



## **Proyecto Urbal 10 mayores**

**“La administración local como garante de atención de las personas adultas mayores y generadora de nuevos yacimientos de empleo, intercambio de experiencias, revisión de políticas y elaboración de propuestas”**

### **INSTRUMENTO DE IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS**

**IDIA**

# INFORME DE SÍNTESIS

Coordina: Joaquin de Toca i de Ciurana

1. DATOS CUANTITATIVOS 3

Elaborado por: Pere Guanter  
Sociólogo

2. ANÁLISIS CUALITATIVO 79

Elaborado por: Nuria Villena  
Socióloga  
Técnica en investigación laboral

# ÍNDICE

## DATOS CUANTITATIVOS

1.1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.2. PERÚ.....	5
1.2.1. ECONOMÍA	
1.2.2. POBREZA	
1.2.3. INDICADORES DEMOGRÁFICOS	
1.2.4. DESARROLLO HUMANO	
1.2.5. DESARROLLO DE LA MUJER	
1.2.6. ADULTOS MAYORES	
1.2.7. CHORRILLOS	
1.2.8. ATE	
1.3. BRASIL.....	24
1.3.1. ECONOMÍA	
1.3.2. INDICADORES DEMOGRÁFICOS	
1.3.3. DESARROLLO HUMANO	
1.3.4. DESARROLLO DE LA MUJER	
1.3.5. ADULTOS MAYORES	
1.4. BOLIVIA.....	30
1.4.1. ECONOMÍA	
1.4.2. POBREZA	
1.4.3. INDICADORES DEMOGRÁFICOS	
1.4.4. DESARROLLO HUMANO	
1.4.5. DESARROLLO DE LA MUJER	
1.4.6. ADULTOS MAYORES	
1.5. ESPAÑA.....	36
1.5.1. ECONOMÍA	
1.5.2. POBREZA	
1.5.3. INDICADORES DEMOGRÁFICOS	
1.5.4. DESARROLLO HUMANO	
1.5.5. DESARROLLO DE LA MUJER	
1.5.6. ADULTOS MAYORES	
1.5.7. SANTA CRUZ DE TENERIFE	
1.5.8. MÁLAGA	
1.6. ITALIA.....	62
1.6.1. ECONOMÍA	
1.6.2. DEMOGRAFÍA	
1.6.3. OTROS DATOS ESTADÍSTICOS	
1.7. CONCLUSIONES.....	67
1.8. ANEXO GOIANIA.....	69

## 1.1 INTRODUCCIÓN

Este documento es un análisis sobre los países en los que se ubican las ciudades socias, y de tres ciudades que se han facilitado datos. Se basa en los siguientes factores: **economía, pobreza, demografía, desarrollo humano, desarrollo de la mujer y situación específica de los adultos mayores.**

Se trata de obtener el mayor número de datos posibles, sobre la situación de estos países para contextualizar la situación general en la que viven los adultos mayores. Las respuestas a las preguntas cualitativas y el forum virtual ayudaran a configurar las políticas que han de llevarse a cabo en este colectivo.

Como punto de partida se tiene el convencimiento que el envejecimiento poblacional que se creía era una condición de los países que habían alcanzado altos niveles de desarrollo, se constata como una realidad que alcanza a todos los continentes, convirtiéndose en un fenómeno que se deberá tener en cuenta al concebir cualquier estrategia de desarrollo y erradicación de la pobreza que quiera ser genuinamente eficaz.

Los datos se han recogido en las diferentes páginas webs que los gobiernos ponen a disposición de los ciudadanos. La primera fuente de información ha sido los institutos nacionales de estadística, y seguidamente los datos que se ofrecen sobre salud, pobreza, educación, economía en las webs de los diferentes ministerios, y datos encontrados en otras webs en el caso de Italia. Con respecto a la información de las ciudades se ha conseguido a partir de los datos cumplimentados en un cuestionario enviado a todas las ciudades. Las ciudades que lo han contestado han sido Chorrillos, Ate, Santa Cruz de Tenerife y Málaga.

El espacio que ha de tener este documento, el tiempo disponible, y también los objetivos generales de este informe, no han permitido realizar un análisis exhaustivo de cada país, y también de cada ciudad, lo cual además de más tiempo nos llevaría a utilizar otras metodologías, y a manejar otras fuentes de información.

Creemos que la información que se ha elaborado de cada país es suficiente para hacerse una idea de las diferentes variables y ayuda a configurar la situación en la que viven los adultos mayores. Las ciudades analizadas además de acercarse mucho más a la realidad concreta y identificar con mayor precisión las necesidades, ha servido para comprobar que se encontraban en los parámetros de sus países respectivos.

No siempre la información necesaria ha estado disponible, ni ésta es igual para todos los países. Otra realidad que nos hemos encontrado es que las disparidades entre diferentes regiones de un mismo país pueden ser enormes. Este hecho relativiza la importancia de las medias encontradas. Sobre todo las diferencias urbanas y rurales han demostrado ser una importante fractura interna en cada realidad que hemos estudiado.

El informe que se expone a continuación tiene como base un cuestionario que en principio se elaboró para cada una de las ciudades, pero que se ha utilizado como guía para obtener información de los países: Este cuestionario, reducido, se ha enviado posteriormente a las ciudades. Tal como se decía al principio los diferentes apartados han sido los indicadores demográficos, la situación socioeconómica, la pobreza, y datos específicos sobre la mujer.

Un quinto apartado que era la vida cotidiana de los adultos mayores, y su aportación a la sociedad, ha de ser desarrollado por cada una de las ciudades o con otro tipo de metodología.

Una de las dificultades con las que nos hemos encontrado ha sido los pocos datos que aparecen en Perú, Bolivia y Brasil sobre precisamente el colectivo de los adultos mayores. Si bien sobre los niños de cero a cinco años o sobre las mujeres sí que se nota un esfuerzo de los gobiernos para conocer y atender a estos colectivos, esto no ocurre para los adultos mayores. Los datos aportados y la experiencia de cada ciudad deben ayudar a buscar las causas de esta situación.

## **1.2 PERÚ**

Perú tiene una extensión de 1.285.216km<sup>2</sup>. En el año 2002 tenía una población de 26.749.000 habitantes. En el año 2003 la población había alcanzado la cifra de 27.148 habitantes. Para 2005 la población que se preveía era de 27.947 habitantes.

### **1.2.1 ECONOMÍA.**

Los datos sobre la economía del país no son halagüeños, sino que más bien son preocupantes. El producto interior bruto no ha evolucionado favorablemente en los últimos 20 años., sino que en los años que van de 1998 a 2001, ha experimentado un leve descenso. En el año 1998 era de 2.294 dólares, y en el año 2001, era de 2050 dólares. Para tener un punto de comparación, en Estados Unidos en el año 2000 el producto interior bruto era de 34.637 dólares. En un primer análisis esto quiere decir, sin tener en cuenta los problemas de distribución, que no hay creación de riqueza global en el país, sino que más bien parece encontrarse en recesión, lo cual puede provocar y de hecho provoca graves dificultades a la hora de implementar políticas sociales para los segmentos de población más desprotegidos.

En el año 2001 la población masculina económicamente activa ocupada era del 57,8% y la femenina del 42,2%.

### 1.2.2 POBREZA

Esta situación de país con un producto interior bruto propio de un país en vías de desarrollo, y con una cierta recesión lleva a una situación de pobreza importante.

Se calcula que la pobreza global alcanza al 54,8% de la población porque no tenía la capacidad de gasto para adquirir la canasta básica de consumo. De este 54,8%, se calcula que un 24% se encontraba en situación de pobreza extrema.

Por grupos de edad la pobreza se reparte de forma diferente. En los grupos de edad de cero a 14 años la pobreza se eleva a más del 60%, alcanzando el 68%, en el grupo de cinco a nueve años.

Los índices de pobreza disminuyen en los grupos de edad laboralmente activos, y vuelve a aumentar en la población jubilada, pero sin alcanzar los datos de la pobreza infantil. En el grupo de adultos mayores (de 55 a 80 y más años) la pobreza se encuentra en un 42% de media. La pobreza extrema en la población de los adultos mayores es de un 16%.

En este apartado, como en muchos otros, tal como se señalaba en la introducción, existen diferencias muy importantes en las cifras de la pobreza extrema, si se trata del ámbito urbano o el ámbito rural. En el primero alcanza un 9,9% de la población pobre, y en el ámbito rural, un 51,3%.

Un indicador importante para hacerse una idea de la situación de pobreza es observar la situación de la desnutrición infantil. La tasa de desnutrición crónica era del 25,4% en el año 2000 lo que equivale a la cuarta parte de la población de niños menores de cinco años. Las diferencias entre hombres y mujeres eran prácticamente inapreciables, siendo de 25,2 para los niños y 25,6 para las niñas. Hay que tener en cuenta que en el año 1991, se había alcanzado la cifra del 36%. Se observa pues una disminución paulatina de esta lacra, aunque la situación actual sigue siendo preocupante.

Ciertos factores que contribuyen a la desnutrición crónica son, la alimentación inadecuada, la incidencia de enfermedades infecciosas, el bajo nivel educativo y analfabetismo de la madre, afianzándose en mayor porcentaje en el área rural. Los departamentos afectados con mayor porcentaje de desnutrición crónica son Cajamarca, Huanuco, Cusco, y Huancavelica, en donde más del 40%, de niños padecen de desnutrición crónica, siendo cuatro veces mayor que Lima metropolitana, Tacna y Moguegua.

