

Coordinación General de Estudios y Datos de Inclusión

Dirección de Estudios y Análisis

Ministerio de Inclusión Económica y Social



Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional

Documento de trabajo Nro.MIES-CGEDI-DEA-2020-09-DT

Diciembre, 2020

1



Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional.

Ecuador, 2020

Autoridades

Vicente Taiano González
Ministro de Inclusión Económica y Social

Leandro Chalela
Coordinador General de Estudios y Datos de Inclusión

Patricia Elizabeth Sánchez Bravo
Directora de Estudios y Análisis

Autores/as

Israel Bonilla
Stefania Flores
Leandro Chalela
Patricia Sánchez

Agradecimientos:

Se extiende un especial agradecimiento a Verónica Alarcón, Analista de Investigaciones Gerontológicas, por la valiosa colaboración brindada en el desarrollo del presente estudio.

Cita recomendada: Bonilla, I., Flores, S., Chalela, L. & Sánchez, P., (2020). *Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional*. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Quito. Ecuador.



Contenido

| | |
|--|----|
| Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional | 2 |
| Contenido | 3 |
| Lista de Anexos | 4 |
| Lista de Gráficos | 4 |
| Lista de Abreviaturas..... | 5 |
| Resumen | 6 |
| 1 Introducción..... | 7 |
| 2 Atención a las personas adultas mayores en el Ecuador..... | 9 |
| 2.1 Caracterización de la población adulta mayor en Ecuador..... | 10 |
| 2.2 Servicios de cuidado e inclusión económica para las Personas Adultas Mayores..... | 11 |
| 2.2.1 Servicios de Atención y Cuidado para Personas Adultas Mayores | 12 |
| 2.2.2 Servicios de Aseguramiento No Contributivo..... | 16 |
| 3 Evolución y desafíos de la vejez y el envejecimiento | 18 |
| 3.1 La vejez y el envejecimiento..... | 18 |
| 3.2 Evolución del envejecimiento | 19 |
| 3.3 Desafíos de la vejez y el envejecimiento | 20 |
| 4 Sistematización de Programas de atención a la Población Adulta Mayor | 23 |
| 4.1 Elección de población objetivo | 23 |
| 4.2 Tipo de servicio que se ofrece | 24 |
| 4.3 Estándares de calidad, la relevancia de cuidadores y las carreras técnicas relacionadas al cuidado de adultos mayores..... | 29 |
| 5 Reflexiones finales | 30 |
| 6 Referencias bibliográficas | 32 |
| 7 Anexos..... | 36 |





Lista de Anexos

Anexo 1. Detalle de cada programa analizado.....36

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Cobertura de las modalidades de atención para personas adultas mayores.....16



Lista de Abreviaturas

AAD. Auxiliar de Ayuda a Domicilio
ABVD. Actividades Básicas de la Vida Diaria
BDH. Bono de Desarrollo Humano
BPS. Banco de Previsión Social
CAI. Centros de Atención Integral
CESFAM. Centro de Salud Familiar
CVT. Condominios de Viviendas Tuteladas
ELEAM. Establecimientos de Larga Estadía
EMAG. Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica
ENEMDU. Encuesta Nacional Empleo, Desempleo y Subempleo
GBD. Global Burden of Disease
IMERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales
IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INAU. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ISSSTE. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LOPAM. Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores
MIDES. Ministerio de Desarrollo Social
MIES. Ministerio de Inclusión Económica y Social
OMS. Organización Mundial de la Salud
PACAM. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
PAM. Pensión para Adultos Mayores
PASIS. Pensión Asistencial de Ancianidad
PMMA. Pensión Mis Mejores Años
SAAD. Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia
SAD. Servicio de Ayuda a Domicilio
SAP. Subsidio al Agua Potable
SEDESOL. Secretaría de Desarrollo Social
SENAMA. Servicio Nacional del Adulto Mayor
SERNAMEG. Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género
SNDIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNIC. Sistema Nacional Integrado de Cuidados



Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional

Resumen

Los países de América Latina y el Caribe atraviesan un proceso de aceleración del envejecimiento. Este incremento de personas adultas mayores en relación a la población total, sumado a los altos niveles de pobreza y débiles sistemas de protección social, ponen a la región y al Ecuador en una compleja situación que puede acentuar las condiciones de vulnerabilidad y la exclusión social de la población adulta mayor. Bajo este contexto, el objetivo del presente estudio es identificar experiencias exitosas en la implementación de políticas públicas y servicios de protección social a la población adulta mayor que puedan ser replicadas en el Ecuador. La revisión de las experiencias permite observar un gran esfuerzo en la aplicación de una amplia gama de programas y servicios que tienen como objetivo común la creación de entornos favorables que aporten a la calidad de vida y al mantenimiento de los niveles de autonomía e independencia de las personas adultas mayores, promoviendo el autocuidado y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de los derechos de esta población. Las ofertas de servicios de los programas analizados van desde atención médica especializada, hasta aquellos que promueven un envejecimiento activo, saludable y exitoso, desarrollando las capacidades de las personas adultas mayores, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, siendo en muchos casos iniciativas novedosas que podrían ser replicadas en el Ecuador.

Clasificación JEL: I18, I38,

Palabras clave: vejez, envejecimiento, protección social, asistencia médica, seguridad social, centros de atención, atención integral, personas adultas mayores.



1 Introducción

La población está envejeciendo a un ritmo sin precedentes en los países de América Latina y el Caribe. Se proyecta que la participación de la población mayor de 60 años en la región pase de 11% al 25% en un lapso de 35 años¹. De esta manera, para el 2050 se estima que uno de cada cuatro habitantes será mayor de 60 años. En contraste, Europa tardó 65 años en materializar un aumento similar y se estima que a América del Norte le llevará alrededor de 75 años. Asimismo, se espera que el ritmo al cual la región está envejeciendo se acelere aún más a partir del 2030 (ONU, 2017).

Este proceso llama la atención de las sociedades en torno al envejecimiento de la población, expresado como el incremento de las personas adultas mayores, tanto en términos absolutos como en proporción a la población en edad de trabajar. Sin embargo, esto no es algo nuevo, se trata de un proceso que se inició hace ya varias décadas y que en los últimos años ha comenzado a acelerarse, volviéndose imposible ignorar su impacto presente y sobre todo a futuro (Torres & Peláez, 2012).

Los aspectos fundamentales que explican el envejecimiento de la población en la región visto como la prolongación de la esperanza de vida de los individuos, son las mejoras en los sistemas de salud expresadas a través de mayor acceso y mejor servicio, avances en la medicina y un mejoramiento general del nivel de vida de la población. Y, por otro lado, la caída de la natalidad vinculada a mayor acceso a la educación y a programas de planificación familiar. Si bien estos factores son consecuencia de un avance de las sociedades, el incremento de la población adulta mayor representa un desafío en torno al cumplimiento de los deberes y responsabilidades que representa la atención, social, sanitaria, educativa, recreativa de este grupo etario. En este sentido, los países de la región deben estar preparados para afrontar las presiones que vendrán y mientras más antes lo hagan menores serán las condiciones de vulnerabilidad y exclusión social que repercutan en la población adulta mayor (Chackiel, 2000).

Para diseñar políticas que apunten a crear condiciones adecuadas para el envejecimiento de la población es importante contar con información que nos permita entender las características de la población adulta mayor en términos de sus condiciones de salud, sociales y económicas, junto con sus limitaciones físicas y funcionales. Al respecto se debe considerar que los niveles de pobreza y vulnerabilidad de la población adulta mayor son muy altos en la región y también son consecuencia de los bajos niveles de cobertura de la seguridad social. Según CEPAL (2018) de los datos de ocho

¹ En el Informe de la ONU "The 2017 Revision of World Population Prospects" las proyecciones sobre el incremento de la población adulta mayor se realiza para la Región de América Latina y el Caribe estandarizando como persona adulta mayor a las personas de igual o mayor a 60 años, y sin considerar la legislación interna de cada uno de los países. Por tanto es una cifra referencial

países de la región² se desprende que en promedio, un 57,7% de las personas de entre 65 y 69 años y un 51,8% de las personas de 70 años y más, todavía no perciben una pensión de un sistema contributivo, evidenciando una clara debilidad de los sistemas de protección social de la región y siendo una de las principales causas que obliga a las personas mayores a trabajar incluso más allá de la edad legal de jubilación.

La baja cobertura de la seguridad social y los altos niveles de pobreza, limitan las posibilidades de las familias de contar con ayuda externa para cuidar de sus adultos mayores dependientes, por lo que obligan a que muchas personas tengan que seguir trabajando hasta edades avanzadas. El incremento de la proporción de personas adultas mayores necesariamente exigirá a los gobiernos de los países un incremento en la cobertura de los sistemas de seguridad y protección social además de la aplicación de programas de protección social a la población adulta mayor, que podrían ser financiados por transferencias intergeneracionales por parte de la población económicamente activa, o través de impuestos (Suárez & Pasetto, 2005).

La protección a la población adulta mayor se encuentra amparada sobre la base de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y del amplio repertorio de legislación internacional y regional que de ésta se derivan. Por ejemplo, en cuanto a los servicios de cuidado al adulto mayor, en la región se encuentra la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores³, suscrita en junio de 2015. En Ecuador, la protección social a la población adulta mayor se instaura en el marco de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución del 2008 y en la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores de 2019⁴; siendo el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) el principal órgano delegado para la ejecución de políticas públicas en beneficio de la población adulta mayor.

Las políticas y programas llevados a cabo por el MIES se enmarcan en tres ejes de política pública: i) inclusión y participación social: ya que se considera a esta población como actores del cambio social, ii) protección social: enfocada en mitigar los efectos de la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social y iii) atención y cuidado: por medio del funcionamiento de servicios y centros gerontológicos de administración directa o convenios de cooperación.

