07).

Revaluación de pasividades BPS

En el período 1999 - 2002 la economía uruguaya tuvo un proceso recesivo importante. El índice de revaluación real de las pasividades cayó un 25% si se mide promedio 2004 respecto a promedio 1999, lo que desmejoró el poder de compra de las jubilaciones y pensiones. A pesar de ello, y dado la amplia cobertura de estas prestaciones, constituyeron una red de apoyo económico para aquellas familias que vieron reducidos sus ingresos por problemas en las condiciones de empleo y/o desempleo, e integradas con jubilados o pensionistas.



En el marco de la adopción de medidas socioeconómicas concretas que permitan incrementar el poder adquisitivo de las pasividades a partir de 2005 se han otorgado incrementos adicionales y adelantos a cuenta de futuros aumentos a las pasividades de aquellos jubilados y pensionistas del BPS que integran hogares de menores recursos.



En esta gráfica se muestra como ha evolucionado el ajuste acumulado de las pasividades en los últimos años. Se presenta en forma separada la evolución de las revaluaciones generales y las otorgadas a aquellos pasivos que se encuentran en hogares de menores recursos, a los que se les ha otorgado ajustes diferenciales. Como se puede observar la tendencia es de incremento y donde los mayores aumentos reales se han otorgado a los jubilados y pensionistas de menores ingresos.

De acuerdo a la normativa, se han otorgado: i) un aumento adicional del 6% (que se efectivizó en dos partes: octubre/05 y abril/06), a los jubilados que cumplen con dos condiciones: ingresos mensuales que no superaran las 3 BPC = \$ 4.908 (equivalente a 204 dólares) y que integren hogares cuyo ingreso per cápita no superen esa suma (3 BPC = \$ 4.908), ii) un adelanto de 6% (que se efectivizó en dos partes: julio/06 y enero/07), a pensionistas de sobrevivencia con 65 o más años de edad y que integren hogares de menores recursos, a cuenta del ajuste diferencial a otorgar a dichos pasivos en el año 2007, iii) adelanto general del 3% a todos los jubilados y pensionistas en septiembre/06 a cuenta del ajuste previsto para enero de 2007, iv) a partir de septiembre/07 se fijó como monto mínimo de jubilaciones 1 BPC, y v) adelanto a cuenta del ajuste previsto para enero/08 en septiembre/07 de 2% a jubilados y pensionistas cuyas asignaciones de pasividad sean menores o iguales a 10 BPC; dicho adelanto a cuenta será de 4% en los casos de jubilados y pensionistas de sobrevivencia y los pensionistas de vejez e invalidez de menores recursos.

(ii) Indique si su país cuenta con sistemas de pensiones no contributivas y suministre información estadística sobre su cobertura, monto de las pensiones según sexo, zona de residencia y origen étnico de los beneficiarios.

Programa de asistencia social no contributivo: Pensión Vejez e Invalidez

Cobertura

El programa de asistencia social no contributivo tiene dos componentes: pensión por vejez y pensión por invalidez. Entre los años 2002 – 2006 se produjo un aumento en la cantidad de beneficiarios, muy pequeño en las pensiones por vejez, y más significativo en las de invalidez.

Asistencia social No Contributivo: Cantidad de Pensiones Vejez e Invalidez - Diciembre 2002 y 2006

	2002		2006	
	N° personas	%	N° personas	%
Pensiones Vejez	17.964	28,0	18.103	26,1
Pensiones Invalidez	46.206	72,0	51.256	73,9
Total	64.170	100,0	69.359	100,0

Fuente: BPS - AEA

Se destaca que mientras las prestaciones contributivas disminuyeron, las prestaciones asistenciales aumentaron, esto puede explicarse por los cambios producidos por la ley 16.713, que reformó el sistema previsional, que entró en vigencia en abril de 1996. Por esta ley aumentaron las exigencias para obtener una jubilación contributiva; se exigieron más años de trabajo así como limitaciones en la forma de reconocimiento de servicios (necesidad de registrar el tiempo de servicios computables, limitándose otros medios de prueba). Esto pudo haber llevado al incremento de la demanda de prestaciones no contributivas ante la imposibilidad de cumplir con los requisitos de las prestaciones contributivas.

Características de la población atendida por el BPS

La información sobre las características de la población beneficiaria de prestaciones asistenciales por vejez e invalidez del BPS, no se encuentra desagregada por cada tipo de pensión, lo cual limita las posibilidades de análisis de adultos mayores. Una lectura descriptiva muestra lo siguiente:

Estas prestaciones aumentaron en el período considerado en ambos sexos, manteniéndose una proporción similar de poco más de la mitad para el sexo femenino y poco menos de la mitad para el sexo masculino.

Asistencia Social: Cantidad de pensiones vejez e invalidez por sexo - Diciembre 2006

	2002		2006	
		%		%
Masculino	29.667	46,2	32.266	46,5
Femenino	34.503	53,8	37.093	53,5
Total	64.170	100,0	69.359	100,0

Fuente: BPS – AEA Indicadores de la Seguridad Social, Feb. 2003 y Feb. 2007

Con respecto a la distribución por zona geográfica la distribución no varió entre ambos años de la comparación. La proporción de la distribución se mantiene en algo más de las dos terceras partes en el Interior, y un 30% en Montevideo. Los incrementos en ambas categorías fueron relativamente parejos; se dio un leve aumento de la cantidad de beneficiarios en Montevideo y un poco más en los beneficiarios del Interior.

Asistencia Social: Cantidad de pensiones vejez e invalidez por zona geográfica - Diciembre 2002 y 2006

	2002		2006	
		%		%
Montevideo	19.403	30,2	20.956	30,2
Interior	44.767	69,8	48.403	69,8
Total	64.170	100,0	69.359	100,0

Fuente: BPS – AEA

Del análisis del cuadro por tramos de edad y sexo se destaca que en el tramo de mayor edad (65 y más años) la cantidad de beneficiarias mujeres casi duplica a la cantidad de beneficiarios hombres. Es probable que acá se encuentren la mayor parte de los pensionistas por vejez (el derecho se genera a partir de los 70 años de edad), por lo que podría deducirse que en este tipo de pensiones, más que en las de invalidez, las mujeres estén más representadas.

Asistencia Social: Cantidad de pensiones vejez e invalidez por sexo y tramo de edad - Diciembre 2002 y 2006

	Menos de 60	De 60 a 64	De 65 y más	Total
2002				
Masculino	19.741	1.342	8.584	29.667
%	66,5	4,5	28,9	100,0
Femenino	16.515	1.662	16.326	34.503
%	47,9	4,8	47,3	100,0
2006				
Masculino	21.082	1.621	9.563	32.266
%	65,3	5,0	29,6	100,0
Femenino	17.558	2.056	17.479	37.093
%	47,3	5,5	47,1	100,0

Fuente: BPS – AEA Indicadores de la Seguridad Social, Feb. 2003 y Feb. 2007

El monto máximo de la prestación mensual por vejez y por invalidez es uniforme, fijado en leyes presupuestales en valores absolutos y se actualiza mediante los procedimientos de ajuste. Este procedimiento que es el mismo de todas las pasividades (artículo 67 de la Constitución y artículo 60 de la ley 16.713) establece el incremento de la prestación según la evolución del Índice Medio de Salarios, en la misma oportunidad en que se incrementen los salarios de los funcionarios públicos.

Ese monto estaba fijado en diciembre 2006 en \$ 2.679. Sin embargo, no todos los beneficiarios cobran ese monto, debido a que en el caso de los pensionistas por vejez se contabilizan otros recursos que tenga el beneficiario y a los pensionistas por invalidez se les ha permitido realizar actividades remuneradas; en ambos casos, el monto de la pensión que se le otorga es un complemento. Por esta razón el monto promedio mensual de las mismas es menor que el tope (\$2.501 en el año 2006).

Monto promedio mensual tope de la Pensión Vejez e Invalidez 2002 y 2006

	Valores corrientes (en pesos)	Valores constantes (en dólares) (1)
2002	2.037	122,8
2006	2.679	111,3

Fuente: BPS – AEA

(1) Valores corrientes deflactados por IPC y expresados en dólares por tipo de cambio interbancario vendedor promedio 2006 (\$ 24,07).

La evolución de estos montos, tanto el tope como el promedio efectivamente recibido, ha disminuido en valores constantes entre los años 2002 y 2006 por las mismas razones explicadas en las pasividades contributivas.

Valor promedio mensual de las Pensiones por Vejez e Invalidez BPS 2002 y 2006

	Valores corrientes (en pesos)	Valores constantes (en dólares) (1)
2002	1.898	117,7
2006	2.501	106,0

Fuente: Boletín Estadístico 2007, BPS – AEA

(1) Valores mensuales corrientes deflactados por IPC y expresados en dólares por tipo de cambio interbancario vendedor promedio 2006 (\$ 24,07).