Otro indicador para observar la situación económica de la población es el equipamiento de los hogares. En el cuadro adjunto podemos observar como en el año 2001 un 80,1% de los hogares disponían de aparato de radio, pero solo el 5'8% tenían ordenador (computadora para los países sudamericanos) El 36% disponía de refrigeradora, pero solo un 9'3% tenía lavadora de ropa. Más allá de los datos concretos es importante señalar como, fuera del caso de los aparatos de radio, más del 60% de los hogares no dispone del equipamiento que se considera "normal" en los países desarrollados

### Equipamiento del hogar

	1997	1998	1999	2000	2001
Radio	79,5	85,4	83,2	82,2	80,1
Televisor blanco y negro	46	47,9	47,2	43,8	40,6
Televisor Color	36,1	43,1	43,9	44,9	44,7
Equipo de sonido	21,9	23,6	22,6	22,4	24,3
Vídeo grabadora	11,3	16,4	14,9	14,5	12,3
Lavadora de ropa	9,7	12,3	10,2	9,3	9,3
Refrigeradora.Congeladora	35,1	42	41	39,6	36,8
Máquina de coser	28,2	32,7	31,5	29,9	26,6
Computadora	3	4,9	5,7	4,7	5,8

Un indicador muy importante en este tipo de países es el acceso que tiene la población a los servicios públicos considerados básicos. La inversión pública en infraestructura básica realizada a través del Fondo Nacional ha aumentado la cobertura de conexión a los servicios de agua, llegando a servir a cerca del 60% de la población durante el año 2000. El 80,4% de la población disponía de alguna forma de eliminación de las aguas fecales: conexión a la red pública, pozo séptico, letrina etc. El abastecimiento de agua potable en el año 1997 estaba al alcance del 54,8 de la población, y en el año 2000 disponían de este servicio el 59,9

### 1.2.3 INDICADORES DEMOGRÁFICOS.

#### Tasa de crecimiento poblacional.

Como consecuencia del efecto combinado de los principales componentes de la dinámica poblacional: nacimientos, defunciones y migraciones, en el pasado, la tasa de crecimiento de la población llegó hasta el 2,9% Para el periodo 2000-2005 la cifra se ha reducido sustancialmente hasta el 1,6% El crecimiento demográfico actual representa un incremento aproximado de 400.000 habitantes al año y 1.100 al día. La perspectiva para los próximos años, hace prever que la tasa de crecimiento de la población continuará disminuyendo hasta llegar al 1,3% en el año 2010.

### Relación población urbana- población rural.

El censo levantado en el año 1981 muestra que el 65,2% de la población del Perú estaba distribuida en las ciudades y conglomerados urbanos. Debido a los flujos migratorios y a las diferencias de crecimiento en las regiones naturales, la concentración de la población en los centros urbanos ha continuado incrementándose hasta llegar al 71,9% en el año 2000. Las proyecciones existentes sugieren que el crecimiento seguirá siendo positivo pero más lento, pudiendo llegar al 75% en el año 2005. El análisis de los datos de distribución territorial permite afirmar que la población peruana, también sigue la misma tendencia que la mayoría de países de la región, porque la población que vive en las ciudades varía entre el 70% y el 80%.

### Envejecimiento de la población

En el caso del Perú los datos demográficos han evolucionado, de forma progresiva, hacia un ligero aumento del envejecimiento de la población. El grupo de 0 a 14 años ha disminuido, de 37%, a 33,7%, el número de adultos ha aumentado, y el número de ancianos también ha aumentado pasando del 4,6% al 4,9%.

PERÚ	2002	1993
0-14 años	33,7	37
15-64 años	61,4	58,4
65 y mas	4,9	4,6

### Tasa de fecundidad

Este indicador es el principal determinante de la dinámica demográfica. Su tendencia demuestra una reducción sistemática, pero aun resulta elevada en los ámbitos geográficos donde las condiciones de vida están muy deprimidas. Diversos estudios explican que la caída de la tasa global de fecundidad se debe al progresivo incremento del uso de anticonceptivos, mayor acceso a los servicios de salud y a una mejoras del nivel educativo de la población.

PERÚ	1993	2002
Total	3,7	3,0
Urbana	2,9	2,1
Rural	6,1	4,6

Todavía es más significativo, si en el caso del Perú, desagregamos la tasa de fecundidad en el ámbito rural y urbano. Este había alcanzado el 6,1 en el ámbito rural durante el año 1993, pero en el año 2002, en el ámbito rural era de 4,6 y en el urbano del 2,1, muy cerca de tasa de fecundidad de los países europeos, que están en otro ciclo demográfico.



## Esperanza de vida

En 50 años la esperanza de vida en Perú ha pasado de 43,9 a 69,8 en la proyección de 2005. En el año 2002 era del 69,7 para las mujeres y del 66,9 para los hombres. Podemos observar una significativa diferencia entre la población urbanas, con una esperanza de vida de 72% y la población rural del 64,8%.

PERÚ	1993	2002
TOTAL	66,9	69,7
HOMBRES	64,6	66,6
MUJERES	69,4	71,6
URBANA		72,0
RURAL		64,8

### PERÚ. ESPERANZA DE VIDA (1950-2005)

1950-55	43,9
1970,75	55,5
1990-95	66,7
1995-00	68,3
200-2005	69,8

Siguiendo con esta misma línea de datos si en el periodo 200-2005 la natalidad era del 22,6 por mil, se prevé que en el periodo 2020-2025 se reduzca al 16,6%.

Respecto a la mortalidad se observa una disminución de las enfermedades transmisibles y un notable aumento de las muertes por tumores malignos y causas externas. La tasa de mortalidad puede variar mucho según la zona del país En Huancavelica, se sitúa en el 11,3 por mil y en Callao en el 3,9 por mil.

## Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil del año 2002 ha tenido una reducción efectiva de 66 puntos en relación a la observada en el año 1972. Esta reducción puede atribuirse a diferentes factores tales como: la reducción de la fecundidad, tal como hemos observado, el mejoramiento cultural de la población femenina, la migración de la población hacia las áreas urbanas, mayor oferta de los servicios públicos y el incremento de la accesibilidad a los servicios de salud.

Dentro e las causas de la mortalidad infantil, se encuentran las enfermedades de origen prenatal, las infecciones respiratorias aguda, las enfermedades diarreicas, las anomalías congénitas, y los déficit nutricionales.

Algunas enfermedades como la poliomielitis han dejado de aparecer en las causas de muerte y otras como la difteria, y el tétanos ha disminuido

notoriamente su frecuencia como resultado de las medidas preventivas realizadas, especialmente por la vacunación de los menores de un año.

La tasa de mortalidad infantil suele medir el grado de desarrollo de una población. Una tasa reducida suele ir unida a un grado elevado de desarrollo económico, y a un aumento de la esperanza de vida, y por lo tanto a la aparición de tendencias de envejecimiento de la población.

En el Perú en el año 2000 la tasa de mortalidad para los niños era de 46 por 1000 nacidos y de 40 para las niñas. Catorce años antes, en el año 1986, eran mucho más elevadas de 82 para los niños y de 70 para las niñas.

#### **1.2.4 DESARROLLO HUMANO**

En este apartado analizaremos los indicadores referentes a la educación, esperanza de vida al nacer, alfabetización, ingreso mensual per capita y a la salud como factores de desarrollo humano.

##### **Analfabetismo y años promedio de escolaridad**

En el año 2001 la tasa de analfabetismo en los hombres era de 6.1%, en cambio en las mujeres era de 17,9 eran unas cifras ligeramente inferiores a las de 1997, las cuales se situaban en el 6,7% y el 17,2%.

El indicador de los años promedio de escolaridad no muestra un cambio importante en el nivel de instrucción del capital humano, debido a que el promedio de años de estudio para la población peruana se ha mantenido estable entre 8,2 y 8,4 años durante el periodo 1997-2000.

Al igual que la tasa de alfabetismo, el promedio de años de estudio alcanzado por hombres y mujeres también presenta grandes diferencias. En el año 2000 las mujeres tenían un promedio de 7,8 años mientras los hombres alcanzaban hasta los 8,9 años. Las diferencias son más marcadas todavía cuando se constata que la población residente en el área urbana alcanza los 9,7 años, a diferencia del que habita en el medio rural que solo estudia un promedio de 5,4 años.

##### **Tasa de dependencia demográfica**

Este indicador muestra el esfuerzo que la población económica activa debe realizar para cubrir las necesidades de la población más vulnerable (niños y adultos mayores), es decir, la reacción entre la demanda de servicios sociales y la capacidad potencial para financiarlos

1985: 77,9  
 1990: 72,8  
 1995: 68,5  
 2000: 64,6  
 2005: 59,8

### Desarrollo humano (1991-1997)

	1991	1995	1997
Esperanza de vida al nacer	65	67,5	68
Alfabetización de adultos	84,7	89,5	90,5
Años de estudio de la población	6,7	7,7	7,9
Ingreso mensual per cápita (\$)	80,5	91,7	113

En estos cuatro parámetros podemos observar en los 8 años analizados un ligero aumento en sentido positivo, en los cuatro indicadores que reflejan la evolución de una sociedad, se observa una mejora, aunque se está lejos de los parámetros de las sociedades desarrolladas.

### 1.2.5 DESARROLLO DE LA MUJER

En los apartados anteriores ya se han reflejado algunos datos comparativos de la situación de las mujeres. Ahora se van a reflejar otros que son específicos, los cuales completarán su situación.