² El estudio fue realizado sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y Perú.

³ la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es el único instrumento interamericano, y el primero a nivel internacional, que cubre la gama de derechos a ser protegidos para las personas mayores, desde los civiles y políticos, hasta los económicos, sociales y culturales.

⁴ Esta nueva ley deroga la Ley del Anciano vigente desde 1991, sus reformas y su reglamento. Esta norma busca promover, regular y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores.

Con base en ello, dentro de los programas y servicios del MIES se brindan diferentes servicios de atención y cuidado a la población adulta mayor, enfocados en brindar una atención integral a las personas adultas mayores, a través del desarrollo de actividades para mantener su capacidad funcional, alojamiento, alimentación, vestido, recreación, cuidado directo, entre otras. La oferta de los servicios se estructura a través de cuatro modalidades, y el acceso a ellas, dependerán de las características de la persona adulta mayor: (1) centros residenciales, (2) centros de atención diurna, (3) espacios de socialización y de encuentro y (4) atención domiciliaria. Los servicios se encuentran dirigidos a personas mayores a 65 años, priorizando a los que se encuentran en condiciones de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad.

Adicionalmente, se encuentra el programa de transferencias monetarias del sistema de protección social integral, en el cual se puede encontrar dos componentes enfocados exclusivamente en la población adulta mayor, denominadas Pensión Mis Mejores Años y Pensión para Adultos Mayores, que tienen como fin cubrir las carencias económicas y gastos que demanda la condición de vulnerabilidad que se acentúa por la edad.

Bajo este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo identificar y analizar las experiencias en la región en la formulación de políticas públicas e implementación de servicios de atención a la población adulta mayor que puedan ser replicadas en el Ecuador. Para ello, se presentan las perspectivas internacionales en torno al acelerado envejecimiento de la población en la región entendiendo los desafíos y consecuencias que conlleva dicho fenómeno. Además, de dar a conocer los distintos programas de servicios, apoyo integral y prestaciones económicas aplicados por otros países y que forman parte de sus sistemas de protección social para la población adulta mayor.

En la sección 2 del documento se presenta una caracterización de la población adulta mayor en Ecuador, seguido por un resumen de los servicios que actualmente oferta el MIES para la atención y el cuidado de este segmento de la población. Luego, en la sección 3 se conceptualiza la vejez y el envejecimiento, sus implicaciones y tendencias dentro de la región. Posteriormente, en la sección 4 se detalla la experiencia internacional en programas de protección social a la población adulta mayor. Y para concluir, se presentan las reflexiones finales.

2 Atención a las personas adultas mayores en el Ecuador

En este apartado se presenta una caracterización⁵ de la población adulta mayor en el Ecuador dimensionada a través de tres enfoques: biológico, psicológico y social.

⁵ El apartado “Caracterización de la población adulta mayor en Ecuador” consiste en una sistematización del estudio “Caracterización de la vejez y el envejecimiento, un enfoque desde los servicios de inclusión social y económica del MIES” solicitado por la Subsecretaría de Gestión Intergeneracional y aprobado mediante memorando MIES-SGI-2021-0034-M, de 25 de marzo de 2021.

Además, se detalla la política de protección social que se efectúa actualmente en beneficio de la población adulta mayor, a través servicios de atención y cuidado y programas de aseguramiento no contributivo.

2.1 Caracterización de la población adulta mayor en Ecuador

Según Mateu Gil et al. (2007), la población ecuatoriana está envejeciendo a un ritmo acelerado, al punto que se prevé que para el 2065 las personas que tienen más de 60 años constituirán el grupo mayoritario del país. Según las proyecciones presentadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, la prevalencia de personas adultas mayores con respecto al total de la población, se incrementó del 6.6% al 7.5% entre los años 2010 y 2020⁶.

Si bien, la edad –generalmente 65 años- desde la que se considera a las personas adultas mayores depende de las respectivas legislaciones de los países, de acuerdo con Valdivieso et al., (2020), desde el enfoque biológico el punto de quiebre en el deterioro de la salud en Ecuador ocurre entre los 45 y 54 años cuando la prevalencia y la duración de las enfermedades comienzan a ser más severas, siendo probablemente uno de los cambios más evidentes que ocurren con el avance de la edad. Además, el mismo estudio halló que el deterioro es mayor entre los usuarios del BDH que debido a la situación de desventaja en cuanto a sus condiciones sociales, económicas y de trabajo, los hace más susceptibles a sufrir enfermedades y accidentes de trabajo

A diferencia del enfoque biológico, en el que predominan las consecuencias negativas de la edad debido al deterioro del cuerpo, el enfoque psicológico se caracteriza por los cambios conductuales, junto con las influencias del entorno que pueden dar como resultado relaciones positivas o negativas entre el envejecimiento y el bienestar (Valdivieso et al. 2020). Según este trabajo, existe evidencia de una disminución de la satisfacción con la vida y el bienestar emocional⁷ (medido por el riesgo de depresión) conforme transcurren los años, mientras que los niveles de autoestima no varían por grupos etarios⁸. En relación al deterioro cognitivo, el cual también es un aspecto psicológico, entre las personas adultas mayores usuarias del MIES se observa que el punto en el cual se comienza a evidenciar un deterioro cognitivo leve es entre los 75 y 84 años, mientras que la demencia se intensifica a partir de los 85 años.

⁶ Tomado de las Proyecciones poblacionales del INEC 2010.

⁷ Según Valdivieso et al., (2020) la satisfacción con la vida comienza a decrecer entre los 65 y 74 años, con una disminución de 0.4 puntos (escala de 0 al 10) respecto al grupo etario anterior, mientras que el bienestar emocional medido por el riesgo de depresión se incrementa en 4.3pp entre el grupo etario de 25 o menos al de 45 - 64.

⁸ Los niveles de autoestima medidos a través de la escala de Rosenberg varían en 0.1 (escala de 1 al 10) entre los grupos de 25 años o menos y 44 a 64 años.

En el ámbito social se observa que, si bien en Ecuador se posiciona socialmente a las personas adultas mayores mejor que en otros países de América Latina, aún existen brechas frente a los grupos etarios más jóvenes. Así, se puede evidenciar un menor posicionamiento social de las personas adultas mayores frente a otros grupos etarios, lo que puede explicarse por su escasa participación en el mercado laboral y la falta de acceso a créditos (menor aporte en el proceso productivo). Según la ENEMDU 2019⁹ la tasa de participación laboral para las personas adultas mayores fue de 5,2%¹⁰. Por otro lado, la percepción de la población en general respecto a las personas adultas mayores es buena, considerando que el 83% de los ecuatorianos ve probable que las personas mayores sean vistas con respeto frente a un 19% que considera que son una carga para la sociedad. Además, existe un alto sentido de pertenencia con la comunidad entre las personas adultas mayores y una tendencia a estar más felices con su participación en ella siendo aún mayor entre los usuarios de los servicios del MIES (Valdivieso et al. 2020).

2.2 Servicios de cuidado e inclusión económica para las Personas Adultas Mayores.

En el Ecuador las personas adultas mayores deben recibir atención prioritaria y especializada. Las iniciativas de programas y políticas públicas dirigidas a la población adulta mayor se basan en el marco de los derechos fundamentales que instaura la Constitución expedida en el 2008, en la que se establece que las personas adultas mayores deben recibir atención prioritaria y especializada en el ámbito público y privado, así como protección contra la violencia. Adicionalmente, las personas adultas mayores se encuentran amparadas por otras leyes que promueven sus derechos como: la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (LOPAM), su Reglamento y la Ley de Seguridad Social. También se pueden diferenciar las leyes que reconocen a las personas adultas mayores como grupo de atención prioritaria y/o normas que incluyen regulaciones específicas u operativas en relación a la población adulta mayor: La Ley Orgánica de Salud, Ley de Derechos y Amparo al paciente, Ley de prevención, protección y atención especial a las personas que padecen Diabetes, Ley de Régimen Tributario Interno, Ley Orgánica de Discapacidades, Ley Orgánica de Transporte, Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial (Gutiérrez, 2014). Por último, es necesario destacar que Ecuador cuenta con otros instrumentos de política pública relacionados con la garantía de derechos población adulta mayor, tales como: a) Plan Nacional de Desarrollo, c) Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional y c) Plan Nacional para la Protección Integral de Derechos de las Personas Adultas Mayores; y planes o estrategias locales.

⁹ Encuesta Nacional Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) es una operación estadística que forma parte del Sistema Integrado de Encuestas de Hogares (SIEH).

¹⁰ Aquello implica que, el 40% la población adulta mayor continúa formando parte de la población económicamente activa. No obstante, la mayor parte se ocupan en empleos no adecuados.

Es importante mencionar que dentro de la LOPAM se dispone la creación del Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Este Sistema Nacional tiene por objeto “*la protección integral de los derechos de las personas adultas mayores, mediante el diseño, formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de normas, políticas, mecanismos y servicios públicos y privados, en todas las instancias y en todos los niveles de gobierno, de forma articulada y coordinada*” y la rectoría del Sistema le pertenece al MIES que, según el artículo 64 de la misma ley, también tiene como atribuciones propias:

“*a) Diseñar y desarrollar programas y servicios específicos de inclusión económica y social para las personas adultas mayores; y, b) Desarrollar e implementar programas de sensibilización y formación continua sobre derechos de las personas adultas mayores*”

Como parte de la materialización de estas atribuciones, el MIES ofrece servicios de atención y cuidado, y de aseguramiento no contributivo, que forman parte de la Misión Mis Mejores Años¹¹.