Extensión hacia adultos mayores de 70 años que teniendo el derecho, no reciben la pensión a la vejez (Política activa de ir a buscar a la gente)

MAYORES DE 70 AÑOS –IC A PV
EVOLUCION AÑO 2006

	JUN/06	JUL/06	AGO/06	SET/06	OCT/06	Nov/06	Dic/06
MONTEVIDEO	101	135	160	163	168	176	180
INTERIOR	61	109	150	154	209	255	264

TOTAL	162	244	310	317	377	431	444
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

EVOLUCION AÑO 2007

	ENE/07	FEB/07	MAR/07	ABRIL/07	MAYO/07	JUN/07	JUL/07	AGO/07	SET/07	OCT/07
MONTEVIDEO	182	205	210	214	216	221	234	236	238	241
INTERIOR	272	311	327	340	354	360	364	370	385	399
TOTAL	454	516	537	554	570	581	598	606	623	640

Fuente: Prestaciones Económicas BPS, noviembre 2007.

Asistencia a la Vejez

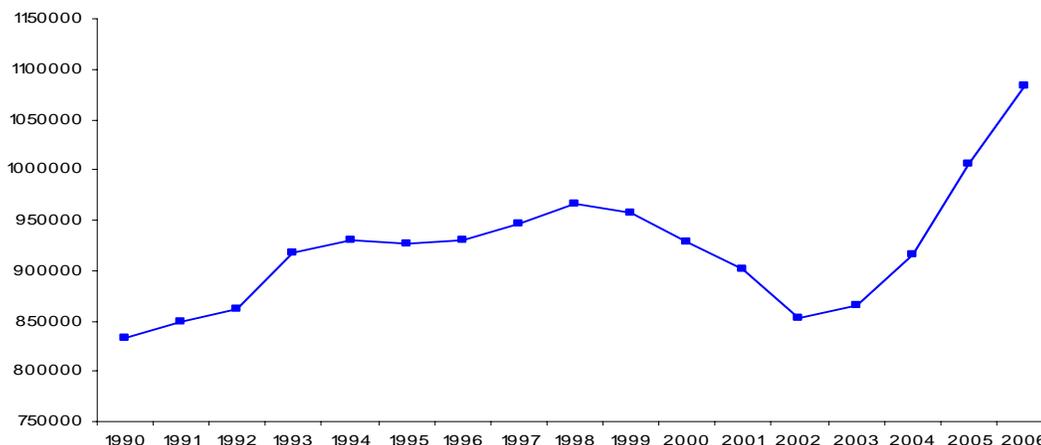
En el marco del Plan de Equidad, que sustituirá al Plan a la Emergencia Social a partir del próximo año, se implementará un programa de Asistencia a la Vejez que consiste en una prestación monetaria a personas entre 65 y 70 años que estén en situación de pobreza extrema. Está dirigido a un tramo etario que ya es adulto mayor y no recibe la prestación asistencial de Pensión a la Vejez porque para su acceso se requiere mínimo de 70 años de edad.

Evolución de los cotizantes al Banco de Previsión Social

A continuación se presentan algunas gráficas que muestran la evolución de la cantidad de puestos de trabajo cotizantes al Banco de Previsión Social, donde se observa un significativo aumento en los últimos años.

En la primera de ellas se muestra la evolución en el largo plazo - desde 1990 al 2006 -, observándose que no se había llegado anteriormente a las cantidades a que se ha llegado en los últimos años.

PUESTOS COTIZANTES AL B.P.S
AÑOS 1990 – 2006. Promedios anuales



En la siguiente gráfica se presenta información desde el 2004 a la fecha, por ser el año en que se produce un punto de inflexión comenzando una tendencia de incremento.

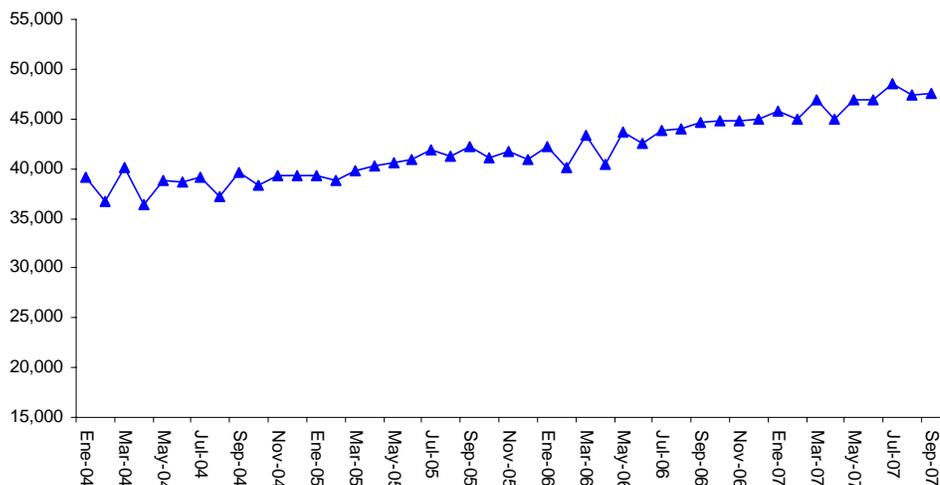
El número de cotizantes promedio en el 2004 fue de casi 1.080.000 puestos y en agosto de 2007 se incrementó a 1.180.000.

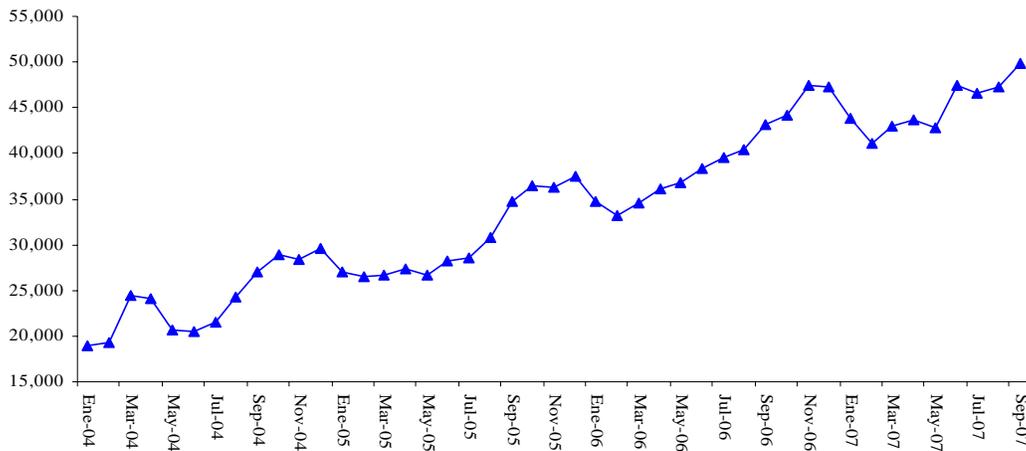
Entre los sectores de mayor crecimiento están los Rurales, Domésticos y Construcción, que históricamente han sido sectores con importante grado de informalidad. A continuación se presentan gráficas de la evolución de los puestos cotizantes Total, Servicio Doméstico y Construcción.

PUESTOS COTIZANTES AL B.P.S.
2004 – 2007. Datos mensuales



PUESTOS COTIZANTES DEPENDIENTES DOMESTICO
2004 – 2007. Datos mensuales





PUESTOS COTIZANTES DEPENDIENTES CONSTRUCCION
2004 – 2007. Datos mensuales

(iii) Indique si se han emprendido reformas legales tendientes a aumentar la solidaridad del sistema de seguridad social. Indique el número de la ley, el año de aprobación y puesta en marcha. Anexe los documentos respectivos.

- *En el diálogo nacional sobre Seguridad Social se encuentra en discusión, propuestas de reformas tendientes a aumentar la solidaridad del sistema de Seguridad Social.*

- Educación

Objetivo: Promoción de la igualdad de oportunidades y de acceso a la educación a lo largo de toda la Vida

El Uruguay, según las Naciones Unidas, es el país de Latinoamérica con el nivel de alfabetización más alto. La tasa de alfabetización en nuestro país es del 97.7%. Se ubica en el lugar 43 entre los países de Desarrollo Humano Alto- entre un total de 177 países y áreas.

Fuente: Presidencia de la República. Noviembre 2006.

(i) Indique si su país dispone de programas de educación continua, la cobertura y logros de los mismos en los últimos cinco años.