#### Principales ocupaciones de la población femenina .2001

Servicios no cualificados	Servicios cualificados	Agricultura y pesca	Profesionales, ejecutivos	Industrias, minas	Otros
46,6	22,9	7,5	7,5	6,5	8,8

Casi la mitad de las mujeres que trabajan fuera del hogar lo hacen en el sector servicios y en trabajos no cualificados.

### Indicadores del índice del desarrollo humano según género (1991-1997)

	1991		1997	
	Home	Dona	Home	Dona
Esperanza de vida	62,6	67,4	65,8	70,7
Tasa de alfabetización	90,7	78,8	94,6	85
Años promedio de estudios	7,4	5,9	8,9	6,9
Participación en el ingreso	76	24	70,3	29,7

Este apartado, que complementa el anterior de desarrollo humano se puede observar, como aparte de la esperanza de vida todos los demás indicadores son desfavorables a la mujer. Otro dato importante que no aparece en estas tablas es la mortalidad materna en el momento del parto. En el año 2001 era del 18,3 por cada 100.000 mujeres y en el año 1996 era del 31,6 por cada 100.000 mujeres.

Existe un 15% de mujeres analfabetas, cuando en los hombres era de un 6,4%. Las mujeres que van a la escuela lo hacen menos años que los hombres, pero la diferencia más grande se sitúa en la participación en el ingreso. Este únicamente es del 29,7%. Esta situación indica que todavía existe una gran dependencia económica de la mujer respecto al hombre. Por un lado la participación de las mujeres en el proceso productivo es menor y cuando lo hacen, es en trabajos del sector servicios no cualificados, los cuales tienen una remuneración mas baja.

### Uso de anticonceptivos

Mujeres en edad fértil con pareja que usan anticonceptivos modernos

1991/92	1996	2000
32,8	41,3	50,4

### Casos de violencia familiar y sexual, según edad del agredido y sexo

En Perú el ministerio de la mujer ha puesto en marcha unos centros de atención para las personas agredidas en el ámbito familiar. Si bien los casos atendidos oscilan entre 25,000 y 29,000, extremadamente bajos, en relación a la situación real, son indicativos de la situación de violencia para saber en que edades se produce con mas frecuencia y cual es el sexo mas afectado

	Mujeres	%	Hombres	%	No especificado	%
0-5	373	49,87	371	49,60	4	0,53
6-11	885	55,98	694	43,90	2	0,13
12-17	1841	80,22	453	19,74	1	0,04
18-25	5284	94,85	287	5,15	0	0
26-35	8644	93,55	592	6,41	4	0,04
36-45	5645	91,96	497	8,03	1	0,02
46-59	2459	86,71	375	13,22	2	0,07
60 y más	816	72,86	304	27,14	0	0
No especi.	143	81,71	19	10,86	13	7,43

Se puede observar como hasta los 12 años las agresiones solo son ligeramente superiores a las mujeres, pero a partir de esta edad y sobre todo des de los 18 años los casos de violencia familiar denunciados se ejercen casi exclusivamente sobre las mujeres. En el grupo de 18 a 45 años, la edad fértil de las mujeres es cuando cuantitativamente se dan más casos de violencia. Las cifras bajan significativamente a partir de los 60 años, pero entonces las diferencias por sexo no son tan abrumadoras. Casi el 73% de los casos corresponde a mujeres, pero el 27 corresponde a los hombres.

Somos conscientes que estos datos son la punta del iceberg de una situación mucho más compleja, pero era interesante mostrar los datos que se tenían disponibles.

### Indicadores de potenciación de género

Finalmente se exponen dos tipos de indicadores que muestran cual es la evolución de la situación de la mujer en el ámbito laboral y político. En el apartado más alto de la escala laboral la mujer participa en un 19,4%, pero en el apartado siguiente en el de profesionales y técnicos la situación es más igualitaria, con una participación de un 47,6%, la cual es un 6% superior a dos años anteriores.

Si bien en el mundo laboral se puede observar una evolución positiva en cuanto a la participación de la mujer, el mundo político esta todavía reservado al sexo masculino. En el año 1997 del total de alcaldes solo un 3,3% lo ejercían las mujeres. La situación era un poco mejor en el caso de las regidurías (concejales), el 21% eran mujeres, cuando en el año 1991 lo era el 8,5. También se observa una evolución positiva, pero partiendo de unos porcentajes muy bajos.

### Indicadores de índice de potenciación de género (1995- 1997)

	1995		1997	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Participación como ejecutivos y gerentes	81	19	80,6	19,4
Participación como profesionales y técn.	58,9	41,1	52,4	47,6

### Participación en alcaldías y regidurías ( 1991- 1997)

	1991		1997	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Como alcaldes	97,1	2,9	96,7	3,3
Como regidores	91,5	8,5	79	21

#### 1.2.6 ADULTOS MAYORES

Tal como se decía al principio son pocos los datos que se han podido obtener del colectivo que de forma específica se quiere estudiar.

En Perú las personas de más de 65 años forman un colectivo aproximado de 1.350.000 En el año 1993, representaban un 4.6 de la población total y en el año 2002 era el 4,9% La esperanza de vida es de 66 años para los hombres y de 71 para las mujeres. Los indicadores de crecimiento de la población, tasa de fecundidad, mortalidad infantil, esperanza de vida que hemos analizado en las páginas precedentes indican que este colectivo crecerá significativamente en los próximos años, tanto en cifras absolutas como relativas.

Para comprender mejor la situación del Perú, en un análisis más pormenorizado es imprescindible analizar los indicadores por separado de la población rural y la población urbana. La población rural se encuentra sumida en una situación de pobreza de la cual es muy difícil salir y la población urbana, o al menos una parte significativa se encuentra en una situación parecida a los países desarrollados.

Según datos oficiales la situación de pobreza de ese colectivo alcanza un 42%. Si bien es una cifra elevada, es 12 puntos menos que la media de país, situada en 54%, y más de 20 puntos menos que el porcentaje de la pobreza infantil.

## 1.2.7 CHORRILLOS

### **Indicadores demográficos.**

La ciudad de Chorrillos tiene 271.938 habitantes. La población de más de 65 años, es de 17.007 habitantes, el 6,5% del total. El porcentaje, es algo superior a la media del país, que es del 4,9%. Este dato confirma la idea que en las áreas urbanas hay un mayor envejecimiento. Los hombres son 8459 y las mujeres 8548. La diferencia es solo de 89 mujeres más que de hombres. Habría que averiguar las causas de esta diferencia mínima, cuando a partir de 65 años las diferencias suelen ser mayores.

La población de 0-14 años, formada por 70.070 personas representa el 25'76%. Y la población adulta 184.861, el 67, 99%. Todos estos datos nos presentan una estructura demográfica que está plenamente dentro de la normalidad de los países latinoamericanos en la actualidad.

En cuanto al origen de la población hay que considerar que el 70,72 % de la población ha nacido en la propia ciudad. Como dato casi anecdótico hay que considerar la existencia de 27 extranjeros. Unas 54.000 personas, el 19,90% de la población han nacido en diferentes lugares del Perú. Y el resto, un 10%, aproximadamente, son de la zona metropolitana o de la región donde está situada la ciudad de Chorrillos. Ignoramos al no tener datos comparativos, como puede variar esta situación. Si hay una atracción de la ciudad de Chorrillos por parte de otros lugares del país o si esta situación es de estancamiento.

En el año 2003, ha habido un aumento de 1920 personas, el 0,70%, diferencia entre nacimientos y defunciones. Ignoramos los datos del saldo migratorio. Este crecimiento sería sensiblemente inferior al del Perú, que se sitúa actualmente en 1,6% anual. Si consideramos que un 30% de la población ha nacido fuera de la ciudad de Chorrillos, podemos aventurar la existencia de un saldo migratorio positivo, y por tanto de un aumento superior al señalado.

La tasa de natalidad se sitúa en un 23,3%. La fecundidad en la actualidad es del 2,9%., exactamente la misma que se calcula para las zonas urbanas del conjunto del Perú. La esperanza de vida es en la actualidad de 69, 5 años, dos décimas por debajo del conjunto del Perú. Según los datos facilitados en 23 años ha habido en la ciudad de Chorrillos un aumento de 10 años en la esperanza de vida. En 1970 se situaba en 53,6 años y en 1993 en 63, 3. En los últimos 10 años ha habido un aumento de 6 años, aproximadamente. Esta evolución coincide también en el ámbito del Perú y de la mayoría de los países latinoamericanos.

La diferencia entre hombres y mujeres es de cinco años, 67,1 y 72,1 respectivamente. La tasa de mortalidad infantil en el período 2000-2005, es de 33,4 por mil nacidos vivos, cuando en el conjunto del Perú es del 43 por mil. La mortalidad materna en el año 2000 fue de 185 muertes por cien mil mujeres en situación de parto.

### **Nivel educativo**

El nivel educativo se ha averiguado a partir de dos encuestas. Una realizada a cien personas de la zona periférica de Chorrillos. La otra también realizada a cien personas, pero del centro urbano. Si bien las muestras pueden no ser totalmente representativas, debido al bajo número de entrevistados, si pueden ser indicativos de la situación educativa de la ciudad, y también de su situación social. Hay diferencias significativas si comparamos la zona periférica y el centro urbano. En la zona periférica las personas que han completado la primaria y las que no la han completado son los parámetros más elevados, con un 61%. En cambio en la zona del centro la formación profesional de primer y segundo grado, representa a un 65% de la población. En los grados superiores de la enseñanza las diferencias también son notables. En la zona periférica habría un 3% de licenciados y en el centro entre licenciados y doctores un 21%.