2.2.1 Servicios de Atención y Cuidado para Personas Adultas Mayores

El Ministerio de Inclusión Económica y Social, como entidad directamente responsable de precautelar el ejercicio de los derechos que asisten a la población comprendida dentro de los grupos prioritarios, aplica políticas sociales para la población adulta mayor considerando al proceso de envejecimiento, como un proceso activo, digno, saludable y seguro. Por ello, los programas se desarrollan a través de tres ejes de política pública: **i) inclusión y participación social:** ya que se considera a esta población como actores del desarrollo familiar y social, **ii) protección social:** enfocada en reducir el impacto de la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social, y **iii) atención y cuidado:** por medio del funcionamiento de servicios y centros gerontológicos de administración directa o por convenio y con redes comunitarias (MIES, 2019). Basado en estos tres ejes, se establecen los servicios ofertados a través de las siguientes modalidades¹².

Modalidad Centros Gerontológicos Residenciales

- *Población Objetivo*

¹¹ Desde esta Misión se persigue incrementar el bienestar de las personas adultas mayores desde una mirada holística, que reconoce aspectos individuales y sociales. Los componentes a través de los cuales se implementa la misión son: i) entornos favorables y servicios de cuidado, ii) seguridad de los ingresos, iii) competencias y empleabilidad, y iv) promover un estado de salud integral.

¹² Todos los servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores del MIES se ofertan de acuerdo a los principios establecidos por las Normas Técnicas para la implementación y prestación de servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores, de las cuales se han tomado las definiciones para cada uno de ellos.

Está dirigido a personas mayores a 65 años que requieren de protección especial temporal o definitiva, y que no puedan ser atendidas por sus familiares o que carezcan de un lugar donde residir de forma permanente por su condición de pobreza y vulnerabilidad. También se consideran a las personas adultas mayores en situación de calle, con doble vulnerabilidad de sus derechos fundamentales¹³

- *Detalle y Temporalidad*

La modalidad residencial ofrece un servicio de alojamiento a personas adultas mayores, los 365 días del año, durante las 24 horas. Puede tratarse de una estancia de 3 a 6 meses, cuando se trata de personas que una vez estabilizadas retornan a sus domicilios con sus familias. Asimismo, puede ser una estancia permanente, cuando se trata de usuarios sin referente familiar comprobado en situación de vulnerabilidad o total dependencia. Entre los objetivos de la modalidad se encuentran: (1) brindar una atención integral por medio de los servicios de alojamiento y cuidado, (2) mejorar o mantener –hasta donde sea posible– la capacidad funcional y mental de los usuarios, mediante la participación en terapias y programas adecuados, (3) otorgar un ambiente confortable, seguro y limpio y; (4) brindar una alimentación sana, equilibrada, variada, respetando la capacidad de elección y dietas especiales.

Centros gerontológicos de atención diurna

- *Población Objetivo*

Dirigido a personas mayores a 65 años con dependencia leve, intermedia o moderada. Además, la norma técnica del servicio señala que se prestará el servicio a las personas adultas mayores que se encuentren en situación de pobreza y extrema pobreza, que no puedan ser atendidos por sus familiares en la mañana o que hayan sido vulneradas en sus derechos.

- *Detalle y Temporalidad*

Esta modalidad presta servicios de atención y cuidado integral (estimulación de sus capacidades, asistencia, alimentación, nutrición, rehabilitación, recreación, entre otros), a personas adultas mayores durante 240 días al año, de lunes a viernes en jornadas de 6 a 8 horas diarias. En cuanto a los objetivos de esta modalidad son los mismos detallados en la modalidad residencial, con excepción del internamiento o alojamiento.

Espacios de socialización y de encuentro

- *Población Objetivo*

¹³ Derecho a una familia, derecho a una vivienda, a un entorno libre de violencia, derecho a la salud; entre otros), que no han sido garantizados oportunamente por el Estado.

Está dirigido a personas mayores a 65 años, que conserven su autonomía y puedan trasladarse de un lugar a otro. Además, la norma técnica del servicio señala que se prestará el servicio a las personas adultas mayores que se encuentren en situación de pobreza y extrema pobreza.

- *Detalle y Temporalidad*

Este servicio está concebido en la revitalización, socialización y encuentro de adultos mayores que puedan trasladarse por sus propios medios. En este espacio se trabajará en la prevención y promoción del envejecimiento activo y saludable, mediante actividades recreativas, culturales, sociales, formativas y de prevención, facilitando la integración y participación del adulto mayor en la familia y la comunidad. Esta modalidad ofrece su servicio de atención en dos condiciones: a) para personas adultas mayores en situación de extrema pobreza, se ofrece un servicio con alimentación, durante tres días a la semana con tres horas de duración cada jornada y b) para personas adultas mayores que no se encuentren en situación de pobreza el servicio no ofrece alimentación y se realiza durante dos días a la semana en sesiones de dos horas cada una.

Respecto de los principales objetivos de la modalidad se establece: (1) crear acciones y programas para promover el envejecimiento activo y saludable con el fortalecimiento de sus habilidades, destrezas y capacidades, (2) mantener la funcionalidad e independencia de las personas adultas mayores respetando sus características y niveles de desarrollo, (3) promover el rol de la familia y comunidad en el cuidado y protección de los derechos de las personas adultas mayores a través de la corresponsabilidad intergeneracional y (4) brindar asistencia alimentaria. Atención domiciliaria

- *Población Objetivo*

Esta modalidad se encuentra dirigida a personas con las siguientes características: (i) personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad, que residan en zonas rurales o urbanas con riesgo social alto, que no puedan trasladarse a otro servicio de atención gerontológica. (ii) personas adultas mayores con discapacidad (moderada, grave y muy grave) que presenten dependencia moderada, severa o total y que no puedan trasladarse a otro servicio de atención gerontológica. (iii) personas adultas mayores usuarios de la modalidad “Atención en el Hogar y la Comunidad para personas con discapacidad”, que han cumplido 65 años de edad. Y (iv) personas adultas mayores en situación de pobreza y pobreza extrema, ubicadas en zonas de alta dispersión geográfica. Asimismo, la norma técnica del servicio señala que se prestará el servicio a las personas adultas mayores que se encuentren en situación de pobreza y extrema pobreza.

Detalle y Temporalidad

En esta modalidad se prestan servicios de atención y cuidado en el domicilio para la persona adulta mayor que no puede acceder a los servicios de atención intramurales

debido a que presentan características que les dificultan o impiden la movilización. En este sentido se prestan dos tipos de servicio según el nivel de dependencia del adulto mayor: i) para adultos mayores sin dependencia o con dependencia leve, las atenciones se brindan 2 veces al mes con una duración de 2 horas cada intervención, ii) para adultos mayores con dependencia moderada o severa, las atenciones se brindan 4 veces al mes con una duración de 2 horas cada intervención.

Entre los objetivos principales de la modalidad se establece (1) proveer cuidado a los adultos mayores que presentan dependencia o requieren asistencia para la ejecución de sus actividades diarias e instrumentales y a la vez enseñar a las familias para que puedan brindar esta asistencia de forma adecuada, (2) ofrecer asesoramiento y asistencia a los adultos mayores y sus familias en su domicilio para contribuir a mejorar su calidad de vida, generando mecanismos de apoyo, desarrollando capacidades y hábitos saludables, (3) capacitar a las comunidades para desarrollar tareas y funciones de cuidados domiciliarios, (4) mejorar o mantener –hasta donde sea posible– la capacidad funcional y mental de los usuarios, mediante la participación en rehabilitación, y terapia ocupacional y psicológica y (5) desarrollar capacidades comunitarias para contribuir a la eliminación de barreras (afectivas, de movilidad o físicas), promoviendo la protección y defensa de los derechos de los adultos mayores con y sin discapacidad.

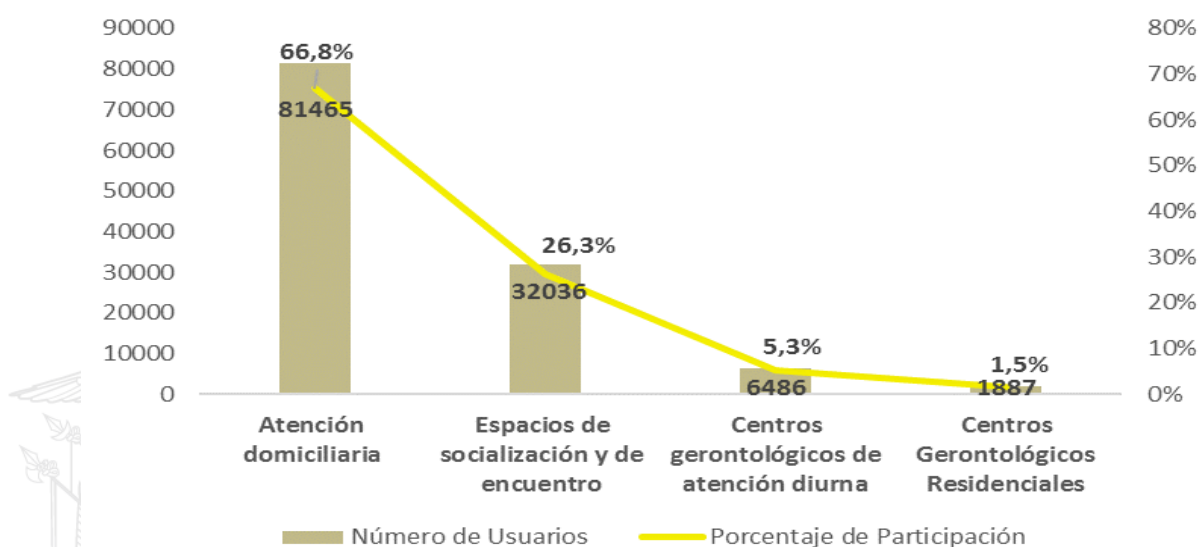
Previo al ingreso del adulto mayor a los servicios ofertados para las cuatro modalidades presentadas, las unidades de atención realizarán una valoración gerontológica integral, la misma que se realizará cada seis meses, tomando en cuenta todas las esferas que afectan en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Para dicha valoración se emplean, el Índice de Barthel y la Escala de Lawton Brody, que evalúan la esfera funcional; el test Mini Mental que valora la esfera cognitiva, y la escala de depresión Yessavage que analiza la esfera afectiva. La valoración adecuada del usuario es necesaria para verificar los requisitos para el ingreso a las distintas modalidades, en caso de no cumplir con las características, se debe orientar a la familia o coordinar institucional o interinstitucionalmente para el acceso de la persona adulta mayor a otros servicios gerontológicos. Adicionalmente, este proceso permitirá conocer a las personas para desarrollar estrategias individualizadas en: salud, estado funcional, mental, nutricional, social, económico, entre otros; considerando sus recursos y su entorno socio familiar. Sin embargo, actualmente existen personas adultas mayores con distintos niveles de dependencia funcional en cada modalidad, por lo que el nivel de dependencia no parece ser un criterio de elegibilidad estricto para el ingreso a los servicios¹⁴.