- *La ONG Universidad Permanente (UNI 3) brinda un programa permanente de educación continua en diferentes temáticas (Historia, Psicología, Arte, Música, Informática, idiomas, artesanías, etc.).*
- *La ONG Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor (CICAM) realiza cursos de informática, idiomas, artesanías, pintura, actividades físicas, formación de recursos humanos (Ej. Promotores de Derechos Humanos de los Adultos Mayores; Monitores en Turismo), etc.*

- *La Universidad Católica cuenta con un Programa de Gerontología Social para Adultos Mayores.*
- *La Intendencia Municipal de Montevideo lleva a cabo acciones que promueven la capacitación de los adultos mayores (Ej. Programas de Computación en coordinación con la Secretaría de la Juventud). (Se adjunta información proporcionada por la Intendencia Municipal de Montevideo).*
- *El Banco de Previsión Social ha realizado en el año 2005 la promoción de actividades de capacitación en informática para adultos mayores a través de la concesión de becas para cursos en la Organización CICAM (Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor). Concurrieron a dichos cursos dirigentes de organizaciones de adultos mayores y beneficiarios del programa de vivienda para jubilados y pensionistas.*
- *El Ministerio de Desarrollo Social ha implementado conjuntamente con la Administración Nacional de Educación Primaria (ANEP), el Programa “En el país de Varela: Yo sí puedo”, el cual comenzó en el mes de marzo de 2007. A través de un convenio interinstitucional, ANEP a través del Área de educación de Jóvenes y Adultos aporta el personal docente y el MIDES se responsabiliza del soporte tecnológico y materiales. El Programa de nivel nacional, está dirigido a personas mayores de 15 años, que no hayan ido a la escuela o tuvieron que abandonar en el tercer o cuarto nivel. No es un programa específico para adultos mayores pero los incluye.*

1.2. ÁREA PRIORITARIA II: EL FOMENTO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA VEJEZ

Al final de cada pregunta consta la fuente que proporcionó la información. En ésta área prioritaria, la información fue proporcionada por el Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) del Ministerio de Salud Pública. Aquellas preguntas que no tienen respuesta es porque ésta no ha sido proporcionada por dicho Ministerio.

META GENERAL: *Las personas mayores deberían tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía.*

Servicios de Salud

Objetivo: Promoción de una cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud

(i) Indique si su país está aplicando los estándares internacionales para lograr el acceso equitativo de las personas mayores a los cuidados de salud necesarios y adecuados. Dé ejemplos concretos de su aplicación.

- *No fue proporcionada la información por el Ministerio de Salud Pública.*

(ii) Indique si en su país las personas mayores tienen acceso gratuito y universal a los medicamentos básicos y/o a las ayudas y servicios de rehabilitación. Suministre información estadística al respecto.

Cobertura de salud

En Uruguay, según la Encuesta sobre Estilos de Vida y Salud de la Población Adulta (ENEVISA) del año 199941, el 96,8% de los adultos mayores gozan de cobertura de salud y el 3,2% carecen de ella. El 37,5% de los mayores están asistidos por el sistema público de salud (el 24,6% por el Ministerio de Salud Pública, MSP, que por mandato constitucional garantiza el acceso gratuito a los recursos sanitarios a personas de bajos recursos, y el 12,9% restante por otras instituciones públicas, como el Hospital Militar, el Hospital Policial, los Bancos Estatales y los Entes Autónomos. Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) asisten en salud al 59,3% de las personas mayores residentes en Uruguay. Estas instituciones, de carácter privado sin fines de lucro, constituyen un sistema de atención de salud prepago, de afiliación individual, familiar o colectiva, con pago de cuota mensual.

Las cifras de cobertura reflejadas en los párrafos precedentes no implican que las personas mayores que cuentan con cobertura asegurada de salud hagan siempre un uso continuado y eficaz de los servicios de salud. Así, por ejemplo, la encuesta uruguaya ENEVISA destaca la baja presencia de prácticas preventivas de salud tanto en la población femenina como en la masculina: el 41% de las mujeres de 55 años y más encuestadas nunca se hicieron una citología, y más de la mitad nunca se realizó una mamografía.

Para acceder al subsector público del Sistema de Salud el usuario deberá retirar un carné denominado carné de asistencia. El trámite se inicia de la siguiente manera, deberá concurrir a las oficinas de atención al usuario presentando:

- *Cédula de identidad y fotocopia de cada uno de los integrantes del núcleo familiar.*
- *Constancia de domicilio, recibo de UTE, OSE, Antel, constancia policial*
- *Constancia de ingresos: fotocopia del último recibo de ingresos de cada uno de los integrantes*
- *En caso de no poseer recibo de sueldo, deberá solicitar el formulario para ingresos.*

En el caso que no cumpla con los mismos, podrá acceder al subsector público abonando el arancel correspondiente.

Fuente: M.S.P. Atención al usuario. Información proporcionada por el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública.

(iii) Indique si su país está implementando acciones específicas para garantizar la atención en salud de las personas mayores indígenas según lo establecido en el artículo 24 y 25 del Convenio 169 de la OIT.

- *En nuestro país es escasa, existiendo algunos grupos que reivindican su origen indígena.*

(iv) Indique si en su país se han implementado programas especiales de atención en salud para atender a las personas mayores con dificultades de acceso (en situación de pobreza, con discapacidad, en aislamiento, u otra condición similar)

- *Se cuenta con el Programa de Carné de Asistencia gratuito del MSP ante prueba de carencia de recursos.*
- *Se encuentra programado y aprobado el comienzo partir del mes de enero de 2008 de operaciones de cataratas en el Hospital Saint Bois perteneciente al Ministerio de Salud Pública. Se está analizando la cobertura a beneficiarios de mutualistas con tope de ingresos.*

Objetivo: Establecimiento de un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, fortaleciendo y reorientando para ello los servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.

(i) Indique si en su país existe un plan nacional de salud para las personas mayores que coordine los servicios destinados a la atención en salud a nivel nacional, regional y local.

Desde el 1 de marzo de 2005, con la asunción del nuevo Gobierno, se intenta implementar en el país un Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyos lineamientos se plantearon en las definiciones programáticas del gobierno nacional y se desarrollan en un marco de discusión entre el MSP y actores involucrados nucleados en el Consejo Consultivo para el cambio en salud.

El objetivo que se persigue es “universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema”.

El Sistema Nacional Integrado de Salud plantea tres modificaciones sustanciales al anterior sistema:

- *Cambios en el Modelo de Atención, orientado a privilegiar la atención integral y jerarquizar la promoción y la prevención de salud en el marco de la aplicación de la estrategia de atención primaria en salud para ello apela a:*
 - *Fortalecer el Primer Nivel de Atención.*
 - *Conformar Sistemas Locales de Salud (SILOS) articulando efectores públicos y privados.*
 - *Brindar Cobertura universal en materia de salud.*
 - *Integrar en la atención de la salud el trabajo en equipos interdisciplinarios con un enfoque integral.*
- *Crear ámbitos de coordinación intersectorial es decir provocar cambios en el sistema de gestión. Ocupa un rol central el MSP como responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y*

contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el Sistema nacional integrado de salud.

- *Además pretende incorporar a la población en su gestión, promoviendo la creación y fortalecimiento de comisiones de salud para que trabajen en torno a los servicios, aportando su visión del territorio, de las necesidades de su comunidad y que participen de la realización de los diagnósticos de salud comunitario en forma conjunta con los equipos de salud. La participación social implicará, a su vez, el ejercicio del control ciudadano sobre la calidad y la disponibilidad de las prestaciones.*

Cambios en el modelo de Financiamiento:

Se basan en la justicia distributiva, para lo cual se ha integrado una comisión conjunta de los Ministerios de Salud y Economía para analizar aspectos de aportación al Seguro Nacional de Salud y el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas de la Reforma Tributaria.

Con la implementación del Seguro Nacional de Salud se definirá la creación de un Fondo Nacional de Salud que recibirá y administrará los recursos destinados al pago de los prestadores integrales para dar cobertura al Plan Integral de Prestaciones.

Deberán aportar al Fondo Nacional de Salud en forma obligatoria todos los residentes en el país mayores de 18 años, con un porcentaje de sus ingresos de acuerdo a su ingreso familiar con un mínimo no imponible. Las tasas serán progresionales según ingreso y tamaño de las familias. En el caso de los menores de 18 años se adjuntarán a la afiliación del padre que aporte mayores ingresos al Fondo.

Las empresas públicas y privadas aportarán un financiamiento proporcional a la cantidad de trabajadores contratados. El Estado complementará los ingresos con un aporte presupuestal hasta llegar a la cifra requerida.

El Fondo Nacional de Salud reembolsará a los Prestadores Integrales con un sistema de Pre - pago en base a una cuota de salud per - cápita según el número de personas/usuarios de cada institución, una prima de riesgo según edad y sexo de cada usuarios y un mecanismo de "premio" con relación al cumplimiento de metas asistenciales.

Plan Integral de Prestaciones debe garantizar:

- *Actividades de promoción y protección específicas dirigidas a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios.*
- *Diagnostico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud - enfermedad identificados.*
- *Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda.*

El Seguro Nacional de salud será dirigido por una Junta de Salud (Organo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública) integrada por:

- *Delegado del MSP (quien ejercerá la presidencia).*
- *Delegado del Ministerio de Economía y Finanzas.*
- *Delegado del Banco de Previsión Social.*
- *Representante de las Empresas Prestadoras Integrales de Servicios de Salud.*
- *Representante de los Usuarios del sistema.*
- *Representante de los Trabajadores del Sistema Integrado Nacional de Salud.*

Derechos de los Usuarios:

Todas las personas residentes en el Uruguay, tendrán derecho a:

- *Prestación integral de calidad homogénea y en las condiciones que defina la ley, desde el nacimiento a la muerte y con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación.*
- *Libre elección.*
- *Información asistencial y económica financiera de resultados de todas las instituciones prestadoras.*
- *Participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas.*
- *Participación en los organismos de Dirección de la Reforma.*

Fuente: Información proporcionada por el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública.