### **Situación económica.**

El producto Interior Bruto por habitante de la ciudad de Chorrillos se ha calculado en 2.278 dólares, superior en un 10% al total del Perú, situado en 2050 dólares. La población ocupada se sitúa en 104.463 personas, un 38% de la población. De estos 61.119 son hombres (58,50%) y 43.344 mujeres (41,50%). Cifras muy similares al conjunto del país. El sector que genera mayor ocupación es el apartado de comercio, restaurantes y hoteles que ocupa a 35.306 personas, (33,79%) con un predominio de las mujeres por encima de los hombres, (2400 más). El segundo sector más importante es el de la manufactura con 16.625 (15,9%) personas ocupadas, repartidos entre 11.369 hombres y 5226 mujeres.

A poca distancia se sitúa los servicios sociales y recreativos, con 13.312 (12,74%) personas ocupadas. Los transportes y comunicación se sitúan en cuarto lugar y ocupan a 10.197 personas. La construcción, que suele dinamizar la actividad económica por generar muchos empleos asociados directa o indirectamente a ella, ocupa el sexto lugar con 5.759 personas ocupadas.



	Hombres	Mujeres	Total	%
Comercio, restaurante, hoteles	16 896	18 410	35 306	33,79
Manufactura	11 369	5 256	16 625	16
Serv. Comunitario, sociales y recreat.	5 457	7 855	13 312	13
Transp.,almacén, comunicación	9 098	1 099	10 197	10
Servicios Personales	2 294	5 760	8 054	7,70
Est. Financ., Seg., Bs, Inm., Serv. Empresas.	4 500	2 373	6 873	6,57
Construcción	5 572	187	5 759	5,51
Administración Publica	3 821	1 506	5327	5,09
No especificado	527	398	925	0,89
Otras actividades	97	415	512	0,49
Minería	455	43	498	0,48
Agricultura	335	43	378	0,36
Elect. Gas y agua	97	---	97	0.092

Existe una clara diferenciación entre empleos masculinos y femeninos. Las mujeres predominan en los servicios personales, en los servicios sociales y recreativos y en el comercio. La administración pública que en otras latitudes suele ser un sector con predominio femenino, tiene en este caso mayoría masculina. Los empleos con predominio masculino aparte de la administración son las manufacturas, el transporte, de forma muy clara, los servicios financieros, la agricultura, la construcción y la minería.

Si reducimos los diferentes subsectores del sector servicios a uno solo tendríamos una ciudad dedicada en un 76,15% a los servicios de diferente tipo, un 16, 10 % al sector secundario, 5,51 dedicado a la construcción y solo un 1,34 al sector primario

La pobreza en la Ciudad es un fenómeno multidimensional. Se considera que el 53% de la población de Chorrillos se encuentra en una de las tres formas de pobreza:

Monetaria objetiva (insuficiencia de recursos para adquirir una canasta mínima aceptable socialmente); monetaria subjetiva (renta mínima necesaria según la percepción del jefe de familia) y pobreza por necesidades básicas (condiciones materiales de vida, producto por la acumulación en el tiempo de situaciones de pobreza y no pobreza). Estos porcentajes son ligeramente inferiores al conjunto del país que se sitúan en un 54,8 %de la población. La pobreza extrema se sitúa en un 14,7% del total de la población.

## **Violencia de género.**

Según los datos facilitados en Chorrillos se produjeron en el año 2003, siete muertes de mujeres causados por sus maridos o compañeros. Y hubo 1028 denuncias de mujeres por estar maltratadas.

## **La vida de los adultos mayores.**

Este apartado ha sido investigado a partir de una encuesta de 100 personas de la localidad. Como hemos dicho anteriormente podemos dibujar tendencias pero no fijar porcentajes de forma exacta. Tal como se desprendía de algunos comentarios de las respuestas al cuestionario cualitativo, al menos en la ciudad de Chorrillos la principal actividad de los adultos mayores es trabajar, incluso en edades avanzadas de 70 a 75 años. Ignoramos como son las leyes de jubilación, si estas son obligatorias o si aun siéndolo, la práctica social es otra debido a las necesidades económicas o a la costumbre.

En 54 casos se ha dado esta respuesta. En segundo lugar sus labores, en 16 casos, siempre en caso de mujeres, ha sido la segunda respuesta. Cuidar nietos sería la tercera actividad en importancia, en 13 casos. Vemos pues que en 83 casos se lleva una vida activa, de trabajo, sea este remunerado o no. Sería interesante poder comparar estas cifras con otras ciudades o con muestras más amplias y fiables que se hayan hecho en Latinoamérica. Asistir a clubs de ancianos se da solo en nueve casos. El apartado de hobbies diversos no ha dado ninguna respuesta afirmativa.

La forma más habitual de vivir los adultos mayores es la familia amplia. Se entiende con hijos, u otros familiares. Este es el caso de 68 ancianos sobre una muestra de cien.

En pareja, se entiende que sin otros familiares viven 18 y solos solamente siete. Si esta situación fuera generalizable, la problemática principal se centraría en ver como se compagina la existencia bajo el mismo techo de distintas generaciones y las ventajas e inconvenientes que esto representa para los adultos mayores.

En cuanto al número de pensiones otorgadas, de un total de cien, 36 corresponden a jubilación. 31 a viudedad. Pensiones asistenciales 11, invalidez diez, y en 12 casos a otro tipo de pensiones. Carecemos de información sobre la cuantía de estas pensiones y el porcentaje de beneficiados sobre la población total.

Si confiamos en la encuesta a 100 personas vemos como la pobreza alcanza a un 60% de los ancianos de Chorrillos, dentro de la cual hay que señalar un 3% de indigentes, que de unas 17.000 personas mayores de 65 años representaría unas 510 personas viviendo en esta situación extrema. Según datos nacionales la pobreza alcanza al 53% de la población de Chorrillos. Estos datos significan que ésta se ceba especialmente en el colectivo de los adultos mayores.

Según la información recibida existe en Chorrillos una residencia para ancianos con capacidad para 28 personas. Dos centros de día con capacidad para 1000 personas, con capacidad para 50 personas. Carecemos de datos suficientes para establecer la ratio de estos servicios a nivel nacional y el número de personas que quedan desatendidas.

Las formas de financiación de estos servicios, son diversas: La ayuda domiciliaria de la cual carecemos de datos la paga la seguridad social. El centro de día entre la seguridad social y el estado. La residencia entre el ayuntamiento y los usuarios, sin conocer la proporción y la residencia asistida entre el estado y los usuarios.

En cuanto a las experiencias de servicios que los jubilados ofrecen la comunidad hay que señalar dos casos

El Taller de Bio-Huertos, donde 18 integrantes del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Chorrillos trabajan en este Taller bajo el asesoramiento de un Adulto Mayor con experiencia en este campo, destaca el cultivo de hortalizas (espinaca, acelgas, lechugas, tomates), tubérculos (papa, camote) y frutales (pepinos, plátanos, Papayas, manzanas). La comercialización de los productos corre a cargo de ellos mismos, siendo sus principales consumidores, sus propios familiares, pues este taller nació bajo la filosofía del auto consumo.

El Taller de Industria Química, bajo el asesoramiento de un químico Industrial y con la asistencia de 2 Adultos mayores con experiencia en este campo, con la finalidad que los adultos mayores que deseen aprendan a fabricar productos químicos industriales, puedan crear una micro empresa con una mínima inversión, destacando la elaboración de productos de limpieza como desinfectantes, cera en pasta y cremosa para pisos y muebles, cera al agua blanca para losetas y vinílicos, perfumadores ambientales, jabón líquido, crema lava vajillas, limpiador de vidrios, shampoo natural, shampoo para cabello, cremas de belleza, etc.

Finalmente señalaremos las principales preocupaciones de los adultos mayores en la ciudad de Chorrillos, siempre según la muestra de cien personas de la cual solo 31 contestaron este apartado. En 6 ocasiones se señala no poder valerse, en cinco necesitar ayuda, lo cual es bastante similar y señala el grado de preocupación por la pérdida de autonomía personal. La edad como síntoma de preocupación es señalado por cinco personas, todas mujeres. Tener el hijo enfermo se señala en cuatro ocasiones. Estar enfermo y no poder trabajar se señala en tres ocasiones y finalmente tener las pensiones bajas es señalado en dos ocasiones. La autonomía personal, el trabajo propio y la salud de los hijos serian más importante que la prestación social recibida. Habría que analizar las diferencias o similitudes en otros casos.

### 1.2.8 ATE

Del distrito de Ate se ha recibido informaciones diversas. Algunas derivan directamente de la información solicitada y otras son informaciones sobre el distrito de otra índole, que solo de forma indirecta afecta al trabajo en cuestión.

#### Indicadores demográficos.

Según la información recibida el distrito de Ate dispone de 571.675 habitantes. La población mayor de 65 años es de 21.868, el 3,83% de la población. Esta cifra es sensiblemente menor que la de la ciudad de Chorrillos, que es del 6,5% y también menor que la media nacional del Perú. Situada en el 4'9 %. No disponemos de datos de años anteriores para poder analizar su evolución, pero es indudable que se trata de una población muy joven, sobre todo si tenemos en cuenta que el sector de 19 a 34 años (31,97%) representa un porcentaje superior a la población adulta de 35 a 64 años (24,73%).