En el mes de diciembre de 2020 se atendió a un total de 121.874 personas adultas mayores a través de los servicios sociales del MIES. La modalidad de Atención Domiciliaria representa más de la mitad de las personas adultas mayores atendidas con

¹⁴ Con la finalidad de garantizar los derechos de la población adulta mayor no se puede negar el ingreso a los adultos mayores a los diferentes servicios indistintamente de sus niveles de dependencia.

un 66.8%, seguido de la modalidad de Espacios de Socialización y de Encuentro con un 26.3% de personas adultas mayores atendidas. La atención en los Centros Gerontológicos de Atención Diurna y Residencial, concentra una menor cantidad de usuarios, el 5.3% y 1.5% respectivamente, debido a que estas modalidades demandan de mayor infraestructura, capital humano y logística para su funcionamiento, dada la complejidad de los servicios que prestan.

Gráfico 1. Cobertura de las modalidades de atención para personas adultas mayores



Fuente: SIIMIES diciembre 2020.

Elaboración: Dirección de Estudios y Análisis

2.2.2 Servicios de Aseguramiento No Contributivo

Los programas de transferencias o pensiones no contributivas para personas adultas mayores surgen el 14 de septiembre de 1998 con el Decreto Ejecutivo 129. En este se establece un subsidio de seiscientos mil sucres anuales, pagaderos en alcuotas mensuales a las personas mayores de sesenta y cinco años, cuyo ingreso familiar no supere un millón de sucres, siempre que el beneficiario no perciba salario fijo.

Posteriormente, el 01 de septiembre de 2006, mediante Decreto Ejecutivo No. 1824, se establece una pensión asistencial para personas de la tercera edad o con discapacidad en situaciones de pobreza como un subprograma del BDH. La pensión consistía en una transferencia monetaria de \$11.50 dirigida a personas de 65 años en adelante que se hallen ubicados en el 40% más pobre de la población o personas con discapacidad igual o mayor al 70% acreditadas por el CONADIS ubicados en los quintiles 1 y 2.

Actualmente se encuentre en vigencia el Decreto Ejecutivo 804 de 20 de junio de 2019, mediante el cual se reconocen las distintas formas de vulnerabilidad de los diferentes

segmentos de la población, estableciendo así el programa de transferencias monetarias del sistema de protección social integral que opera a través de los siguientes componentes.

- Bono de Desarrollo Humano
- Bono de Desarrollo Humano con Componente Variable
- Pensión Mis Mejores Años
- Pensión Para Adultos Mayores
- Bono Joaquín Gallegos Lara
- Pensión Toda Una Vida
- Pensión para Personas con Discapacidad
- Cobertura de Contingencias

Entre los componentes descritos, dos se encuentran enfocados en la población adulta mayor. Para el acceso a estos componentes o pensiones se utiliza como instrumento de focalización el Índice del Registro Social (IRS)¹⁵, su detalle se presenta a continuación:

Pensión Mis Mejores Años (PMMA). Consiste en una transferencia mensual de USD 100,00 que tiene como fin cubrir carencias económicas y gastos que demandan las vulnerabilidades que se acentúan por la edad. La titularidad de derecho de la Pensión Mis Mejores Años, corresponde al adulto mayor con nacionalidad ecuatoriana o doble nacionalidad, cuya edad sea igual o mayor a los 65 años, que no cuente con seguridad social contributiva y que sea parte de un núcleo familiar con Registro Social vigente y un puntaje del IRS menor o igual a 34,67905 que lo califica como pobre. A diciembre de 2020, 296.327 personas adultas mayores se encontraban acreditados para recibir esta transferencia.

Pensión para Adultos Mayores (PAM). Consiste en una transferencia mensual de USD 50,00 que tiene como fin cubrir carencias económicas y gastos que demandan las vulnerabilidades que se acentúan por la edad de las personas adultas mayores, que cuenten con Registro Social 2014 sin información actualizada. La titularidad de derecho de la Pensión para Adultos Mayores corresponde al adulto mayor con nacionalidad ecuatoriana o doble nacionalidad, cuya edad sea igual o mayor a los 65 años, no contar con seguridad social contributiva y que sean parte de un núcleo familiar con información de Registro Social 2014, hasta la actualización de su información y que a la fecha sean usuarios habilitados al pago de la Pensión para Adultos Mayores. A

¹⁵ Según la Norma técnica para la recopilación, actualización, uso y transferencia de información del registro social, el IRS es el valor numérico o puntaje calculado a través de la Metodología de la Métrica del Registro Social vigente, que permite la identificación de la población extremadamente pobre, pobre y no pobre, mediante el establecimiento de líneas de pobreza definidas con base a criterios técnicos y estadísticos.

diciembre de 2020, 62.981 personas adultas mayores se encontraban acreditados para recibir esta transferencia.

Entre ambas pensiones representan cerca del 29% del total de bonos y pensiones que el MIES otorgó en el mes de diciembre de 2020, con un presupuesto total de \$376.487.676,09

3 Evolución y desafíos de la vejez y el envejecimiento

Esta sección inicia con una conceptualización acerca de la vejez y el envejecimiento desde los enfoques biológico-fisiológico, psicológico y social, y continúa con un extracto acerca de la tendencia de envejecimiento en la región. Luego, se detallan los desafíos que enfrentan las personas adultas mayores en términos de sus condiciones de salud, sociales y económicas y el reto de política de protección social que esto implica para la región latinoamericana.

3.1 La vejez y el envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso biológico que ocurre de manera irreversible a lo largo de toda la vida. En cambio, la vejez se considera como el último ciclo de la vida. Si bien el comienzo de la vejez no se encuentra bien precisado, su connotación depende del enfoque y el contexto sociocultural en el que tiene lugar la reflexión sobre sus ventajas y desventajas (Valdivieso et al., 2020). Según Ibarque, Ruiz, & Vargas (2016) la calidad de la vejez deriva de la forma en que se vive el envejecimiento o lo que es lo mismo el proceso de cambios estructurales y funcionales que suceden con el paso del tiempo.

Según Villa & Rivadeneira (1999), en el envejecimiento ocurren transformaciones en las condiciones físicas, la independencia económica y funcional, los roles dentro de la familia, el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción y la percepción social. En este sentido, Valdivieso et al., (2020) analizan las implicaciones de la vejez y el envejecimiento desde tres dimensiones: (1) biológicas-fisiológicas, (2) psicológicas y (3) sociales.

Partiendo del enfoque biológico-fisiológico, el envejecimiento se encuentra marcado con el desgaste de los sistemas del cuerpo que tienen como consecuencia la pérdida del dinamismo, debilidad, enfermedades, reducción de la capacidad de adaptación y aumento de la mortalidad (Alvarado & Salazar, 2014; Ünal & Özdemir, 2019; Baltés, 2004; Agar, 2001; Buendía, 1994).

Según Monroy (2005), citado por Valdivieso et al., (2020), desde el enfoque psicológico el envejecimiento se caracteriza por los cambios conductuales que sumados a la influencia del entorno pueden reflejarse positiva o negativamente en las personas

adultas mayores. Como aspecto positivo se señala a la sabiduría con la que se ven representados las personas adultas mayores, así como la elevada capacidad para controlar sus estados emocionales. No obstante, con la vejez también se podrían evidenciar aspectos negativos como disminución de la capacidad mental, deterioro de la autoestima, y sentimientos de tristeza y soledad (Valdivieso et al., 2020).

Finalmente, la perspectiva social de la vejez y el envejecimiento es mucho más compleja pues dependerá de las etiquetas y estereotipos que predominen entre los distintos grupos sociales. Así, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y conducta para determinar la vejez (Aranibar, 2001). Por ejemplo, el alejamiento del proceso productivo, que conlleva la vejez, implica un cambio dramático en los hábitos, el rol y el posicionamiento de las personas adultas mayores la sociedad. Pues, según Ramos et al. (2009) en sociedades marcadas por la revolución industrial, la participación productiva se constituye como un estratificador social, en donde la experiencia de la vejez se considera obsoleta. Por otro lado, según Valdivieso et al., (2020), visiones más positivas de este enfoque sugieren que la vejez está asociada a mayor sabiduría, conocimiento, respeto, estabilidad y autoridad en la familia.