(ii) Indique si existen intervenciones específicas para el cuidado de la salud de las mujeres mayores. Suministre información estadística sobre cobertura y tipo de servicios dirigidos a este grupo social en los últimos cinco años.

- *El Programa Nacional Salud de la Mujer y Género se propone fortalecer el marco político, técnico y operativo en que se ejecutan las acciones de salud orientadas a las mujeres. Su accionar tendrá como objetivo disminuir la inequidad de género que existe en la salud y en la sociedad, para el ejercicio de derechos hacia una ciudadanía plena. Con ese propósito, promoverá un marco político normativo de alcance nacional que rija tanto para los programas y proyectos de las instituciones públicas como privadas.*

El Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género hará suyas las recomendaciones formuladas por las Conferencias de El Cairo y Beijing e implementará en el Área de la Salud, el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia, tal como lo establece la Ley No.17.514 y el artículo 4.3.6. de dicho plan.

AREAS DE ACCION:

- *Salud sexual y reproductiva*
- *Violencia de género*
- *Cáncer en la mujer*
- *Mujeres salud mental y género*
- *Condición del varón*
- *Asesoría en investigación y gestión continuas*

Poblaciones que recibirán especial atención: * *Mujeres rurales, inmigrantes internas y zafrales*
* *Mujeres trabajadoras en general y particularmente trabajadoras con trabajo informal* *
Mujeres discriminadas por causas socio-histórico-culturales: o afro-descendientes, o lesbianas, o trabajadoras sexuales, o discapacitadas, o presas, o discriminadas por sus creencias religiosas.

El Programa Nacional Salud de la Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública se dirige al fortalecimiento del marco político, técnico y operativo en el que se ejecutan las acciones de salud orientadas a las mujeres. Su accionar tiene como objetivo disminuir la inequidad de género que existe en la salud y en la sociedad, para el ejercicio de derechos hacia una ciudadanía plena. Con ese propósito, se promoverá un marco político normativo de alcance nacional que rija tanto para los programas y proyecto de las instituciones públicas como privadas.

Existe una voluntad muy férrea de todos los Programas de integrar la perspectiva de Género en cada uno de sus temas, por eso fue importante la concurrencia al seminario del Programa de Discapacidad, de Adultos Mayores, de Nutrición, de Salud Bucal para integrar a las políticas públicas esta dimensión de Género que es inclusiva para llegar a la equidad.

Papanicolau y mamografía: obligatorios para poder sacar el carné de salud. Según un decreto firmado por el presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, se incluye como requisito para expedir el Carné de Salud Básico a las mujeres en todo el territorio nacional la presentación del resultado de los exámenes de colpocitología oncológica (Papanicolau) y de mamografía vigente, según normas establecidas en el Programa Nacional de Control del Cáncer (Pronaccan) y recogidas por ordenanza del Ministerio de Salud Pública Nº 402 de 11 de julio de 2006.

La idea de incluir este requisito se debe a la intención del gobierno de actualizar la normativa vigente referida al carné de salud de modo que el mismo cumpla su rol de promoción de salud y prevención primaria y secundaria de determinadas patologías prevalentes existentes en la población de nuestro país.

También se debe a la alta prevalencia de dichas patologías cáncer de mama y de cuello uterino en la población femenina de Uruguay, y a la decisión ya tomada de facilitar la accesibilidad a dichos exámenes a través de la gratuidad para los mismos tanto en el subsector público como privado.

En el marco del Día Mundial de Acción por la Salud de la Mujer, se inauguró un Servicio de Mamografía en el Centro Enrique Claveaux (Ex Filtro). Esta iniciativa ha sido viabilizada por acuerdos interinstitucionales entre la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) y la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, en particular su Programa de Prevención de Cáncer de Mama.

La Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer aporta el equipamiento (mamógrafo, reveladoras, insumos) y los recursos humanos (técnicos y administrativos); la RAP-ASSE contribuyen con el espacio físico debidamente acondicionado y el soporte informático. El servicio está orientado a la detección precoz de patología mamaria mediante mamografía de screening a mujeres mayores de 40 años clínicamente sanas, independientemente de su modalidad de cobertura (MSP, IAMC, etc.).

El funcionamiento de este servicio permite avanzar en la ejecución en el Primer Nivel del Programa de Salud de la Mujer y Género y contribuye al cambio de modelo de atención, facilitando el acceso de las mujeres montevideanas a la prevención de una patología de alta prevalencia en nuestro medio.

Se recomienda realizar una mamografía de control, cada dos años, a todas las mujeres mayores de 50 años. Las mujeres con riesgo de padecer un cáncer de mama, deberán realizarse una mamografía, cada año, a partir de los 35.

Fuente: Información proporcionada por el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública.

(iii) Indique si su país cuenta con un plan básico de productos y tecnologías (prótesis, órtesis, medicamentos, etc.) que ayude a mantener la autonomía funcional en la vejez. Suministre información estadística respecto de la cobertura de dicho plan en los últimos cinco años.

- *Algunas organizaciones de la sociedad civil (Club de Leones, Rotarios por ej.) brindan ayudas técnicas para adultos mayores (lentes, audífonos, sillas de ruedas, etc.), así como algunas organizaciones para personas con discapacidad (sillas de ruedas, bastones, etc.).*
- *El Banco de Previsión Social se apresta a firmar un Convenio de Cooperación con la OISS, por el cual se instalará en nuestro país una sub sede del Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CIAPAT) cuya sede será en Buenos Aires. El CIAPAT tiene como misión "contribuir a mejorar la calidad de vida de todas las personas, con especial apoyo a personas con discapacidad, personas mayores y personas en situación de dependencia, a*

través de la Accesibilidad Integral, las Tecnologías de Apoyo y el Diseño para todos.” Esta iniciativa permitirá abordar varios aspectos de trascendencia sobre todo hacia las personas con discapacidad, en materia de información y asesoramiento sobre accesibilidad arquitectónica, urbanística, transporte, y comunicaciones, Turismo accesible y vivienda; también en materia de vida diaria, movilidad personal, trabajo y ocio. Se accederá a las bases de datos de productos, fabricantes y distribuidores, biblioteca tecnológica especializada (presencial y virtual), asesoramiento para adaptación de puestos de trabajo, etc. También incluye capacitación y asesoramiento al personal.

(iv) Indique si su país ha incluido a las personas mayores en los programas de salud mental y las acciones específicas que se realizan en este ámbito. Suministre información sobre coberturas.

- *La salud mental se contempla en la atención integral del adulto mayor, aún no contamos con información estadística dado que hace unos pocos meses que se ha comenzado a implementar el carné del Adulto Mayor que registra en forma específica el estado de la salud mental de nuestros adultos mayores.*

Fuente: Información proporcionada por el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública.

(v) Indique si su país cuenta con un paquete básico de prestaciones en salud garantizadas, y si este incluye coberturas médicas específicas para personas mayores.

- *El actual paquete básico de prestaciones difiere según cada Institución de Asistencia Médica. El futuro Sistema Nacional Integrado de Salud aún no contempla un paquete básico de prestaciones para los adultos mayores.*

Fuente: Información proporcionada por Ministerio de Salud Pública.

- *Todas las personas que se jubilen a partir del mes de enero de 2008 sin tope, que anteriormente eran trabajadores activos con cobertura de salud por DISSE (Seguro por Enfermedad – BPS), seguirán con la cuota mutua.*
- *Asimismo, entrarán en dicho sistema 12.000 jubilados que eran trabajadores no dependientes y de menores ingresos.*

– Ambientes saludables

Objetivo: Promoción de conductas personales y ambientes saludables a través de leyes, políticas, programas y acciones nacionales y comunitarias

(i) Indique si su país ha efectuado campañas nacionales o locales para promover el envejecimiento saludable. Indique tipo y cobertura.

- *Promoción de hábitos saludables*

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

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

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

Fuente: Información proporcionada por el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública.

- *El Banco de Previsión Social ha realizado un Convenio con el Ministerio de Deporte y Juventud (Año 2002) para la implementación de educación física para adultos mayores en complejos habitacionales del Programa de Vivienda para jubilados y pensionistas, Hogares de Ancianos y otras Organizaciones adheridas al Registro Nacional de Instituciones del BPS. (actualmente no se encuentra en ejecución).*
- *El Banco de Previsión Social ha venido realizando Cursos de Autocuidado para adultos mayores en coordinación con la ONG CAAM (Centro de Atención al Adulto Mayor) en el Depto. de Montevideo (año 2005 – 2006).*
- *Ampliación de la oferta de Centros Vacacionales para adultos mayores a cargo del Programa de Turismo Social del Banco de Previsión Social a través de Convenios con Intendencias Municipales, etc.*
- *El Banco de Previsión Social viene realizando Cursos de Preparación para la Jubilación, en primera instancia para sus funcionarios, habiéndose extendido a todos los funcionarios públicos. Otros Organismos también brindan dichos cursos por ej. Caja Bancaria, Caja de Profesionales Universitarios.*
- *La Intendencia Municipal de Montevideo tiene entre sus cometidos hacia los adultos mayores, la promoción de estilos de vida saludables a través de su Programa de Turismo Social, de Promoción Cultural, de Voluntariado, así como de actividades físicas y recreativas.*
- *La Intendencia Municipal de Canelones cuenta con un área del adulto mayor, teniendo entre sus cometidos la promoción social y cultural, el fomento del voluntariado, la promoción de la asociatividad, promoción de concursos (por ej. literarios, etc.) así como el fortalecimiento de las organizaciones de su Departamento.*

(ii) De cuenta de las acciones implementadas por las entidades gubernamentales para organizar servicios comunitarios para las personas mayores dirigidos a fomentar su integración a la sociedad. Detalle el tipo de actividades realizadas y el efecto de las mismas en la calidad de vida en la vejez.