#### Población del distrito de ATE según categorías, 2004.

	Varones	Mujeres	Total	%
Niños (0-12)	77.412	76.549	153.962	26,99%
Adolescentes (13-18)	34.976	36.756	71.732	12,55%
Jóvenes (19-34)	90.610	92.156	182.766	31,97%
Adultos (35-64)	70.708	70.639	141.347	24,73%
Ancianos(más de 65)	9.994	11.874	21.868	3,83%
	283,700	287.975	571.675	

#### La economía y el empleo en Ate.

El factor que destaca por encima de los demás sobre la situación económica de Ate es la destrucción que ha sufrido el incipiente sector industrial, y el rápido proceso de terciarización de la economía, propia de los países en proceso de desarrollo. De la información disponible destaca que se ha producido un deterioro y un retroceso en la situación económica de muchas personas y familias las cuales se han visto obligadas a sobrevivir en el llamado sector informal, o economía sumergida. Disponemos de las cifras de trabajadores en cada uno de los sectores de la economía, pero el producto interior bruto que generan ni tampoco los ingresos de cada una de las categorías de trabajadores, lo cual nos llevaría a conclusiones todavía más pesimistas sobre el impacto del modelo neoliberal y de la economía sumergida que aquí se anuncian.

En la estructura de la Población Económica Activa por categoría ocupacional, figura en primer lugar los trabajadores independientes con un 30,60% porcentaje superior respecto al promedio metropolitano. 24,40%.

### **Empleo formal total.**

La evolución del empleo total de la economía por ramas de actividad económica, permite evaluar los impactos sobre el empleo de las transformaciones en la estructura de la producción nacional de bienes y servicios, y en los niveles de productividad sectorial de la mano de obra. El empleo formal de Ate total está dado por la población ocupada que representa a 88.270 personas.

### **Trabajo informal**

En la última década, el proceso de terciarización de la economía metropolitana se acentuó aun más por el modelo neoliberal que provocó el decaimiento del incipiente sector industrial y el cierre de muchas empresas manufactureras, generando mayor desempleo y subempleo que obligó a mucha gente a generar su propia actividad incrementada de esta manera la informalidad en el distrito.

### **Descripción del tipo de trabajo informal**

Los servicios y el comercio ambulante que en estos últimos años ha crecido ostensiblemente como consecuencia de los despidos y falta de trabajo formal, lo podemos apreciar por ejemplo en el mercado Ceres (símbolo representativo de este fenómeno). Existe alrededor de 11.000 vendedores ambulantes.

Existe una importante y creciente presencia de la micro y pequeña empresa en Ate, que suman un total de 30.439 establecimientos representando el 90,80 de las actividades productivas del distrito, de las cuales un 72% trabajan en la informalidad al no encontrarse debidamente constituidas.

### **Descripción de la manera que la población obtiene ingresos**

Generalmente la población de Ate se dedica a auto generar sus ingresos a través de actividades informales: comercio ambulatorio y servicios generales (peluquería, restaurantes, estudios fotográficos, lavanderías, etc.)

### **Sectores y subsectores económicos**

#### **Sector primario**

La Población económicamente activa de Ate en el sector primario solo representa el 3%, estructura que corresponde al alto grado de terciarización de la economía del distrito. Este sector comprende básicamente los subsectores de agricultura y explotación forestal. Es de precisar que el crecimiento urbano y demográfico trae como consecuencia la pérdida del área agrícola con

desarticulación, desbordes, estancamiento del desarrollo industrial y la falta de servicios adecuados.

### Sector secundario

En este sector la PEA de Ate representa el 27,9% como consecuencia del alto grado de terciarización de la economía del distrito. En este sector se viene desarrollando las siguientes actividades económicas:

- ♦ Industria de los productos alimenticios, bebidas,
- ♦ Industria textil, indumentaria, del cuero y del calzado.
- ♦ Industria mecánica y óptica
- ♦ Industria papelera, de madera y gráfica, muebles de madera.
- ♦ Industria de la construcción
- ♦ Industria química y fibras artificiales, industria del caucho y plástico.
- ♦ Energía y agua, materias primas no energéticas y derivados.

### Sector terciario

Este sector representa el 68,9% de la PEA de Ate. Comprende diversas actividades de comercio y servicios mayoritariamente de pequeña i microempresa, formales e informales, muchas auto generadas por la población de bajos niveles de educación como alternativa de sobre vivencia, con bajo capital, baja tecnología, baja productividad y bajos ingresos que hace difícil su inserción y sostenibilidad en una economía de libre mercado.

### Número de establecimientos y la Tasa de empleo por cada sector o subsector.

	Empresas. Personas naturales	Empresas. Personas Jurídicas	Empresas Mixtas	Total de Empresas
Agropecuaria	25	50	73	148
Industrial	285	856	880	2021
Agroindustria	15	123	210	348
Metalmecánica	116	291	273	680
Servicios	13.419	1.487	1.676	16.582
Comercio y turismo	133	1.170	6.234	7.537
Transporte	631	346	850	1.727
Salud	1.249	34	48	1.331
Minería	9	48	8	65

### Tasa de empleo por subsector

Industria	19%
Servicio	32%
Comercio y Turismo	26%
Agropecuaria, Agroindustria, Metalmecánica	
Transporte ,Salud, Minería	23%

### Estructura económica de ATE.

Trabajadores independientes	31,5%
Empleados	30,4%
Obreros	29,1%
Trabajadores familiares	5,0%
Empleador y patrono	4,0%

### Centros educativos. Año 2003

Dependencia	Subtotal	Alumnos	Docentes
Gobierno Local	2	405	21
Ministerio de educación	116	79.322	2.804
Comunal	6	2048	88
Particular	226	28.877	2.627
Instituciones benéficas	2	224	14
Total	352	110.876	5.554

### Programa del vaso de leche. Categorías de beneficiarios por zonas. Año 2004.

Son 75.000 las personas beneficiarias del programa del vaso de leche, un 13,11% del total. Los beneficiarios varían enormemente según el tipo de población. 61.589 son los beneficiarios de 0 a 13 años. Si la población contabilizada de hasta 12 años es de 77. 412, se deduce que más del 75% de la población infantil se beneficia de este programa. Por lo que respecta a la tercera edad son 8490 los beneficiados, lo cual representa un 38, 82 % de la población de más de 65 años. No tenemos más datos, pero estas cifras pueden ser significativas de una situación de pobreza importante en el distrito de ATE.

Zona	Niños de 0-6	Madres Gest.	Madres Lac.	Niños 7-13	TBC	Ancianos	Total Benef.
Zona 01	1.197	49	74	954	51	550	2.875
Zona 02	799	27	49	636	35	314	1.890
Zona 03	7.501	290	568	6.977	199	2.219	17.754
Zona 04	5.548	295	447	4.698	137	1.627	12.752
Zona 05	3.813	175	353	2.932	121	841	8.135
Zona 06	14.114	703	1.127	12.520	221	2.909	31.594
Total	32.972	1.539	2.618	28.617	764	8.490	75.000



### Área verde de parques y bermas destinadas al área urbana del distrito de ATE por zonas. Año 2004.

Los datos que han sido facilitados sobre los parques y los residuos urbanos se exponen en el trabajo, pero al ser escuetos y no corresponder al cuestionario y a los objetivos del trabajo se hace difícil su comentario.

Zonas	Área de Parque M2	Área de Berma. M2	Total M2
Zona 01	206.407,56	136.317,50	342.725,06
Zona 02	108.477,82	222.980,00	331.427,82
Zona 03	436.409,87	122.588,44	558.998,31
Zona 04	30.440,20	0,00	30.440,20
Zona 05	79.434,51	3.300,00	82.734,51
Zona 06	16.119,48	11.025	27.144,48
Total	877.259,44	496.210,94	1.373.470,38

### Total de residuos sólidos recogidos. 1999.2003.

Año	Total
1999	72.066,99
2000	78.231,72
2001	81.546,28
2002	86.475,50
2003	89.310,62

## 1.3 BRASIL

### 1.3.1 ECONOMÍA

En Brasil en el año 1999 el Producto interior bruto per cápita era de 3.229,7 \$ La tasa de actividad de 61 % y la tasa de desocupación del 9,9%.

Con datos del año 1997, la población ocupada por ramas de actividad era la siguiente: Agrícola 24,2% Industria 19,3% Comercio 13,4% Servicios 41,2%. La evolución que se considera "normal" es que una disminución de las actividades agrícolas les corresponde un aumento de la industria hasta que ésta se convierte en dominante, para después asistir a un aumento de los servicios. En algunos países como Brasil, han aumentado los servicios sin que disminuya la agricultura, y sin que se desarrolle la industria de forma significativa. En un análisis más exhaustivo se trataría de saber que tipo de servicios es el que se desarrolla, y si a través de esta evolución se podrán alcanzar los parámetros de los países desarrollados.

Por posición en el proceso de producción la población ocupada era la siguiente, según datos de 1999: Empleados 44,8%. Por cuenta propia 23,2 % Empresarios 4,1 No remunerado 9,3%. Sorprende que el 9,3% de la población



aparezca bajo el epígrafe de no remunerados. O sea de personas que trabajan sin recibir una remuneración económica a cambio. Pueden ser personas del servicio doméstico que solo trabajen por la manutención y el alojamiento. Si es así serian formas más cercanas al feudalismo o a la semiesclavitud, que a una economía capitalista desarrollada.

Según los años de estudio la población ocupada se divide de la siguiente manera:

Hasta 3 años:	28,3%.
De 4 a 7 años:	30,9%.
De 8 a 10 años:	14,9%.
De 11 o más años:	24,9%.