3.2 Evolución del envejecimiento

Cuando las sociedades tienen igual proporción de personas adultas mayores que de niños, no se suele distinguir mayores problemas en este grupo etario. Esto se debe, principalmente, porque las personas adultas mayores podían ser cuidadas en sus propios hogares, y la cantidad de personas económicamente activas podían sostener los sistemas de pensiones para personas económicamente inactivas. Sin embargo, cuando el número de niños y niñas empieza a decrecer respecto al número de personas adultas mayores, problemas como la exclusión social o la discriminación hacia este grupo etario, empieza a ser visible (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2001). Esta disminución del número de niños y niñas respecto a población adulta mayor es conocida como transición demográfica y dependiendo de la región en donde se hable ha ocurrido a un ritmo diferente.

Por ejemplo, para el caso de Europa la transición sucedió en aproximadamente 65 años, a América del Norte le tomará alrededor de 75 años, mientras que a los países de América Latina y el Caribe les va a llevar apenas 35 años (FIAPAM, 2015)¹⁶. El porcentaje mundial de personas por encima de 60 años fue del 12% en 2018, para América Latina fue de 11%, en Oceanía del 16%, en el este asiático de 17%, en América del Norte de 21% y en Europa el 24% (BID, 2018).

Además, se espera que para 2030, la población mayor de 60 años represente un 17% del total de la población, y hacia 2050 uno de cada cuatro habitantes en América Latina y el

¹⁶ Sin embargo, dentro de la región, se pueden encontrar diferencias entre países

Caribe sea mayor de 60 años. Es así que, en 2050, la proporción de personas de 60 años en la región será similar a las cifras que hoy se observan en ciertos países europeos como Alemania, Holanda o Suiza (Aranco et al., 2018).

3.3 *Desafíos de la vejez y el envejecimiento*

El envejecimiento de la población provoca presión sobre el sistema de salud ya que como se indicó anteriormente, al envejecimiento desde el punto de vista biológico, constituye una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, que acarrea un mayor riesgo de contraer enfermedades crónicas las cuales generalmente son más costosas tanto en términos de recursos físicos como humanos. Según datos de la OMS, el 75% de las muertes en la región son atribuibles a enfermedades crónicas y se estima que el envejecimiento de la población es responsable de alrededor del 15% del aumento en la carga total de mortalidad y morbilidad atribuible a las enfermedades crónicas entre 2006 y 2016 (Gakidou et al., 2017; en Aranco et al., 2018).

Los datos del estudio *Global Burden of Disease*¹⁷ (GBD), hablan de una alta y creciente prevalencia de enfermedades crónicas entre la población adulta que en general aumenta con la edad. Por ejemplo, la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares crece notablemente con la edad. Así, para el tramo de 50 a 59 años de edad las tasas rondan entre el 10% y 12%, y a partir de los 70 años se incrementa a más 40% en ciertos casos. Esto denota un deterioro en la salud de la población adulta mayor a través del tiempo (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016).

Según Aranco et al. (2018), a medida que la población envejece, también aumenta el porcentaje de la población con limitaciones funcionales, motrices, cognitivas, sensoriales o de comunicación. Si bien en algunos casos las limitaciones funcionales se deben a causas congénitas o accidentes, en la mayoría de casos están ligadas a la presencia de enfermedades crónicas (como diabetes y la hipertensión) o al proceso normal de envejecimiento, en especial a partir de los 70 años.

Acorde con ello, Aranco et al. (2018), establece que el envejecimiento de la población provocará una de las mayores tensiones en el área de cuidados a la dependencia, ya que a medida que las sociedades envejecen, aumenta la proporción de personas con dificultades para el desarrollo normal de sus actividades y que necesitan del cuidado y de la ayuda de los demás. Además, este incremento en la demanda de servicios de cuidados se da en un contexto en el cual el papel tradicional de la familia como principal proveedor de cuidados está cambiando, debido a la menor natalidad, a la reducción del tamaño familiar, y al aumento de la participación laboral femenina.

¹⁷ Este estudio calcula la carga total de enfermedades como la suma de la carga de mortalidad y de morbilidad asociadas a diferentes condiciones de salud, y también publica los datos de prevalencias de enfermedades, desagregados por sexo y por grupos de edad.

El proceso de desarrollo de enfermedades crónicas y el aumento de la prevalencia de las limitaciones tienen como consecuencia un incremento de personas en situación de dependencia funcional. Es decir, que requieren ayuda externa para el desarrollo de sus actividades diarias. Por lo tanto, la dependencia se asocia a una situación de largo plazo y con pocas expectativas de recuperación. Chen et al. (2015), define a una persona como dependiente si tiene dificultades para la realización de al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD)¹⁸.

En este contexto, la magnitud del problema de cuidado en la región es significativa. Según OCDE (2017), más de ocho millones de personas de 60 años o más son dependientes, lo que representa más del 1% de la población total de la de América Latina y el Caribe, y un 12% de los individuos en ese grupo etario. Asumiendo que la tasa de dependencia se mantenga constante se espera que el número de personas dependientes en la región se triplique hacia 2050, superando los 27 millones de personas en dicho año, representando el 3% de la población total en estos países y alrededor de un 14% de la población mayor. Dadas las altas tasas de enfermedades y necesidad de cuidado es primordial la sinergia que se pueda construir entre los sistemas de salud y de cuidado de los países.

El aumento de la condición de dependencia implicará mayor demanda de servicios de cuidado a largo plazo, que, en ausencia de programas de cuidados implementados por el Estado mediante sus políticas de inclusión social, pueden ser provistos por la familia o bien adquiridas en el mercado. Sin embargo, la reducción del tamaño familiar y la creciente participación de la mujer en el mercado laboral, las altas tasas de divorcios, los flujos migratorios intrafamiliares, entre otros, tienen como resultado que muchas personas adultas mayores no cuenten con una red familiar cercana capaz de hacerse cargo de su cuidado. De hecho, en la región se observa una gran proporción de personas adultas mayores viviendo solos (Chackiel, 2000).

Asimismo, el envejecimiento de la población impone desafíos en áreas como los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas, ya que un crecimiento en la población retirada constituirá en una carga que debe ser solventada por la población en edad de trabajar, provocando un creciente desequilibrio para los sistemas previsionales, que pondrán en juego la calidad de las prestaciones sociales de la vejez, su cobertura y/o la edad para empezar a recibirlas (Chackiel, 2000).

Los sistemas de protección social juegan un papel primordial como garantes de una vejez digna. En los países en desarrollo existe la tendencia a que las personas mayores permanezcan económicamente activas durante mucho más tiempo que en los industrializados. Pese a tener una esperanza de vida más baja, más de dos tercios de los

¹⁸ Las ABVD son actividades que se consideran necesarias para llevar una vida independiente, como comer, bañarse, usar el excusado o vestirse (OMS, 2004).

hombres y más de un tercio de las mujeres mayores de 60 años siguen trabajando, además muchos se dedican a actividades domésticas o comunitarias en sentido amplio. Sin embargo, en la actualidad más de la mitad de las personas adultas mayores de América Latina no tienen un ingreso seguro (Cafagna et al., 2019). La falta de seguridad de los ingresos, el apoyo insuficiente de la familia o de la comunidad y una salud resquebrajada junto con elevados costos de la atención médica, son factores que pueden llevar a una pobreza extrema en la vejez (Prado & Sojo, 2010).

Sin embargo, en América Latina no se cuenta con un sistema de protección como tal, sino que son una sumatoria de esquemas y programas creados en diferentes momentos con objetivos específicos y por lo tanto débilmente coordinados (OIT, 2006). De esta manera, las seis principales restricciones, problemas y desafíos según la OIT son (OIT, 2006):

Baja cobertura. Puede decirse que se produce una “paradoja de la protección” en el sentido de que los grupos poblacionales menos vulnerables son aquellos que acceden a más y mejor protección, consecuencia principalmente del mercado laboral en donde los trabajadores con empleos de mejor calidad son aquellos que tienen cobertura mayor y de mejor calidad.

Inadecuada definición de prioridades. Existe una deficiente definición en cuanto en la determinación de la población objetivo y de los riesgos prioritarios a ser cubiertos, por lo tanto, el desafío radica en la identificación de los instrumentos de protección social más costo-efectivos, así como también generar y adaptar instrumentos que tomen en cuenta la heterogeneidad del mercado laboral, las distintas modalidades de empleo, y la estructura demográfica.

Financiamiento insuficiente, inestable y procíclico. Existe una dependencia financiera del sistema de protección social respecto del ciclo macroeconómico por lo que el comportamiento de los ingresos no acompaña a los requerimientos de financiamiento de beneficios para la población cubierta, sino a la inversa. El desafío consiste en generar mecanismos complementarios de financiamiento anticíclicos a través de una política fiscal prudente, y mejorar el volumen de recursos globales asignados a la protección.

Financiamiento inadecuado y regresivo. Existe una matriz de financiamiento de la protección social que es inadecuada a la realidad sociolaboral y que profundiza aspectos regresivos de la distribución del ingreso. El desafío es modificar los parámetros claves del financiamiento de la matriz de protección social en el sentido que pueda promover, o al menos no inhibir, la creación de empleo.

Limitado desempeño institucional. Existen deficiencias en la estructura de organización institucional y su funcionamiento. El desafío consiste en el fortalecimiento institucional

para optimizar la gestión de la protección social. Se requiere también identificar acciones costo-efectivas de mejoramiento institucional.

Altas desigualdades e inequidades. El resultado del desempeño laboral y las diferencias de acceso a la protección social generan importantes desigualdades e inequidades. El desafío consiste en reducir las desigualdades y las inequidades en los sistemas a través de la ampliación de la cobertura y unificación/estandarización de programas, la promoción y cooperación para el diálogo en las reformas, y la eliminación de mecanismos regresivos en el financiamiento.