- *Fomento de organizaciones para adultos mayores (Clubes de Adultos Mayores; Hogares de Ancianos sin fines de lucro; Centros Diurnos; Refugios Nocturnos, etc.). Las actividades varían en cada organización (sociales, culturales, recreativas, físicas, educativas, alimentación, laborterapia, rehabilitación, intergeneracionales, de servicio a la comunidad, etc.). A cargo de Banco de Previsión Social; Intendencias Municipales. No existen evaluaciones ni mediciones con relación a su impacto en la calidad de vida.*
- *Durante los años 2002, 2003 y 2004 se llevó a cabo un proceso de fortalecimiento de organizaciones a través de la ejecución del “Programa de Apoyo a Organizaciones de Personas Mayores” (Acuerdo de Cooperación Internacional Banco de Previsión Social – Banco Interamericano de Desarrollo – Organización Internacional Helpage). Este Programa incluyó el reclutamiento de nuevos voluntarios durante el período de 3 meses (resultados: mas de 500 nuevos voluntarios reclutados); incluyó además la capacitación a dirigentes voluntarios de organizaciones de personas mayores adheridas al Registro Nacional de Instituciones del Banco de Previsión Social y a los nuevos voluntarios reclutados (resultados: 1.000 dirigentes y voluntarios capacitados a través de talleres en todo el país, así como la formulación de aprox. 80 proyectos a partir de dichos talleres a ser ejecutados por las organizaciones). Asimismo,*

cursos de capacitación a dirigentes voluntarios para la formación de redes de organizaciones de personas mayores (resultado: creación de la Red Nacional de Hogares de Ancianos así como redes departamentales y regionales.).

- *Uno de los componentes del proceso de fortalecimiento de las organizaciones de personas mayores es a través del otorgamiento de apoyos económicos por parte del Banco de Previsión Social a organizaciones privadas sin fines de lucro de / para personas mayores, adheridas a su registro nacional de instituciones.*
- *Dicho proceso de fortalecimiento de organizaciones de personas mayores comprende, asimismo, la promoción de redes locales, departamentales, regionales y nacionales de organizaciones (incluyen organizaciones y complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social) (Ej.: red departamental de organizaciones de personas mayores de Maldonado; red departamental de organizaciones de personas mayores de Rocha; red departamental de organizaciones de personas mayores de Lavalleja; redes regionales (Canelones, Florida y San José) (Colonia, Soriano y Río Negro) (Maldonado y Rocha); redes nacionales (Red Nacional de Hogares de Ancianos). A partir de un conocimiento de la realidad proponen actividades y servicios, procuran un cambio de imagen y son interlocutores válidos ante las autoridades nacionales.*
- *Las organizaciones prestan servicios a los adultos mayores de diferente naturaleza tales como: alojamiento permanente, alimentación, cuidados de enfermería (Hogares de Ancianos); actividades sociales, recreativas, culturales, educativas, físicas, servicios varios (Clubes de Personas Mayores y Asociaciones de Jubilados y Pensionistas); alojamiento nocturno, alimentación (Refugios Nocturnos); actividades educativas, culturales, etc. (Otros Servicios Externos); actividades manuales, educativas, recreativas, sociales, físicas, alimentación (Centros Diurnos).*
- *Articulación del Programa de Atención Integral a Personas Mayores en Situación de Calle del Banco de Previsión Social, por el cual este Organismo subvenciona cupos – cama para adultos mayores en refugios nocturnos gestionados por ONG´s, con el Programa de Atención a los Sin Techo del Ministerio de Desarrollo Social, el cual cubre a todos los grupos etarios.*
- *La Intendencia Municipal de Montevideo cuenta con un programa que contribuye al fomento de la participación y la asociatividad así como proporciona servicio comunitario a los adultos mayores a través de dos Centros Diurnos. En dicho Programa se proporciona apoyo psicosocial, pedagógico, educacional, recreativo y alimentario a los adultos mayores. (Se adjunta información proporcionada por la Intendencia Municipal de Montevideo).*
- *La Intendencia Municipal de Maldonado cuenta con un centro diurno para personas mayores.*
- *La Universidad de la República a través del Proyecto de Extensión (APEX), desarrolla acciones de promoción comunitaria a los efectos de la identificación de adultos mayores frágiles. A dichos efectos ha formado Promotores de Salud Comunitaria (adultos mayores prestando servicios hacia otros adultos mayores en calidad de voluntarios). Asimismo, realiza talleres de memoria, actividades recreativas y trabajo en red a nivel local.*
- *El Instituto Superior de Educación Física (ISEF) cuenta con un Programa específico de actividades físicas para adultos mayores denominado LAVICO 50.*
- *La Facultad de Psicología a través del Servicio de Psicología de la Vejez brinda servicios a los adultos mayores (Ej. Talleres de Memoria), así como, a través de Convenios (Ej. con la Secretaría del Adulto Mayor de la Intendencia Municipal de Montevideo) lleva a cabo acciones con las organizaciones de personas mayores hacia el fomento de la participación, trabajo en red, etc.*

- *La Facultad de Enfermería a través de su Cátedra de Enfermería Comunitaria llevan a cabo acciones en la comunidad apuntando a la educación para la salud, estilos de vida saludables, promoción y prevención de enfermedades, estímulo a la participación social, etc.*

Fuente: *Información Banco de Previsión Social – Secretaría del Adulto Mayor de la Intendencia Municipal de Montevideo – Programa de Extensión APEX (Universidad de la República) – Facultad de Psicología – Facultad de Enfermería – Instituto Superior de Educación Física.*

- *Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)* **Fuente:** *(RBC) Información proporcionada por el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública.*

Un ejemplo es lo que están desarrollando en Canelones (San Ramón)

Objetivo General : Desarrollar estrategia de RBC.

Fecha de comienzo: 01/02/07.

Organizaciones Ejecutoras: Centro Auxiliar de San Ramón – MSP, y Fundación Instituto Psicopedagógico Uruguayo – IPPU.

Proyecto Piloto

Definición

La Rehabilitación de Base Comunitaria constituye una estrategia de desarrollo local para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de las personas con discapacidad (1)

Objetivo General:

Desarrollar un Plan Piloto de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), a implementarse durante seis (6) meses en la ciudad de San Ramón, Canelones, (7.000 hab.) que pueda luego ser replicado en otras localidades del departamento.

Objetivos Específicos:

- *Promover la participación de la comunidad.*
- *Identificar la situación de las personas con discapacidad de la comunidad y los recursos locales.*
- *Disminuir el impacto que la discapacidad produce en el individuo, la familia y la comunidad y promover la equiparación de oportunidades.*
- *Desarrollar servicios de rehabilitación apropiados.*
- *Asegurar que las personas con discapacidad sean capaces de maximizar sus habilidades y tengan acceso e integración social, laboral y educativa en sus comunidades.*
- *Motivar e interesar a la familia, la comunidad y otros sectores involucrados.*
- *Incrementar el nivel de conocimiento sobre discapacidad y rehabilitación.*
- *Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.*

Impacto Esperado:

- *Personas con Discapacidad y sus familias organizadas y participando en la toma de decisiones en la Comunidad.*
- *Personas con Discapacidad incluidas en Instituciones Educativas, Sociales, Culturales.*
- *Mejora en la equiparación de las oportunidades laborales.*
- *25 Agentes Comunitarios capacitados y con un Plan de Acción formulado.*
- *Registro de las Personas con Discapacidad realizado.*
- *Comunidad participativa, sensibilizada y preparada para optimizar sus recursos.*
- *Mejora de los servicios brindados por la Comunidad.*

- *Mejora de la calidad de vida de las Personas con Discapacidad, de sus familias y de la Comunidad en su totalidad.*

Antecedentes

Por qué RBC:

- *Porque es una intervención de carácter comunitario a nivel primario, que parte del contexto socio cultural, la integración teórico-práctica, y la formación-participación de los distintos implicados.*
- *Porque está orientada a la prevención de la desventaja como resultado de la discapacidad, para lo cual se promueven acciones integrales y coordinadas que involucran los servicios, sistemas y recursos existentes.*
- *Porque se basa en las propias necesidades de la comunidad y en ella participan activamente las personas con discapacidad.*
- *Porque ha sido la estrategia de intervención que ha demostrado (OMS/OPS) mayor nivel de inclusión, eficacia, eficiencia, equidad, impacto, replicabilidad y permeabilidad ante el cambio.*
- *Porque promueve una “cultura” que favorece la participación activa de las personas, el trabajo colectivo y la búsqueda de alternativas posibles y sostenibles.*

Datos a considerar:

- *La prevalencia de la discapacidad alcanza al 7,6% de la población total residente en hogares particulares urbanos de localidades de más de 5.000 habitantes (INE-CNHD, 2004).*
- ***La cuarta parte de la población adulta mayor padece alguna discapacidad.***
- *El 9,4% de las discapacidades son producto de secuelas de accidentes.*
- *Solamente el 32% de las personas con discapacidad alcanza la enseñanza primaria completa.*
- *Casi el 40% de las personas con discapacidades mayores de 25 años carecen o tienen un bajo nivel de instrucción.*
- *Solamente el 16,5% de la población económicamente activa está empleada.*
- *El 48% de las personas con discapacidad pertenecen a los hogares de menores ingresos.*
- *El promedio de ingresos por trabajo de las personas con discapacidad es 37% inferior al que percibe por el mismo trabajo la población restante.*

- Instituciones de larga estadía

Objetivo: Creación de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores que utilizan los servicios de cuidado de largo plazo.