La tasa de actividad en el período de edad de 15-65 años. En el año 1999 es la siguiente:

Total de Brasil:	74,4%
Hombres:	85,0%
Mujeres:	58,2%

La desocupación entre 15-65 años era la siguiente:

Hombres	8,1%
Mujeres	12,3%

La evolución de las tasas de desocupación era la siguiente 1999: 7,3%, 2000: 6,2%, 2001: 6,4%, 2002: 7,1%

### **1.3.2 INDICADORES DEMOGRÁFICOS**

Con datos del año 2000 la población del Brasil se situaba en 169.799.170 habitantes.

Durante los últimos 20 años la población ha evolucionado de la siguiente forma:

1980.	118.562.549
1991.	146.825.475
1996.	157.070.163

#### **Tasa de crecimiento**

A esta evolución en cifras absolutas le corresponde la siguiente evolución de la tasa de crecimiento:

En el período 1950- 1960 la tasa de crecimiento era del 3%, en el año 2004, había disminuido hasta el 1,44. La tasa de urbanización se situaba en el 78,4%

de la población. Según proyecciones realizadas se calcula que en el año 2050, la tasa de crecimiento será del 0,24. En el año 2062 Brasil alcanzaría el crecimiento cero con 263,7 millones de habitantes. A partir de esta fecha la población disminuirá. Se calcula que para el año 2100 Brasil tendrá 245,6 millones de habitantes.

### **Esperanza de vida**

En el año 1940 la esperanza de vida era de 45,5 años. Y esta ha evolucionado hasta 70,4 años en el año 2000. Para los hombres es de 66,71 años. y para las mujeres es de 74,29. Según proyecciones realizadas en el año 2050 se alcanzaría la esperanza de vida actual de los países desarrollados, ya que esta sería de 81,3 años.

1940: 45,5 años  
1980: 62,6 años  
2000: 70,4 años  
2050: 81,3 años

Brasil figura en el lugar 89 del mundo en esperanza de vida. En 60 años ha habido un salto importante ya que se ha mejorado en 25 años la esperanza de vida de la población. En esta evolución no todo es positivo ya que se calcula que esta sería dos o tres años más elevada si no fuese por la violencia juvenil masculina.

### **Tasa de fecundidad**

1950-55: 6,015  
1960-65: 6,15  
1970-75: 4,72  
1980-85: 3,80  
1990-95: 2,60  
2000-05: 2,35  
2010-2015: 2,16  
2020-2025: 2,02  
2030-2035: 1,90  
2040-2045: 1,85

En el periodo 2000- 2005 se calcula que la tasa de fecundidad ha sido de 2,35 hijos por mujer. Tenemos importantes disparidades según las regiones del país: Norte 3,14. Nordeste 2,59 Sudeste 2,10 Sur 2,16 Centro- Oeste 2,15. Existen zonas que ya se acercan a la tasa de reposición situada en 2.01 hijos por mujer. En cambio en el norte los hijos por mujer son todavía superiores a 3. En el cuadro adjunto se puede observar como ha evolucionado la tasa de fecundidad en los últimos 50 años. En el periodo 1950-55 la tasa de fecundidad era superior a 6 hijos por mujer y ha experimentado una paulatina reducción hasta llegar a las cifras actuales. Según proyecciones realizadas se calcula que

la esperanza de vida irá disminuyendo hasta llegar a la cifra de 1,85 en el periodo 2040-2045.

### **Mortalidad infantil**

En el año 1970 la mortalidad infantil era de 100 por cada 1000 nacidos vivos.

En el año 2000 era de 30 por mil nacidos vivos. Los niños es de 39,4 y las niñas de 30.

Se calcula que en el año 2050 será de 6,4 y en el año 2090 de 3,3, la misma cifra que ahora tienen los países desarrollados.. En el cuadro adjunto se puede observar la evolución por regiones entre los años 1985 y 1990. Otra vez las disparidades regionales son casi abismales.

En el año 1985 en el Nordeste la mortalidad era de 93,6, mientras que en el Sur era de 39,5. En el año 1990 las diferencias se habían atenuado ligeramente, pero todavía eran importantes: 74,3 y 27,4, respectivamente.

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sur	Centro-Oeste
<b>1985</b>	62,9	<b>60,8</b>	<b>93,6</b>	<b>42,6</b>	<b>39,5</b>	<b>47,1</b>
<b>1990</b>	<b>48,3</b>	<b>44,6</b>	<b>74,3</b>	<b>33,6</b>	<b>27,4</b>	<b>31,2</b>

Si la mortalidad se mide en el periodo de los primeros cinco años de vida el resultado es del 60,7 por mil. Los hombres son de 65,5 por mil y las mujeres de 56.

### **Envejecimiento de la población.**

Según el censo del año 2000 la población del Brasil de más de 65 años era de 9.935.100 personas. Según su condición sexual se dividían de la siguiente manera. 5.554.525 mujeres, el 55% del total y 4.380.575 hombres que representan el 45%. Si se divide la población en los dos grandes grupos de rural y urbano se obtiene que 8.113.616, el 78% viven en áreas urbanas, y 1.821.484, el 22% viven en zonas rurales. Esta población de más de 65 años representa el 6,46% del total, mientras que la población de 0-14 años representa el 29, y las de 15 a 64 años el 64,54%. Se trata de una población joven pero todos los indicadores que hemos analizado coinciden en señalar que se produce y se producirá con más intensidad un envejecimiento progresivo de la población, la cual puede doblar su porcentaje durante los próximos 20 años.

<b>BRASIL</b>	<b>2002</b>
0-14	29
15-64	64,54
65 y mas	6,46

## Índice de envejecimiento

El llamado índice de envejecimiento mide el porcentaje de personas de más de 65 años, por cada 100 de 0 a 14 años. Cuando el porcentaje es 100 se considera a la población está envejecida. Se puede observar la evolución que en 50 años realizará Brasil. De una relación actual de 18,3% se pasará a 105 en el año 2050. En cada década se produce un aumento más elevado, el salto realmente importante tiene lugar durante de 2040 a 2050, que se producirá un envejecimiento espectacular de la población.

2000: 18,3  
2010: 24,9  
2020: 36,3  
2030: 57,1  
2040: 79,1  
2050: 105,6

Finalmente en este apartado presentamos otro indicador interesante que es la edad media de la población, para demostrar el progresivo envejecimiento de la misma.

### Edad media de la población.

2000: 25,3  
2005: 26,7  
2010: 28,3  
2020: 31,8  
2030: 34,6  
2040: 37,3  
2050: 40,0

En el año 2000 se ha calculado que la edad media era de 25,3 años, en el 2005 será de 26,7 e irá aumentando progresivamente hasta alcanzar la cifra de 40 años en el año 2050.

### 1.3.3 DESARROLLO HUMANO

La tasa de escolarización entre la población de 7 y 14 años es de 95,3 en los hombres y de 96,1% en las mujeres. En los países en vías de desarrollo la tasa de escolarización suele ser superior en los hombres que en las mujeres, en cambio en los países desarrollados es al revés. Brasil tiene en estos parámetros está cambiando de tendencia.

La tasa de analfabetismo de las personas de más de 15 años es del 13,3%, siendo la misma para los hombres que para las mujeres.

La edad media de estudios se sitúa en 5,7 años, Los hombres se sitúan en 5,6 y las mujeres en 5,7 años

### Personas de más de 5 años por edad de estudios

	Total	Más de 60 años
	25.951.324	14.538.987
Sin estudios o menos de un año	25.951.324	5.026.007
1 a 3 años	31.430.946	3.508.312
4 a 7 años	46.979.147	3.646.889
8 a 10 años	21.034.423	829.134
11 a 14 años	20.957.396	889.780
15 años y más	5.911.119	497.156
No determinados	1.222.262	142.710

En la tabla anterior hemos colocado la educación de la población según los años de estudio alcanzado. Para nuestro informe nos interesaba la población de más de 60 años. Se puede observar como más de 5 millones de personas de edad superior a los 60 años son analfabetas, lo cual representa más del 39 % de la población de más de 60 años. Si a esto sumamos los más de 3 millones y medio de personas que han estado menos de 3 años en la escuela, tenemos que cerca del 60% de la población no está escolarizada o lo está de forma muy deficiente.

En Brasil los hogares que tienen agua potable precedente de la red pública son 76,1%.

Los hogares con fosa séptica representan el 52,8% Los hogares con luz eléctrica: 94,8%

Existen en Brasil 13,53 médicos por cada 1000 habitantes.

#### 1.3.4 DESARROLLO DE LA MUJER

Si en el caso del Perú disponíamos de toda una batería de datos facilitados por el Ministerio de la Mujer, no es el caso del Brasil al menos por la información que se ha podido obtener hasta el momento. Se han facilitado en los apartados correspondientes los datos sobre la ocupación de la mujer, que es del 58% del total de las mujeres, la esperanza de vida, 8 años superior al hombre, la tasa de fecundidad y la situación de la educación de las mujeres, actualmente ligeramente superior a los hombres. Otro dato específico que se ofrece sobre las mujeres es el de ser cabezas de familia o responsables de su casa. Esta situación afecta a 11.160.635 mujeres, lo cual representan un 24,9% respecto a los hombres. De este número absoluto 10.205.911, el 91,4% viven en situación urbana, y el resto, 954.724, o sea, un 8,6% lo hacen en las áreas rurales. Una vez más nos encontramos con unas dinámicas contrapuestas si analizamos estos dos tipos de población.