Como se ha presentado brevemente en esta sección, los desafíos que el envejecimiento impondrá en la región son enormes, y requerirán de la atención de los tomadores de decisiones en el ámbito de las políticas de salud y protección social. Por lo tanto, los países de la región deberán prepararse para afrontar las presiones que vendrán y cuanto antes lo hagan, menores serán las condiciones de vulnerabilidad y exclusión social a la que deberá enfrentarse la población adulta mayor (Caruso, Galiani, & Ibarrarán, 2017). Por esta razón, a continuación, se presenta un análisis de los programas de protección social que actualmente se encuentran vigentes en algunos países de la región y del mundo y que podrían servir como un modelo a aplicar en el Ecuador.

4 Sistematización de Programas de atención a la Población Adulta Mayor

A continuación, se presenta una sistematización de programas seleccionados para la población adulta mayor, enfatizando en los siguientes ejes de análisis: cómo eligen su población objetivo, el tipo de servicio que ofrecen, el personal que requieren y sus estándares de calidad. Para el análisis se han considerado aquellos países que comparten un acelerado envejecimiento de su población. A pesar de que cada uno maneja regímenes de bienestar diferentes en cuanto a políticas y programas sociales respecto a la vejez y envejecimiento, la experiencia de estos países está lo suficientemente avanzada para poder servir como referencia y ofrecer lecciones a otros países de la región (Cafagna, et al., 2019). En particular, se revisaron los programas de Chile, Uruguay, México y Cuba. A modo de contraste se ha incluido a España debido que al contar con una mayor tasa de población envejecida cuentan con mayor experiencia en el desarrollo de programas y servicios de protección social¹⁹.

4.1 Elección de población objetivo

Además de la edad, los programas de los países analizados utilizan el nivel de dependencia y las condiciones socioeconómicas para definir a su población objetivo. En primer lugar, el rango de edad para ingresar a los servicios oscila entre los 60 y 65 años

¹⁹ Para un detalle pormenorizado de los programas revisar el Anexo 1

para la mayor parte de programas. Asimismo, el grado de dependencia de la persona adulta mayor se repite en muchos programas como criterio para definir tanto el acceso como el direccionamiento a los diferentes servicios ofrecidos en cada país. El nivel de ingresos, así como otros indicativos del estado socioeconómico, también se toman como criterio de elegibilidad, principalmente al momento de otorgar pensiones no contributivas (Huenchuan, 2016; OMS, 2018; Instituto Nacional de las Mujeres, 2011; Aranco & Sorio, 2019; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Finalmente, es importante destacar que en algunos programas se utiliza una combinación de los tres criterios antes descritos para la selección de usuarios.

Según Cafagna et al. (2019), la mayoría de los instrumentos para la valoración de la dependencia se basan en cuestionarios sobre las capacidades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de manera autónoma y, en algunos casos, sobre las capacidades cognitivas. Algunos ejemplos de este tipo de instrumentos son el índice de Katz, el baremo de valoración de la situación de dependencia utilizado en España y la escala de Grupos Iso-recursos de Autonomía Gerontológica utilizado por el sistema francés (AGGIR, por sus siglas en francés) (Cafagna et al., 2019).

Entre los instrumentos de selección usados por los países analizados para determinar el estado socioeconómico de las personas adultas mayores que aspiran a formar parte de los programas de protección social, se hallan el Registro Social de Hogares, en el caso de Chile y el Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS), en México. En el caso de Uruguay se utiliza el ingreso personal del adulto mayor. Por el contrario, en Cuba, no se evidencia mecanismos de selección de usuarios, debido a que su Sistema Nacional de Salud y Protección se basan en universalidad, gratuidad, accesibilidad, regionalización e integridad, siendo la atención primaria de salud su eje fundamental (OMS, 2018; Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2020; INAPAM, 2020; MIDES, 2020)

4.2 Tipo de servicio que se ofrece

En general se encuentra que en los países analizados se brindan servicios de atención y programas de aseguramiento no contributivo. Entre los primeros se encuentran las modalidades: atención residencial, centros diurnos y servicios en el domicilio. También se hallaron iniciativas innovadoras que parten de centros diurnos que pretenden un envejecimiento activo y otras propuestas como la Teleasistencia que a través de tecnologías de la información atienden situaciones de emergencia y permiten realizar monitoreo continuo a las personas adultas mayores usuarias del servicio. Además, se observan esfuerzos por mejorar las situaciones que enfrentan los cuidadores de las personas adultas mayores mediante talleres y capacitaciones, así como escuelas de formación (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2020; Red Telemática

de Salud en Cuba, 1997; INAPAM, 2009; Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

Centros residenciales

Respecto de los servicios de atención residencial se trata modalidades que ofrecen un servicio integral, alojamiento temporal o permanente y dónde cada residente tiene un espacio personal para su uso y alimentación diaria. Además, se provee atención de estimulación y recreación acorde a la necesidad y capacidad de cada residente, promoción de la salud, estimulación cognitiva y actividades de socialización y aprendizaje, entre otros. Las residencias en su mayoría se orientan hacia personas con un nivel severo de dependencia (SENAMA, 2020; Hernández, 2005; INAPAM, 2020; Nieves, 2011; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

Soluciones habitacionales

En países como España y Chile se ha implementado la modalidad de Cohousing o Viviendas tuteladas, que consisten en soluciones habitacionales acorde a las necesidades de las personas adultas mayores, cuyo principal objetivo es contribuir a la integración comunitaria y fortalecer la autonomía. Cabe señalar que personas adultas mayores asignados a esta modalidad deben ser autovalentes, pues se conforman comunidades de adultos mayores que cooperen entre sí y aprovechen al máximo los recursos conseguidos por la comunidad (SENAMA, 2020; INAPAM, 2020; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

Centros de atención del día

En relación a los servicios de centros diurnos, se configuran a través de actividades preventivas y recreativas, sin internamiento y no brindan apoyo para realizar actividades de la vida diaria. También se dictan talleres para el fortalecimiento de habilidades personales, sociales, comunitarias, así como para el grupo familiar. Las jornadas pueden ser completas o parciales, se destinan a personas mayores con dependencia leve, moderada o sin dependencia (SENAMA, 2020; Hernández, 2005; INAPAM, 2020; Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2020).

Envejecimiento activo y participación social

Dentro del grupo de centros de atención del día destacan ciertos programas que enfocan sus esfuerzos en lograr que personas adultas mayores tengan un papel protagónico dentro de la sociedad, empoderándolos y haciéndolos partícipes de las decisiones en beneficio de su comunidad. Por ejemplo, la Escuela de Formación para Dirigentes Mayores de Chile tiene por objetivo ofrecer espacios de participación y formación a personas mayores integrantes de organizaciones. En Cuba, la Universidad del Adulto

Mayor ha permitido graduar a miles de personas adultas mayores que se han convertido en promotores del envejecimiento saludable en la comunidad. Los Clubes INAPAM, en México consisten en formar grupos autogestivos²⁰, capaces de tomar decisiones y participar activamente en la vida de su comunidad (SENAMA, 2020; EcuRed, 2020; INAPAM, 2020).

Adicionalmente, en lo referente al programa de termalismo de España, se destaca que se puede articular al sistema de salud con la asistencia social, puesto que este programa brinda este tipo de rehabilitación a los usuarios que han sido recetados por un médico. Asimismo, los centros a los que se acuden son de rama médica y a pesar de no estar directamente relacionados con el IMSERSO, este si se encarga de crear una red de establecimientos que brinden este servicio (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2020).

Programas de promoción del Buen Trato

Es imprescindible tomar acciones para prevenir el maltrato a las personas adultas mayores y promover el buen trato al adulto mayor, mediante instancias de capacitación, sensibilización y articulación, desde una mirada intersectorial e integral, que no solo se activen en fechas importantes sino de manera permanente. En Chile, por ejemplo, se brinda asesoría, gestión y coordinación de casos y consultas de maltrato que afecten a las personas mayores, especialmente en violencia intrafamiliar. El servicio se operativiza a través de las Redes Regionales y, mediante mesas de trabajo, se cuenta con un profesional en cada región para la atención psicosocial integral. Se presta asesoría a personas adultas mayores que presenten algún tipo de maltrato, así como para las personas que conocen de algún caso de maltrato puedan denunciar (SENAMA, 2020).

Servicios de atención domiciliar

Son servicios que se prestan en los domicilios con el fin de evitar el desarraigo y la ruptura del entorno familiar. A través de estos servicios se presta apoyo y cuidados relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria. También se prestan servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros. Se suelen ofrecer a personas con nivel de dependencia severo, moderado o leve o sin dependencia (García & Alfonso, 2010). También se pueden ofrecer servicios de salud, en Cuba por ejemplo se ha fortalecido el Sistema de Atención Primaria de Salud mediante el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG), los cuales realizan visitas domiciliarias privilegiando la estancia en el hogar y la comunidad.

²⁰Grupos con la capacidad de administrar sus propias reglas, sin influencias externas.

Teleasistencia

Esta modalidad es una manera muy efectiva de asistencia mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, permitiendo una reacción inmediata en caso de suscitarse una emergencia. No obstante, se suelen considerar como un complemento a los servicios en el domicilio, dado que no resuelven por completo la necesidad de apoyo en las actividades de la vida diaria que tienen las personas adultas mayores.