(i) Indique si su país cuenta con una ley especial que regule el funcionamiento de las instituciones de larga estadía. Indique el número de la ley, el año de aprobación y puesta en marcha. Anexe los documentos respectivos.

- *En Uruguay existe la siguiente ley específica a favor de los adultos mayores:*

La Ley 17.066 de 24/12/98: “Política general en materia de ancianidad”. Dictada el 24 de diciembre de 1998, reglamenta las condiciones de establecimientos y servicios para el adulto

mayor. A continuación se resumen algunas de las principales disposiciones contenidas en esta ley:

Considera “adulto mayor” a toda persona que haya cumplido sesenta y cinco años de edad. (Art. 2).

Determina que la política general en materia de ancianidad corresponde al Poder Ejecutivo y que el Ministerio de Salud Pública ejecutará las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas (Art. 1).

Crea una Comisión Honoraria de asesoramiento en la materia, que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública y estará integrada por cinco miembros: un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá (...) un representante del BPS (....)...” (Art. 14).

Determina que los “establecimientos privados” a los que se refiere la Ley, son aquellos que ofrecen a adultos mayores vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios de acuerdo con el estado de salud de los beneficiarios. (Art. 2).

Determina que dichos establecimientos se denominarán “hogares” cuando, sin perseguir fines de lucro, ofrezcan vivienda permanente, alimentación, y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores (Art. 3) y “residencias” los establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.

Estipula que todas las residencias, hogares para adultos mayores, autoválidos o discapacitados, deberán contar con la habilitación del Ministerio de salud Pública y estar inscritos en el Registro Único Nacional a cargo de dicho Ministerio, quien a la vez tendrá a su cargo el control sobre dichos establecimientos. (Art. 7).

(ii) Indique si su país ha establecido un mecanismo de inspección de las instituciones públicas y privadas de larga estadía. Informe sobre la cantidad de instituciones inspeccionadas en los últimos cinco años, el procedimiento utilizado y los efectos positivos de su realización.

- *El Ministerio de Salud Pública tiene entre sus cometidos dicha inspección en todo el territorio nacional, existiendo acorde a la Ley No. 17.066 requisitos básicos exigidos para otorgar la habilitación correspondiente.*

(iii) Indique las acciones que su país ha implementado para garantizar el cuidado y el tratamiento médico adecuado para personas mayores institucionalizadas en conformidad con las estándares internacionales de protección.

- *El Ministerio de Salud Pública no ha proporcionado información al respecto.*

(iv) Indique los mecanismos existentes en su país para establecer la capacidad legal de las personas mayores institucionalizadas y si existen instancias de revisión periódica de la misma.

- *El Ministerio de Salud Pública no ha proporcionado información al respecto.*

(v) Informe sobre la cantidad de instituciones de larga estadía existentes en su país, y detalle información sobre causas de ingreso, financiamiento (y aporte del estado), características de la población residente y servicios ofrecidos.

- *El Banco de Previsión Social cuenta en su Registro Nacional de Instituciones con 87 Hogares de Ancianos sin fines de lucro que brindan alojamiento permanente, alimentación y cuidados; algunos Hogares cuentan con servicio de Centro Diurno y Estancia Temporal para*

convalecientes o de respiro para familiares; algunos ofrecen servicio de viandas a domicilio. Los residentes aportan un 80% de su pasividad. En algunos casos los familiares complementan el pago. La mayoría de la población residente es de bajo nivel socioeconómico. El Estado apoya en algunos casos (Intendencias Departamentales) para gastos específicos o proporcionando funcionarios; el Banco de Previsión Social otorga apoyos económicos para mantenimiento, reforma, ampliación y equipamiento. El Ministerio de Salud Pública no ha proporcionado datos sobre la cantidad de Residencias para ancianos (con fines de lucro) existentes en nuestro país.

- **Cuidados de larga duración (Fuente: Información proporcionada por Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública)**

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

El Centro Geriátrico Hospital Dr. Piñeyro del Campo, dependiente del Ministerio de Salud Pública, además de hospital para crónicos, cuenta con un Centro Diurno, Unidad de Media Estancia y de Rehabilitación así como Cuidados Domiciliarios. La Unidad de Media Estancia y de Rehabilitación se encuentra articulada con los Hospitales Maciel y Pasteur pertenecientes al Ministerio de Salud Pública.

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

El MSP a través del PRONAM tiene entre sus objetivos prioritarios la creación de servicios de atención extrahospitalarios como servicios de ayuda a domicilio. También se está trabajando en la creación de Centros Diurnos: actualmente se está construyendo uno en Montevideo, en la zona del Cerro, y se proyectan otros en otras zonas de Montevideo.

- Recursos humanos

Objetivo: Promoción de la formación de recursos humanos a través del diseño y la implementación de un plan nacional de capacitación en gerontología y geriatría para los prestadores actuales y futuros de servicios de salud, en todos los niveles de atención, con énfasis en el nivel de atención primaria

(i) Indique si su país ha desarrollado estrategias y planes de capacitación en salud para los recursos humanos que trabajan con personas mayores. Indique la cantidad de cursos realizados y sus temas, el número de personas capacitadas en los últimos cinco años, profesiones u oficios de las mismas.

Programas de formación - investigación en gerontología y geriatría:

- En la Facultad de Medicina de la Universidad de la República existe un postgrado de Geriatría, únicamente para médicos.
- En la Universidad Católica de Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga, hay un Programa de Gerontología Social que proporciona una formación general sobre el tema de la vejez. No se trata de una formación académica.
- Existe en dicha Universidad un postgrado de Geriatría y Gerontología para Licenciadas en Enfermería.
- La Facultad de Enfermería de la Universidad de la República cuenta con el postgrado de geriatría y gerontología solamente para licenciadas egresadas.

- *La Facultad de Odontología de la Universidad de la República y de la Universidad Católica cuentan en la currícula de formación con la Cátedra del Adulto Mayor.*
- *La Facultad de Psicología cuenta con el postgrado de Psicogerontología a cargo del Servicio de Psicología de la Vejez.*
- *Entre los programas de investigación, destacan los que desarrolla la cátedra de Geriátrica de la Facultad de Medicina.*
- *Actualmente, la Sociedad Uruguaya de Geriátrica y Gerontología está elaborando un proyecto de investigación sobre el tema.*
- *Programas de formación y apoyo para los cuidadores formales de adultos mayores*
- *Diversas instituciones uruguayas organizan cursos de formación para los cuidadores de los adultos mayores (empleados de Hogares de Ancianos y Residencias). Entre ellas destacan la Sociedad Uruguay de Geriátrica y Gerontología (SUGG), el Banco de Previsión Social, el Centro Geriátrico Hospital Dr. Piñeyro del Campo y la Comunidad Israelita de Uruguay (Formación de Auxiliares Gerontológicos).*
- *Los servicios privados con fines de lucro, que emplean personas para trabajar como acompañantes o cuidadores de enfermos y adultos mayores realizan también cursos para sus empleados.*

Fuente: Información proporcionada por el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública y complementada por Banco de Previsión Social.

(ii) Indique la cantidad de cursos de capacitación que su país ha realizado para capacitar al personal de instituciones de larga estadía en derechos y libertades fundamentales de las personas mayores.

- *El PRONAM (Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública) ha incluido esta temática en la capacitación que imparte a empleados de residencias para adultos mayores.*

(iii) Informe sobre el número de geriatras existentes en su país y de personal de atención primaria en salud capacitado para la atención de las personas mayores y su evolución.

- *En Uruguay cuenta con 89 médicos geriatras*
- *En 1974 eran 6 médicos geriatras (0,2 % de los médicos del país)*
- *En 1987 eran 61 médicos geriatras (0,8% de los médicos del país)*
- *En 1997 eran 83 médicos geriatras (0,7% de los médicos del país)*
- *En 2006 eran 89 médicos geriatras (0,7% de los médicos del país)*

Fuente: Sindicato Medico Del Uruguay (Información proporcionada por el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública)

– Seguimiento situación en salud

Objetivo: Elaboración y utilización de instrumentos para mejorar el conocimiento del estado de salud de las personas mayores y monitorear sus cambios

(i) Indique si su país ha desarrollado encuestas sobre discapacidad u otro tipo, y si se han incorporado preguntas específicas con relación a la situación de las personas mayores.