### 1.3.5 ADULTOS MAYORES

Igual que ocurría en Perú los distintos organismos públicos no observan una atención especial hacia los adultos mayores. Se ha podido observar que si se toma la edad a partir de 65 años es un colectivo de más de 9 millones de personas, si se toma a partir de 60 años es de 14 millones. El dato más importante para la finalidad del presente estudio es señalar que se trata de un colectivo en alza, que tendrá una importancia capital en los próximos años. Su situación para manejarse en una situación moderna no es buena si consideramos que casi el 40% de la población adulta es analfabeta. Otro dato importante es su situación en el proceso productivo.

#### Personas de 60 años y más económicamente activas

		60 años y más	70 años y más
Total	136.910.358	8.191.596	6.347.390
Hombres	66.851.584	3.787.425	2.740.205
Mujeres	70.058.774	4.404.173	3.607.185
Económicamente activas	77.467.473	2.572.170	718.159
Hombres	46.546.419	1.887.611	551.899
Mujeres	30.921.054	684.559	166.260
No económicamente activas	59.921.054	5.619.428	5.629.231
Hombres	20.305.165	1.899.814	2.188.305
Mujeres	39.305.166	3.719.614	3.440.925

Se puede observar que de los 14 millones de personas de más de 60 años, dos millones y medio de personas son económicamente activas, lo cual es superior a un 20%. Si miramos a partir de 70 años todavía hay más de 700.000 personas que trabajan. Estos datos nos hacen dudar de un sistema de pensiones públicas eficiente o de la existencia de una edad obligatoria de jubilación.

## 1.4 BOLIVIA

### 1.4.1 ECONOMÍA

Los países como Bolivia, han realizado esfuerzos para reducir la pobreza pero estos se revelan como insuficiente, debido que el pago de la deuda impide una mayor inversión en el área social. Si bien Bolivia se ubica entre los países llamados de "Adaptación precoz" de América Latina y las reformas económicas de los últimos 12 años son impresionantes, el país no ha podido aún elevar el crecimiento de su ingreso per cápita por encima del 1,5 por ciento anual. Esto se debe en parte a que la mayoría de los esfuerzos de ajuste fueron dirigidos

hacia la estabilidad macroeconómica y sólo recientemente se ha concentrado la atención y apoyo del Gobierno en las reformas estructurales destinadas a crear un ambiente adecuado para el crecimiento basado en el desarrollo del sector privado.

Como resultado de esto, la tasa promedio de inversión de la economía durante el período 1975-1995 fue sólo del 15 por ciento de PIB, que es menos de la mitad de la tasa observada en países asiáticos como Malasia Tailandia y China durante el mismo período. La gran dependencia de Bolivia de las exportaciones de productos mineros, así como su base industrial pequeña y subdesarrollada han dificultado también el cambio hacia un crecimiento intensivo en mano de obra y orientado hacia la exportación.

En general, estos han sido los obstáculos más importantes para la creación del "círculo virtuoso" de crecimiento, generación de empleos y reducción de la pobreza. Según se puede observar en los cuadros adjuntos la población activa es de 3.092.845 personas y en el año 2110 se prevé que supere las 4.100.000 personas. La agricultura emplea el 38,90% de la población, los servicios casi el 30% y la industria el 16. Es una estructura parecida al Brasil, con un a industria poco desarrollada.

Si analizamos la posición de las personas en el proceso productivo sorprende la gran cantidad de trabajadores por cuenta propia. Es posible que se encuentren situados en el sector informal de la economía. Después de los obreros y los trabajadores por cuenta propia el tercer sector, con más de un 7% es de los trabajadores familiares sin remuneración, los cuales son los peor tratados en la escala laboral. Las mujeres que trabajan esta situación son un 11,40%

### **Población activa**

	Población activa total	Más de 65 años Hombres	Mas de 65 años mujeres
2000	3.092.845	63.498	43.183
2005	3.600.732	70.966	48.717
2010	4.186.365	78.560	52.755

### **Población activa según rama de actividad**

	Total	Hombres	Mujeres
Agricultura	38,90	40,80	36,90
Industria	16,22	20,70	7.80
Servicios	29,89	25,80	36.4
Sin especificar	11,35	7,70	17.60
Trabajo por primera vez	1,20	1,50	0.70

## Población activa según posición en el proceso productivo

	Total	Hombres	Mujeres
Obrero	30,63	34,50	24,70
Trabajador por cuenta propia	39,35	41,20	36,40
Patrón	1,32	1,70	0,80
Cooperativista	0,76	1,10	0,30
Profesional independiente	0,25	0,30	0,20
Trabajador familiar no remunerado	7,22	4,50	11,40
Sin especificar	20,47	16,70	26,30

### 1.4.2 POBREZA

Sin tasas de crecimiento mayores, será imposible para Bolivia reducir la pobreza en forma significativa. En 1976 se calculaba que la pobreza afectaba al 85.5% de la población. En 1992 era el 70,09 y en el año 2001 afecta a un 58,6% de la población. Las personas que viven con un dólar diario es el 14,40. Las personas que viven con dos dólares diarios es el 34,30%.

La pobreza en Bolivia está directamente asociada con bajos niveles de educación. La inversión en capital humano ha quedado rezagada en comparación con los demás países latinoamericanos.

Con obstáculos a la expansión de mejores oportunidades de trabajo, la mayoría del crecimiento de empleos en las áreas urbanas, por ejemplo, se ha concentrado en trabajos menos remunerados, como obreros o auto-empleados dedicados a actividades informales y trabajo familiar. En las áreas rurales, un tercio de los hogares tienen niños que no asisten a la escuela, los adultos tienen un promedio menos de 4 años de educación formal y muchas de las mujeres no tiene más de un año de educación. El alto grado de analfabetismo femenino está relacionado a su vez con altas tasas de fertilidad, déficit nutricionales más alto entre niños de corta edad y poco uso de los servicios de salud.

Finalmente, las crecientes desigualdades, en parte relacionadas a prácticas discriminatorias en el mercado laboral y prejuicios socio-culturales de larga tradición en contra de la población indígena y femenina, han tenido también un efecto adverso en los resultados de la disminución de la pobreza. En 1996, el quintil urbano más bajo recibió sólo un 4 por ciento de ingreso laboral agregado, mientras que el quintil más alto recibió un 56 por ciento del total del ingreso laboral urbano. El retorno privado de la educación es menor para los trabajadores indígenas y el sueldo promedio es casi 40 por ciento menos que el de un trabajador no indígena. El sueldo promedio de las mujeres sigue siendo



la mitad del de los trabajadores masculinos. La falta de acceso a la tierra, riesgo, crédito y otros insumos agrícolas básicos siguen siendo cuellos de botella críticos para el desarrollo rural y de ahí la persistencia de la pobreza generalizada del área rural y la cada vez mayor brecha urbana-rural. En Potosí la pobreza alcanza un 79,7% de la población y en Santa Cruz el 38%.

### 1.4.3 INDICADORES DEMOGRÁFICOS

En el año 1992 la población de Bolivia era 6.420.792 habitantes, En las zonas urbanas vivían 3.694.846 personas y en las rurales 2.725.946 personas.

En el año 2.001 la población había aumentado hasta alcanzar la cifra de 8.274.325 habitantes. La población urbana era de 5.165.230 habitantes y la rural 3.109.095 habitantes.

Según las proyecciones realizadas en el 2005 la población sería de 9.427.219 habitantes.

En el 2010 de 10.426.155 habitantes, en el 2020 de 12.362.780 habitantes y, finalmente, en el 2030 de 14.114.508 habitantes.

En el cuadro adjunto se puede observar la evolución que tendrá la población hasta el año 2045, según las proyecciones realizadas. El crecimiento pasará del 2,24 actual al 0,78. La natalidad habrá bajado del 30,54 al 14,57. Por consiguiente el número de hijos por mujer también tendrá una tendencia decreciente al pasar de 3,96 actual al 1,90. La esperanza de vida que actualmente es de 65,44, aumentará hasta el 75,40. La mortalidad infantil actualmente en un 55,6% habrá pasado al 15, 50

	Crecimiento	Natalidad	Mortalidad	Fecundidad	Esp. Hombres	Esp. Mujeres	Total	Mort. Infantil
2000-2005	2,24	30,54	8,16	3,96	61,80	65,99	65,44	55,6
2010-2015	1,81	25,09	7,05	3,09	65,03	69,37	67,15	38,1
2020-2025	1,41	20,61	6,48	2,47	68,05	72,54	70,24	27,10
2030-2035	1,07	17,15	6,44	2,10	70,73	75,40	73,01	20
2040-2045	0,78	14,57	6,83	1,90	73,01	77,90	75,40	15,50

Todos estos indicadores llevan al igual que los otros dos países analizados, a un aumento lento pero progresivo del envejecimiento de la población.

En el año 2.002 la población de mas de 65 años en Bolivia era del 4,88, y se preveía que para 210 fuese del 5,39% y el 6,80 durante el año 2.030 En cifras absolutas se preveía que en el año 2005 habrá en Bolivia 414.111 personas de más de 65 años, las cuales habrán alcanzado en 2010 la cifra de 476.670, en 2020 674.893 y en el año 2030: 973.309

BOLIVIA	2002	2005	2010
0-14	38,64	38,02	35,81
15-64	56,48	57,68	58,80
65 y mas	4,88	4,30	5,39

#### 1.4.4 DESARROLLO HUMANO

##### Educación

La tasa de analfabetismo en los hombres es del 7,9% en las mujeres es del 21,9%.

Total es del 15,1%. La tasa de asistencia a clase de 6 a 19 años en los hombres es del 81,1%, en las mujeres 78,3% y el total 79,7%

Analfabetismo 15 años y más Total 12,93. Área urbana 6,4 Área rural 25,17%.