En este tipo de servicios destacan Uruguay y Chile. En el caso de Uruguay, es un subsidio de USD 30 por parte del Estado, para que el adulto mayor contrate el servicio que consiste en un collar o pulsera que permite avisar de una manera sencilla a un contacto de emergencia (familiar, vecinos o centro médico designado) sobre cualquier situación de emergencia en su domicilio. En el caso de España se pone a disposición de las personas usuarias terminales telefónicas conectados a una central receptora de avisos, de manera que, cuando la persona usuaria sufra un incidente, como por ejemplo una caída, bastará con que pulse el botón de su terminal para que desde la central se pongan en contacto con ella y puedan auxiliarla. Cabe señalar que en España el servicio no es gratuito y que la cantidad que aporta el adulto mayor dependerá del servicio al que pertenezca dentro del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (Aranco & Sorio, 2019; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

Cuidados especializados

Como iniciativa novedosa, como se mencionó más arriba, se encuentra el Programa de Asistentes Personales de Uruguay. Este consiste en proporcionar un subsidio al beneficiario para la contratación de un cuidador profesional que le colabore en el cuidado y las actividades de la vida diaria, favoreciendo a que los familiares del adulto mayor puedan volver a sus actividades y disminuyendo la carga emocional que implica cuidar a una persona adulta mayor (Aranco & Sorio, 2019).

Por otro lado, también destaca la Clínica de la Memoria en México, que consiste en un centro especializado en la detección o diagnóstico de deterioro cognitivo leve o trastorno neurocognitivo mayor (demencia) de manera oportuna, lo que permite llevar a cabo acciones oportunas que permitan sosegar el deterioro cognitivo y socializar a los familiares técnicas que les faciliten el manejo de este tipo de pacientes (Instituto Nacional de las Mujeres, 2011).

Transferencias no contributivas

De los programas analizados, se observa que la mayoría de países se han implementado pensiones o ayudas económicas no contributivas, que esencialmente consisten en transferencias planas. En el caso de Chile (Pensión básica solidaria por vejez) y

Uruguay (Pensión no contributiva por vejez), la periodicidad de entrega del beneficio es mensual, mientras que en México (Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores) la entrega del beneficio de forma bimestral. También se pudo evidenciar otras iniciativas de transferencias destinadas un fin específico. Por ejemplo, en Chile y Uruguay²¹ el Estado otorga un subsidio para que las personas adultas mayores contraten un servicio de teleasistencia o monitoreo continuo (Aranco & Sorio, 2019; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Así mismo, en Uruguay se ha desarrollado el Programa de Asistentes Personales en el cual el gobierno proporciona un subsidio al beneficiario para la contratación de un cuidador profesional (Aranco & Sorio, 2019).

Sistemas Nacionales que coordinan y articulan.

Una de las características más recurrentes en los programas para personas adultas mayores refieren a la presencia de una entidad o institución descentralizada, independiente, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se encarga de garantizar los derechos de las personas adultas mayores y de la implementación y monitoreo de los programas. Chile que cuenta con el SENAMA, México con el INAPAM, Uruguay con SNIC, España con SAAD, y Cuba, aunque no cuente con una institución enfocada en la atención a las personas adultas mayores en específico, tiene a su haber el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2020; Gobierno de México, 2020; Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016; García & Alfonso, 2010)

Además, es importante destacar que, se ha podido observar una similitud en cuanto al nivel de descentralización en la ejecución de los programas y servicios. Por lo general, las municipalidades, organizaciones civiles, entidades privadas y religiosas, son las instituciones que, a través de convenios, toman un papel preponderante en el desarrollo y mejoramiento de los programas. Además, es importante mencionar en este sentido la iniciativa de Chile que con el objetivo de fortalecer la autogestión cuenta con el programa denominado Fondo Nacional Adulto Mayor, que financia proyectos ideados, elaborados y desarrollados por organizaciones de personas adultas mayores, logrando implementar y mejorar servicios de atención y ampliar la cobertura a lugares donde instituciones gubernamentales aún no han logrado llegar (SENAMA, 2020).

Articulación en la atención social y de salud

También se logra observar que para todos los países analizados sus sistemas de protección social para el adulto mayor cuentan con un componente relacionado a los sistemas de cuidados y otro componente económico, ya sea una transferencia o una

²¹ En el caso de Uruguay el monto de la transferencia es de alrededor de \$30.

subvención no contributiva. Generalmente estos dos componentes actúan de forma complementaria, pues en muchos casos para acceder a los servicios de cuidado se debe ser beneficiario de la transferencia o viceversa.

Para que esto se pueda llevar a cabo, los países han desarrollado redes integrales de servicios en donde un mismo programa puede ser ejecutado, administrado, fiscalizado, por varias instituciones gubernamentales a la vez. Por ejemplo, en México, el INAPAM ofrece tanto programas de atención social como programas de atención en salud. Así también, en Cuba, la Dirección Nacional de Asistencia Social (que se encarga de la administración de El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor) controla los programas en el ámbito social y en el ámbito de salud. Esto es considerable, puesto que estos programas han resaltado la importancia de brindar atención de salud preventiva, e inclusive brindar atención especializada oportuna para evitar la institucionalización de personas adultas mayores y al largo plazo, alivianar al sistema de salud de mayor nivel (hospitales) (Gobierno de México, 2020; Hernández, 2005).

4.3 Estándares de calidad, la relevancia de cuidadores y las carreras técnicas relacionadas al cuidado de personas adultas mayores.

Un aspecto adicional a considerar, es la relevancia que han tomado los cuidadores en los programas desarrollados por los países analizados. Esto se basa en el hecho de que en su mayor parte la oferta de servicios en favor de las personas adultas mayores es brindada por algún miembro de la familia que generalmente son mujeres. Por ello, es primordial tener un enfoque inclusivo y de participación de los cuidadores dentro de los programas, brindando información, y ayuda técnica, y de ser el caso brindar el apoyo en la derivación del adulto mayor a centros especializados.

Las experiencias analizadas, muestran que los servicios para cuidadores incluyen servicios de capacitación, asesoría y respiro. En el caso de Chile, Cuba, México y Uruguay se han establecido programas de formación y capacitación a profesionales y técnicos con el fin de mejorar los estándares de calidad de los programas y servicios dirigidos a las personas mayores. Estos suelen tener enfoques de derechos y género, y profundizan en las diferentes perspectivas desde las que se aborda la vejez como construcción socio-cultural, para diseñar proyectos de intervención local (SENAMA, 2020; Morfi, 2007; Aranco & Sorio, 2019).

En esta misma línea, es importante mencionar que la regulación y monitoreo también inciden en la calidad de los servicios. Algunos de los programas analizados establecen como parte de ellos fases de diagnóstico, seguimiento y evaluación. Así también, para establecer estándares mínimos y poder medirlos, algunos programas generan dimensiones objetivas (estructura, procesos, resultados) que puedan ser posteriormente evaluadas. No obstante, también es importante una regulación y monitoreo externo,

preferiblemente por parte del Estado a través de inspecciones y reportes para que estándares de calidad sobre la infraestructura, ratios de personal y formación mínima se cumplan, así como aplicar sanciones (o recompensas) para incentivar su cumplimiento (Cafagna, et al., 2019)

5 Reflexiones finales

Las perspectivas del envejecimiento tanto en la región latinoamericana como en Ecuador imponen desafíos en los sistemas de protección social, en particular en las áreas de (1) atención y cuidado a la dependencia para personas adultas mayores y de (2) aseguramiento contributivo como no contributivo. En el primer ámbito el aumento de la condición de dependencia implica una mayor demanda de servicios de cuidado, que deberán ser solventados por el Estado, el sector privado y las familias. En esta dimensión es clave establecer una corresponsabilidad en términos de género entre hombres y mujeres. En el segundo campo, un crecimiento en la población retirada constituirá una presión que debe ser solventada por la población en edad de trabajar y por el Estado, cuando la población no tenga la posibilidad de acceder a un retiro, pues no realizaron aportes a los sistemas públicos de seguridad social. En tal sentido, los sistemas de protección juegan un papel primordial como garantes de una vejez digna. De no tomarse las medidas pertinentes, la discriminación y exclusión etarias existentes pueden favorecer a que se incremente la dependencia, la marginalización y la pobreza en la vejez.

De los programas para personas adultas mayores revisados, se denota un consenso entre los países analizados, en los procedimientos para la selección de la población objetivo; y en la implementación de servicios de atención y cuidado y programas de pensiones no contributivas tradicionales. Asimismo, se hallaron iniciativas novedosas que fomentan el envejecimiento activo, la independencia de los adultos mayores autovalentes y la prevención de la salud. Adicionalmente, se encontraron programas que se preocupan por los cuidadores pues ellos son tan importantes como los cuidados, entre ellos programas de capacitación, de respiro y de acompañamiento psicológico.

En cuanto a la selección de la población objetivo, la totalidad de los programas analizados utilizan la edad, las condiciones socioeconómicas o el nivel de dependencia como criterios para definir el acceso a los diferentes servicios ofrecidos en cada país. En esta línea, la literatura recomienda el establecimiento de sistemas de clasificación de la situación de dependencia y la renovación continua de la certificación de la situación de dependencia funcional que da acceso a los beneficios. Aquello contribuye a la elaboración y priorización de planes individualizados de cuidados de larga duración y domiciliarios.

En cuanto a los servicios de atención y cuidado, los centros de atención de larga duración ofrecen un servicio integral, alojamiento temporal o permanente, dónde cada residente tiene un espacio personal para su uso y alimentación diaria; y se orientan en mayor medida hacia personas con un nivel severo de dependencia. Por su parte, los centros diurnos, se configuran a través de actividades preventivas y recreativas; y se destinan a personas con dependencia leve.