- *El Instituto Nacional de Estadísticas del Uruguay – INE - y Comisión Honoraria del Discapacitado, coordinaron un emprendimiento en forma conjunta a fin de efectuar la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad – Dic./2004, habiéndose publicado un documento respecto a esta investigación.*

En este informe, solo se adjunta la información más relevante y la que tiene relación con la discapacidad en personas mayores.

Del estudio sobre Discapacidad en Uruguay, se desprende que la prevalencia de la discapacidad alcanza el 7.6% de la población total residente en hogares particulares urbanos de localidades de 5.000 o más habitantes (aproximadamente un 82% de la población total del país). En cifras absolutas la población con al menos una discapacidad se estima en 210.400 personas.

La mayoría de la población con discapacidad (66%) padece una sola discapacidad, en tanto el 34% presenta dos o más discapacidades. Este porcentaje se mantiene independientemente del sexo y del área geográfica considerada.

Respecto a la discapacidad declarada como principal, el mayor porcentaje (31.3%) refiere a dificultades para caminar, ya sea el no caminar o el tener limitaciones para moverse. En orden de importancia le siguen la visión (ceguera o limitaciones para ver) y la audición (sordera o limitaciones para oír) que representan el 25% y el 13.6 % respectivamente.

El aumento de la discapacidad con el avance de la edad y en particular a partir de los 65 años muestra la incidencia de la discapacidad en el contexto del envejecimiento demográfico. La cuarta parte de la población adulta mayor padece alguna discapacidad. Con el aumento de la esperanza de vida, aumentan también los años vividos con discapacidad de las personas que la adquirieron desde el nacimiento o a edades muy tempranas. Con los años agregados a la vida aumenta el riesgo de adquirir una discapacidad en las edades avanzadas, como secuela de alguna enfermedad o por el deterioro de las capacidades funcionales al envejecer. En el cuadro adjunto se puede percibir más claramente.

Porcentaje de Población con al menos una discapacidad por grupos de edades sobre el total de la población de cada sexo en cada edad						
Área de estudio	Total	Grupos de Edades				
		Menos de 15	15 a 29	30 a 49	50 a 64	65 o más
Total	7.6	3.1	3.0	4.1	9.1	24.5
Hombres	7.0	3.6	3.6	4.1	8.8	22.5
Mujeres	8.2	2.6	2.4	4.1	9.2	25.9

Nota: El número de adultos mayores discapacitados puede estar sobreestimado por la definición de la tipología de discapacidades (dificultades para caminar). No se utilizaron criterios basados en las dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria.

(ii) Indique si su país ha invertido recursos públicos para la investigación en envejecimiento activo. Indique la cantidad de investigaciones realizadas en los últimos cinco años, los temas tratados y los efectos en políticas públicas que se esperan de estos estudios.

- No se han realizado investigaciones en envejecimiento activo.

(iii) Indique si su país dispone de un sistema de monitoreo de la situación en salud de las personas mayores al nivel de los Ministerios de Salud, o si utiliza las encuestas de hogares para monitorear la situación en salud de las personas mayores.

- El Ministerio de Salud Pública no ha proporcionado información al respecto.

1.3. ÁREA PRIORITARIA III: CREACION DE UN ENTORNO PROPICIO Y FAVORABLE

META GENERAL: *Las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez.*

- Vivienda y transporte

Objetivo: Adaptación del entorno físico a las características y necesidades de las personas mayores para lograr una vida independiente en la vejez

(i) Indique si su país dispone de programas de subsidio para financiar la adquisición o mejora de viviendas para las personas mayores. Suministre información sobre coberturas de los programas, monto del financiamiento otorgado, requisitos de co pago, etc.

- *El Banco de Previsión Social cuenta con el Programa de Soluciones Habitacionales para jubilados y pensionistas beneficiarios de su Organismo. Incluye el otorgamiento de la vivienda en calidad de uso; el pago de cupos cama en Hogares de Ancianos para adultos mayores dependientes (Aprox. U\$S 383 - \$ 9.500 aún no se ha implementado) así como el subsidio para alquiler (aún no se ha implementado).*

Cantidad de Complejos Habitacionales:

Montevideo	53
Interior	139
Total	192

Cantidad de Viviendas Adjudicadas:

Montevideo	2.473
Interior	3.104
Total	5.577

Cantidad de viviendas re adjudicadas:

Montevideo	494
Interior	1092
Total	1586

Número de beneficiarios (entre adjudicatarios y re adjudicatarios)

Montevideo	2.967
Interior	4.196
Total	7.163

Fuente: Banco de Previsión Social. Prestaciones Sociales. Junio 2007.

(ii) Indique si su país cuenta con un sistema de descuentos específicos para el transporte de las personas mayores. Suministre información sobre formas de hacer efectivo el descuento, horarios para usar del beneficio, monto del recurso asignado por el Estado para el funcionamiento de esta medida.

- *Intendencia Municipal de Montevideo: Beneficios de transporte urbano para los mayores de 70 años. Tienen derecho a viajar gratis los domingos y feriados. Los jubilados de menores ingresos cuentan con boletos bonificados.*

(iii) Indique si su país cuenta con programas específicos de vivienda para personas con discapacidad. Suministre detalle sobre las características del programa, coberturas según sexo, edades y zona de residencia, requisitos de acceso, entre otros.

- *Porcentaje de hasta un 10% de la disponibilidad de unidades habitacionales, se destinarán a los aspirantes inscriptos que tengan incapacidad laboral total y permanente para toda tarea acreditada por los servicios técnicos del Organismo y que no tengan solucionada en forma definitiva su necesidad de vivienda.*
- *Porcentaje de hasta un 5% de viviendas de la disponibilidad total de unidades habitacionales, se destinarán para aspirantes inscriptos que sean portadores de patología neoplásica y/o enfermedad terminal determinada por los servicios técnicos del Organismo y siempre que no tenga solucionada en forma definitiva su necesidad de vivienda.*

(iv) Indique las medidas implementadas por su país para garantizar el acceso de las personas mayores y con discapacidad a los lugares públicos. Suministre detalles al respecto.

- *Intendencia Municipal de Montevideo: Se expiden Pasaportes Dorados, que otorgan beneficios y descuentos a los adultos mayores. Se trata de una tarjeta de descuento a mayores de 60 años para asistencia a eventos culturales y determinada asistencia de salud (por ejemplo emergencias móviles, ópticas, farmacias).*

- Sistemas de apoyo social

Objetivo: Aumento de la disponibilidad, sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo social de las personas mayores

(i) Indique si en su país existen programas de capacitación para cuidadores familiares. Suministre información sobre la cantidad de cuidadores capacitados en los últimos cinco años, la metodología y contenidos utilizados, y los efectos positivos de la realización de los cursos.

- *No se han implementado aún programas de capacitación para cuidadores familiares.*

(ii) Indique si su país está implementando servicios sociales de apoyo domiciliario para las personas mayores. Suministre información sobre la cobertura de los servicios en los últimos cinco años, el financiamiento destinados por parte del Estado, y todos aquellos antecedentes que considere de relevancia informar en este tema.

- *No se han implementando aún servicios sociales de apoyo domiciliario para las personas mayores. Existen en el ámbito privado servicios sociales de esta naturaleza (Ej. Comunidad Israelita del Uruguay). Asimismo, existen, empresas privadas con fines de lucro que brindan servicios de cuidados y acompañamiento en sanatorio y domicilio.*

(iii) Indique si en su país se están promoviendo los cuidados comunitarios como alternativa de la institucionalización. Indique qué medidas se han llevado a la práctica en los últimos cinco años y el efecto de su aplicación en la solidaridad comunitaria.

- *No se han implementado aún cuidados comunitarios como alternativa de la institucionalización.*

- Discriminación y violencia

Objetivo: Eliminación de todas las formas de discriminación y maltrato en contra de las personas mayores

(i) Suministre información estadística sobre la incidencia del maltrato contra personas mayores según tipo de maltrato, sexo y edad de la víctima, así como otros datos que permitan conocer el problema en su país.

- Hay dos trabajos realizados en los dos últimos años de investigación sobre situaciones de maltrato uno realizado por el Banco de Previsión Social y otro realizado por la Facultad de Psicología de la vejez, la Sociedad Uruguaya de Geriátría y Gerontología (SUGG) y el Ministerio del Interior (Programa Adulto Mayor).

1) Banco de Previsión Social: Investigación de maltrato en personas mayores en situación de calle o inminente situación de calle.

Total de casos estudiados: 298 personas mayores.
Edad promedio: 75-70 años.

Montevideo: 228 personas

151 Mujeres: 45 casos de maltrato. 6 casos de maltrato psicológico y 39 violencia doméstica.

77 Hombres: No se detectaron casos.

Incidencia de maltrato en la población estudiada: 19.5%

Interior: 62 personas.