Dentro la modalidad de atención diurna, también se halló una tendencia en el fortalecimiento de las iniciativas que incentivan un envejecimiento activo, fomentando el aprendizaje como un complemento al mantenimiento del estado funcional y cognitivo. En este sentido, se puede destacar que el aprendizaje de las personas adultas mayores no debe ser olvidado y debería ser adoptado en los centros gerontológicos. Aquello a través de articulación con instituciones de educación superior, las cuales en el marco de vinculación con la comunidad o inclusive, con el desarrollo de trabajos de titulación, puedan brindar talleres de enseñanza a las personas adultas mayores. Además, se pueden promover iniciativas de bajo costo como por ejemplo el programa chileno “Voluntariado País de Mayores” que está dirigido a profesores jubilados o personas mayores con habilidades comunicacionales, con la finalidad que impartan sus conocimientos, experiencias y vivencias a niños y niñas en situación de vulnerabilidad.

Así también, se observaron otras iniciativas novedosas como las Viviendas Tuteladas, el Programa de Asistentes Personales (iniciativa público -privada) y la Teleasistencia, las cuales pueden ser evaluadas para su aplicación.

De igual manera, dentro de los programas analizados también se ha evidenciado el interés de los países por fomentar programas que impulsen el buen trato a las personas adultas mayores. Aquello mediante la sensibilización de la población a partir de capacitaciones y mesas de trabajo en donde se presta asesoría a personas adultas mayores que presenten algún tipo de maltrato, así como para las personas que conocen de algún caso de maltrato que puedan denunciar.

Por otro lado, la formación y asesoría continua de cuidadores ha ido ganando importancia dentro de los programas de protección analizados, debido al hecho de que los cuidados a las personas adultas mayores son realizados en su mayoría por algún miembro de la familia que generalmente son mujeres. Por esta razón, es primordial tener un enfoque inclusivo y de participación de los cuidadores dentro de los programas. Y establecer programas específicos capacitación y acompañamiento psicológico a profesionales y familiares con el fin de mejorar los estándares de calidad de los programas sostener la salud física y emocional de los cuidadores.

En relación a los programas de transferencias no contributivas, los mismos contemplan un mínimo ingreso de subsistencia para las personas adultas mayores. Además, dependiendo del monto, éstas transferencias se destinan a las personas cuidadoras o se

pueden usar para contratar servicios de cuidado. Estos programas de ayuda económica se presentan como pensiones no contributivas y destacan las iniciativas de subvenciones para la contratación de cuidadores y nuevas tecnologías, que permitan a las personas adultas mayores conservar su independencia y autonomía. Además, éstas pueden disminuir la carga al cuidador principal.

Finalmente, en la mayoría de todos los países analizados se destaca la importancia de contar con un órgano rector que se encargue exclusivamente de la coordinación y articulación de la política pública en favor de las personas adultas mayores. En este sentido es fundamental crear soluciones sistémicas para garantizar la cobertura de las necesidades de atención social y cuidado de este grupo.

6 Referencias bibliográficas

Agar, L. (2001). *Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas*. Acta bioethica.

Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Gerokomos.

Aranco, N., & Sorio, R. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay*. BID.

Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. BID.

Aranibar, P. (2001). *Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina*. Chile: CEPAL.

Baltes, P. (2004). *Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation*. The Gerontologist.

BID. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Buendía, J. (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. Siglo XXI de España.

Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Oliveri, M. L., Medellín, N., & Stampini, M. (2019). *Envejecer con cuidado. Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. BID.

Caruso, M., Galiani, S., & Ibararán, P. (2017). *¿Cuidado de largo plazo en América Latina y el Caribe? Consideraciones teóricas y normativas*. BID.

CEPAL. (2018). *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones*. Santiago: CEPAL.

Chackiel, J. (2000). *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* Santiago: CELADE .

Chen, Ariel, Kathryn, H., Jacobsen, Ashish, A., Deshmukh, . . . Cantor. (2015). *The evolution of the disability-adjusted life year (DALY)*.

EcuRed. (Octubre de 2020). *Enciclopedia colaborativa en la red cubana (EcuRed)*.

Obtenido de

[https://www.google.com/search?q=Enciclopedia+colaborativa+en+la+red+cubana+\(EcuRed\).&oq=Enciclopedia+colaborativa+en+la+red+cubana+\(EcuRed\).&aqs=chrome..69i57.1135j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Enciclopedia+colaborativa+en+la+red+cubana+(EcuRed).&oq=Enciclopedia+colaborativa+en+la+red+cubana+(EcuRed).&aqs=chrome..69i57.1135j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

FIAPAM. (5 de Marzo de 2015). *Actualidad, Calidad de Vida, Envejecimiento, Envejecimiento poblacional, Pobreza*. FIAPAM. Obtenido de Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. Web Site: <https://fiapam.org/america-latina-envejece-a-pasos-de-gigante/>

García, R., & Alfonso, M. (2010). *Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba*. CEPAL.

Gobierno de México. (11 de 10 de 2020). *INAPAM*. Obtenido de <https://www.gob.mx/inapam/que-hacemos>

Gutiérrez, T. (2014). *El cumplimiento de derechos para las personas adultas mayores en centros de atención*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Hernández, R. (2005). *Los modelos de atención a los adultos mayores en Cuba. Algunas consideraciones* . La Habana.

Huenchuan, S. (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos* . Santiago de Chile: CEPAL.

Ibargue, A., Ruiz, O., & Vargas, F. (2016). *Plan de Intervención para los niveles de sedentarismo en el adulto mayor de la comuna 12 de la ciudad de Santiago de Cali*. Obtenido de Fundación Universitaria Católica: <https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/720/FUCLG0016810.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

INAPAM. (2009). *Modelos de atención gerontológica*. Mexico: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

INAPAM. (12 de Marzo de 2020). *Acciones y programas. INAPAM*. Obtenido de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Sitio oficial: <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/centro-de-atencion-integral-inapam>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2016). *Global Burden of Disease Results Tools*. Obtenido de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2001). El envejecimiento de la población como Fenómeno Social. *II Congreso Estatal de las Personas Adultas Mayores* (págs. 1-37). IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (16 de Enero de 2020). *PNC, Prestaciones y Subvenciones: IMSERSO*. Obtenido de IMSERSO página oficial: https://www.imserso.es/imserso_01/prestaciones_y_subvenciones/pnc_jubilacion/normativa_requisitos/index.htm

Instituto Nacional de las Mujeres. (2011). *Sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos*.

Mateu Gil, M., Panisello Chavarria, M., Lasaga Heriz, M., & Bonfill Accensi, E. (2007). *Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores*. Gerokomos.

MIDES. (7 de 7 de 2020). *Guía de Recursos*. Obtenido de Creación del Sistema de Cuidados: <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/75658/creacion-del-sistema-de-cuidados>

MIES. (2014). *El cumplimiento de derechos para las personas adultas mayores en centros de atención*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

MIES. (2019). *Norma Técnica Modalidad Acompañamiento Familiar para los Beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano con Componente Variable (BDHV)*. QUITO: MIES.

Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. (2010). *Hacia un modelo solidario de cuidados: propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados*. MIDES.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. (Julio de 2020). *Sistema de Protección Social*. Obtenido de <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/proteccionsocial>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Informe 2016. Las Personas Mayores en España*.

- Monroy, A. (2005). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*. doi:
AMAPSI: <https://amapsi.org/web/index.php/articulos/196-aspectos-psicologicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20psicol%C3%B3gica%20del%20envejecimiento,negativamente%20en%20los%20adultos%20mayores.&text=La%20vejez%2C%20m%C3%A1s>
- Morfi, R. (2007). *Atención del personal de enfermería en la gerontología comunitaria en Cuba*. Revista Cubana de Enfermería.
- Nieves, M. (2011). *El desafío para un sistema de cuidados para el Uruguay*. Santiago: CEPAL.
- Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. (Julio de 2020). *Observatorio Social*. Obtenido de <http://observatoriosocial.mides.gub.uy/portal/>
- OIT. (2006). *Envejecimiento, Empleo y Protección Social en América Latina*. Santiago: Organismo Internacional de Trabajo.
- OMS. (2018). *Sistema de Salud en Cuba*. *Revista Panamericana de la Salud*.
- ONU. (2017). *The 2017 Revision of World Population Prospects*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2017). *Health at a Glance 2017*. Paris: OCDE.
- Prado, A., & Sojo, A. (2010). *Envejecimiento en América Latina. Sistemas de pensiones y protección social integral*. Chile: CEPAL.
- Red Telemática de Salud en Cuba. (1997). *Programa de Atención Integral del Adulto Mayor*. InfoMed Red Telemática de Salud en Cuba.
- SENAMA. (Julio de 2020). *Programas y Beneficios*. Obtenido de <http://www.senama.gob.cl/fondo-nacional>
- Suárez, R., & Pasetto, C. (2005). *Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe*. Revista Panamericana de Salud Pública.
- Torres, M. S., & Peláez, E. (2012). *El envejecimiento demográfico, ¿final de la seguridad social? Análisis en Argentina y Latinoamérica*. Aposta. Revista de Ciencias Sociales,.
- Ünal, E., & Özdemir, A. (2019). *Old Age and Aging*. Uludag University.

Valdivieso, S., Angulo, J., Bonilla, A., Chalela, L., & Sánchez, P. (2020). *Caracterización de la vejez y el envejecimiento, un enfoque desde los servicios de inclusión social y económica del MIES*. Quito: MIES.

Villa, M., & Rivadeneira, L. (1999). *El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica, Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*. Santiago: CEPAL.

7 Anexos

Anexo 1. Detalle de cada programa analizado.

Ingresa al siguiente link: <https://minube.inclusion.gob.ec/s/an8qEPRKP7yNr4P>