36 mujeres: 1 caso de maltrato físico y psicológico.

26 hombres: 1 caso de abuso económico.

Incidencia de maltrato sexo masculino: 3.8%

Incidencia de maltrato sexo femenino: 2.7%

Se tomó una muestra comparativa con la misma cantidad de casos estudiada en Montevideo y Canelones (Interior), para tener algún parámetro en números absolutos para comparar la incidencia Montevideo - Interior. Así que de acuerdo al relevamiento de datos se tomaron 30 casos estudiados en el año 2006 en Montevideo y 30 casos correspondientes al Dpto. de Canelones que comprenden del año 2002 al 2006 de lo que surge:

Montevideo 2006 total de peritajes: 30 P.M.

8 hombres

22 mujeres. 8 casos de violencia doméstica.

Incidencia de maltrato en la población estudiada: 26.6%

Dpto. de Canelones 2002-2006 total de peritajes: 30

Hombres: 11

Mujeres: 19. 1 caso de violencia doméstica.

Incidencia de Maltrato en la población estudiada: 3.3%

Los porcentajes diferenciales 23.3% demuestran la elevada incidencia de maltrato en la Capital en comparación con el Interior del País.

2) SUGG - Facultad de Psicología de la Vejez - Ministerio del Interior.

Muestra sobre Violencia

Muestra de denuncias:

1. Edad promedio: 80 años.

2. Sexo: Femenino: 65% Masculino: 34.9%.

3. Tipología de maltrato: Abandono familiar: 41.7%
Violencia psicológica: 20.5%
Riesgo social: 17.40%.
Abuso económico: 16.50%.
Negligencia: 3.90%

Predomina el sexo femenino.

Muestra sobre Historias clínicas:

1. *Edad Promedio: 80 años*
2. *Sexo: Femenino: 39% Masculino: 61%*
3. *Tipología del Maltrato:*
 - *Abandono familiar: 35%*
 - *Maltrato físico: 12%.*
 - *Abuso económico: 10%, resto de historias no se comprobó situación de maltrato.*

Predomina el sexo Masculino.

Banco de Previsión Social

Se está elaborando un proyecto de investigación que tiene como objetivos de investigación los siguientes puntos:

- *Maltrato Estructural.*
- *Abuso económico (poderes otorgados).*

El mismo también considerará acciones educativas y preventivas.

(ii) Indique las medidas legales, institucionales y programáticas que su país ha desarrollado para proteger la vida, integridad física, psíquica y moral, salud y otros derechos humanos relacionados de las personas mayores. Identifique las reformas legales promovidas en los últimos cinco años, dé cuenta de las campañas de prevención realizadas en el mismo periodo, y la creación y/o fortalecimiento de institucionalidad en tal sentido.

- *Creación del Programa Adulto Mayor en la órbita del Ministerio del Interior, con el cometido de detectar situaciones de violencia, abuso y maltrato en los adultos mayores; brindar atención en situaciones de crisis; orientación y asesoramiento; seguimiento y capacitación.*
- *Realización de cursos de formación de Monitores en Derechos Humanos de los Adultos Mayores a cargo de la ONG Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor (CICAM) con el objetivo de identificar y derivar situaciones de violencia, abuso y maltrato a adultos mayores. Apertura de un Consultorio gratuito jurídico – psicológico para orientación, atención y derivación de situaciones de dichas situaciones.*
- *Creación de la Dirección de Derechos Humanos en el Ministerio de Educación y Cultura.*
- *Diversas instituciones brindan servicios de consulta, asesoramiento y denuncia a saber: Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares; Asociación de Usuarios del Sistema de Salud; Ministerio de Salud Pública; Oficina de Atención al Usuario de Salud; Casa de la Mujer de la Unión; Ministerio de Desarrollo Social; Secretaría del Adulto Mayor de la Intendencia Municipal de Montevideo; Sociedad Islas Canarias; Cátedra de Geriátría y Gerontología; Consultorio Jurídico Gratuito de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales; Defensor del Vecino; Centros de Mediación del Poder Judicial en el Depto. de Montevideo; Defensorías de Oficio en el Interior del país y Montevideo; Seccionales Policiales; Policlínicas Municipales; Hospitales y Centros Asistenciales Públicos; Centros Departamentales de Salud.*
- *Inclusión en el Programa de Soluciones Habitacionales para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social, de cobertura a aspirantes inscriptos que se encuentren en situación de urgencia social, la que es corroborada por un equipo técnico interdisciplinario. Incluye: situación de calle; próxima situación de calle (inminencia de lanzamiento, desalojo, vivienda precaria, hacinamiento, etc.); casos de violencia familiar o doméstica en que pueda existir riesgo de vida. Constituye una situación de adjudicación excepcional existiendo determinados complejos habitacionales asignados a estos casos.*

- *Creación de comisión interinstitucional de maltrato en el anciano (año 2005). El Banco de Previsión Social integra dicha comisión interinstitucional.*

(iii) Indique si su país ha favorecido el acceso a la asistencia jurídica para denunciar y castigar el maltrato contra las personas mayores. Suministre información detallada sobre el tipo de práctica implementada, las coberturas y efectos de su aplicación.

- *En los últimos años ha habido una toma de conciencia de la importancia del tema y existen diversos centros vinculados a violencia doméstica que asesoran multidisciplinariamente a población en general y a personas mayores víctimas de cualquier tipo de maltrato.*

A nivel de las Fuerzas Armadas hay un Servicio de Tutela Social que se encarga del abordaje específico de estos casos (As. Social, asesoramiento jurídico), en particular los casos de abandono, negligencia del personal más carenciado ofreciéndoles un Hogar permanente en la localidad de Los Cerrillos (Depto. de Canelones) o subvencionando costos de internación en Residenciales para Adultos Mayores privados.

- *Ley No. 17.514 de 19/07/02. Violencia Doméstica. Se hallan normas de forma y fondo sobre el procedimiento judicial y estipulaciones sobre lo que puede ser considerado delito, y aunque ninguna se refiere al adulto mayor, se presume que le son aplicables por extensión.*
- *En el marco del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos, que constituye un compromiso del gobierno para enfrentar las desigualdades y discriminaciones que afectan a las mujeres, se prevé la instalación en todo el país de servicios de atención a la violencia doméstica, así como se capacitará a funcionarios y funcionarias para garantizar el respeto de oportunidades y derechos.*

(iv) Indique si su país cuenta con una defensoría de derechos de las personas mayores o con una defensoría de derechos humanos que se ocupe de la protección de los derechos humanos, la discriminación y el maltrato en contra de las personas mayores. Suministre información sobre las funciones y aportes concretos que estas instituciones realizan para proteger a las personas mayores.

- *No cuenta aún con dicha Defensoría.*

- Imagen

Objetivo: Promoción de una imagen positiva de la vejez

(i) Indique las medidas que ha implementado su país para combatir el estigma y discriminación asociada al envejecimiento y a la discapacidad física o mental en la educación, empleo, acceso a lugares públicos entre otros.

- *Diferentes Organismos han implementado Programas de Relaciones Intergeneracionales, los cuales contribuyen a lograr un cambio de imagen con relación a los adultos mayores en el imaginario colectivo y específicamente a partir de niños y adolescentes. Se destaca el Programa Abuelo – Amigo (Convenio Banco de Previsión Social – Instituto de la Niñez y Adolescencia del Uruguay); el Programa Abuelos por Elección (Convenio Universidad Católica – Instituto de la Niñez y Adolescencia del Uruguay en el Depto. de Montevideo); Proyectos intergeneracionales en escuelas y liceos públicos y privados; ONG Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor (CICAM) a través de su audición radial.*

Legislación y políticas dirigidas a las personas mayores

El Uruguay no cuenta con una política nacional dirigida a las personas mayores, existiendo políticas sectoriales, fragmentadas, con superposición de acciones, debiendo ponerse énfasis en la coordinación interinstitucional, tanto entre Organismos del Estado como con organizaciones de la sociedad civil. La carencia de un plan nacional, acorde a los lineamientos de la Estrategia Regional, que organice esfuerzos y recursos contribuye a ésta situación.

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

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

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

Se requiere una reorientación de los recursos sobre la base de un nuevo modelo de atención en el que los adultos mayores constituyan un recurso relevante, existiendo condiciones favorables en la actual Administración así como coincidencias entre lo nacional y lo local.

II. DESAFÍOS FUTUROS EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA REGIONAL

Ante la situación planteada anteriormente nos planteamos desafíos para avanzar con relación a la Estrategia Regional a saber:

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

Participaron en la elaboración del presente Documento:

- **Ec. Anna Caristo**
- **Lic. T.S. Claudia Sirlin**
- **Dra. Aída Lessa**
- **Soc. Leticia Pugliese**
- **Lic. T.S. Inés Nuñez**
- **Ernesto Murro**

Colaboraron con el aporte de información:

- **Lic. Susana Lederfain – Secretaría del Adulto Mayor de la Intendencia Municipal de Montevideo**
- **Lic. Eugenia De Marco – Directora del PRONAM – Ministerio de Salud Pública**