Total, 12,93 El analfabetismo en las áreas rurales de las mujeres alcanza el 37,91%.

Máximo nivel de instrucción en el año 2001, para la población de 19 años y más

Inicial: 0,5%  
 Primaria: 42,6%  
 Ninguna: 13,4%  
 Secundaria: 25,4%  
 Superior: 14,9%  
 Otros: 3,1%

Analfabetismo por grupos de edad:

10-19 años: 1,5%  
 20-29 años: 4,0%  
 30-39 años: 7,9%  
 40,49 años: 15,6%  
 50,59 años: 26,4%  
 60 años y más: 47,9%, lo cual da una cifra absoluta de 412.745 analfabetos

## Situación socioeconómica

	Analfabetismo 15-24 años	Promedio escolar	No hablan español	Población económica activa	Trabajo familiar sin remunerar	Personas sin cedula identidad
Mujeres	8,37	5,6	8,64	41,41	21,83	32,71
Hombres	3,66	6,87	4,85	68,13	4,66	23,8

	10-18 años no van a la escuela	Cabezas de familia	Responsable en familias monoparentales	Familias sin agua corriente	Sin gas ni electricidad para cocinar
Mujeres	30,46	24,44	67,41		
Hombres	24,41	75,56	8,38		
Total				50,19	46,95

Es importante señalar algunas características que afectan sobretodo a las mujeres. El 8,64 % de las mujeres no hablan español, la cual cosa representa un handicap para su desarrollo dentro de la sociedad de Bolivia. Otro factor de desarraigo lo señala que el 32,71% de las mujeres no disponen de cédula de identidad. También afecta de forma numerosa a los hombres, el 23,8%.

## Perfiles de la salud

Bolivia es un país con un nivel de desarrollo social no armónico, esta situación determina un perfil epidemiológico de las mismas características. Existen Distritos que su patología dominante es infecciosa, estos distritos están en el primer estadio de la evolución epidemiológica, en contraposición, existirán distritos cuya patología dominante será los accidentes, violencia, etc, estos distritos estarán en el tercer estadio de la evolución epidemiológica.

Esta diversidad del perfil epidemiológico está expresada en la diversidad en todos los órdenes de la vida nacional, por lo que la vigilancia epidemiológica, no puede basarse en modelos de aplicación lineal en una u otra visión de los diferentes estadios epidemiológicos. Por el contrario, la vigilancia epidemiológica que a través del SNIS se ha diseñado desarrollar, busca ajustar un modelo que partiendo de los servicios, pueda generar información que permita delinear los diferentes perfiles epidemiológicos desde el distrito.

### 1.4.5 DESARROLLO DE LA MUJER

En las líneas precedentes se ha podido observar la situación muy desfavorable des de todos los puntos de vista, de la mujer en relación al hombre. Sobretudo si se trata de mujeres indígenas que viven en áreas rurales. El analfabetismo alcanza el 37%, en estas áreas. La remuneración de las mujeres es la mitad

que los hombres. Según algunas cifras más del 20% de las mujeres que trabajan fuera del hogar no reciben remuneración, más del 32% no tiene cédula de identidad y más del 8% no sabe hablar español.

#### **1.4.6 ADULTOS MAYORES.**

Igual que en los otros dos países no se facilitan datos específicos sobre la situación de los adultos mayores. Actualmente es un colectivo de 414.111 personas, un 4,88 % de la población y se prevé que en año 2030 alcance la cifra de 973.309, un 6,80%. Existe un número importante de personas activas de más de 65 años de 106.681, que representa el 25,76% del colectivo, la cual cosa puede significar una situación muy deficitaria el sistema de pensiones. Se sabe también que el 47% de las personas de más de 65 años son analfabetas.

### **1.5 ESPAÑA**

#### **1.5.1 ECONOMÍA**

España ocupaba en el año 2003 el quinto lugar de las economías de la UE con un Producto Interior Bruto (PIB) de 743.046 millones de euros, lo que representa el 7.6 % del PIB de la Unión. El PIB por habitante de España se situó en el 95% de la media de la UE en 2003, En 1991 era tan solo del 79%.

La economía española ha experimentado en 2003 un crecimiento estimado de un 2,4 %, cuatro décimas superior al crecimiento del año anterior. Por noveno año consecutivo, el crecimiento español supera el crecimiento medio de la Unión Europea (0,8%), acelerándose el proceso de convergencia real de la economía española con los socios comunitarios.

La productividad por persona empleada refleja la eficiencia del sistema económico de un país, así como su competitividad con otras economías. En España se sitúa cuatro puntos por debajo de la media de la Unión Europea de 15 miembros. En 2003 el índice de productividad por hora trabajada en España se sitúa 16 puntos por debajo de la media de la Unión Europea de 15 miembros.

El saldo de la cuenta de capital de las administraciones públicas en 2003 en el conjunto de la Unión Europea ha arrojado un déficit del 2,8% del PIB, frente al 2,3% correspondiente al 2002. España ha obtenido un superávit del 0,4% cuatro décimas superior al año anterior, siguiendo la tendencia alcista de los últimos años, en 1998 el déficit fue del 3%.

La tasa de inflación en España ha experimentado una variación anual media de 3,1%, mientras que en la Unión Europea ha sido del 1,9%.

De acuerdo con los datos sobre Paridades de Poder adquisitivo de 2002, el nivel de precios en España ha sido 14 puntos inferior al nivel medio de la UE.

El cociente entre la formación bruta de capital fijo y el PIB se ha mantenido un año más entorno al 22,1%, lo que representa el quinto valor más alto entre los países que componen la Unión Europea ampliada.

El flujo de inversión extranjera en términos de PIB, ha descendido en España del 8,2%, alcanzado en el año 2000, al 3% del 2002

El gasto interno en España, en investigación Científica y Desarrollo tecnológico ha superado en 2002 por primera vez la barrera del 1%, situándose en 1,03% del PIB. A pesar de que el gasto en I + D ha crecido un 10,7% respecto a 2001, continua estado muy por debajo de la media UE- 25, que se sitúa en 1,93%. . En España un total de 134.258 personas se dedican a labores de I+D, lo que representa un 7,3 por mil de la población activa. Por su parte, el colectivo de investigadores supone un 4,5 por mil de la población activa.

El 84% de las empresas españolas, con diez o más asalariados, tenían conexión a Internet en 2003. Este resultado sitúa a España cuatro puntos por debajo de la media de la antigua Unión europea. Se ha logrado un gran avance en tan solo dos años. En 2001, sólo un 67% de las empresas tenían acceso a Internet. Por su parte el porcentaje de hogares españoles con acceso a Internet fue inferior a la media de la Unión Europea. Un 25% de nuestros hogares se conectó a la red en 2003, muy lejos del 64,2% de los hogares daneses o del 55,1% del Reino Unido.

El mercado de trabajo en España ha sufrido una transformación en los últimos años, como consecuencia no solo de la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, sino sobre todo por la incorporación de la población inmigrante.

La tasa de empleo –personas con edades entre 15 y 64 años – ha pasado, en media anual, de 46,9%, en 1995 a 59,7% en 2003, alcanzando el máximo valor del decenio. Aún así, sigue siendo inferior a la media comunitaria, que se sitúa en el 62,9%.

A pesar que la tasa de ocupación femenina ha ido aumentado progresivamente en los últimos 10 años (30,7% en 1994 y 46% en 2003), sigue siendo bastante inferior a la tasa masculina (73,2%)

En el año 2003, la tasa de empleo en España aumentó un 1,9%, frente al 0,2% de la media comunitaria.

En España en el año 2003, la tasa de empleo de las personas de 55 a 64 años se sitúa en una cifra ligeramente superior a la media de la Unión Europea (40,8% frente a 40,2%). Este valor ha ido creciendo a lo largo de los últimos 8 años. En 1996, solo 33 de cada 100 españoles de 55 a 64 años estaban

trabajando. La tasa de empleo de las españolas en este grupo de edad es sólo del 23,4% frente al 30,8% de la media comunitaria femenina.

Aunque existe una ligera mejora en los últimos años, la temporalidad del empleo en España sigue siendo muy superior a la media de la Unión europea (un 30.6 % frente a un 12,8%)

En el año 2003, en España había 2,1 millones de personas sin empleo. La tasa de paro se sitúa así en el 11,3%. Esta cifra se ha ido reduciendo desde que en 1994 alcanzase su máximo valor, cuando veinte de cada cien personas activas estaban en paro. Aun así es una de las tasas más elevadas de la Unión Europea. Los grupos más afectados por el paro en España son los jóvenes, las mujeres y los parados de larga duración.

La tasa de paro juvenil – menores de 25 años- es del 22,7% y duplica a la tasa general. Existe una diferencia de 8 puntos porcentuales entre la tasa femenina (27,2%) y la masculina (19,4%) En cuanto a la tasa de paro femenina, es del 15,9%, casi el doble de la masculina (8,2%). En los últimos años, En España, la tasa de paro de larga duración- doce meses como mínimo- ha bajado más de siete puntos porcentuales, pasando del 11% en 1994 a 3,9% en 2003. Se coloca una décima por debajo de la Unión Europea. La diferencia por sexo es muy acusada. La tasa de paro de larga duración de las mujeres españolas es muy superior a la de los hombres. (6% frente al 2,4%)

### **1.5.2 POBREZA**

En el año 2001, alrededor del 15% de los ciudadanos de la Unión Europea tenían una renta equivalente inferior al 60% de la mediana de la renta nacional.

España, junto con Italia, con un 19%, presentaba un elevado porcentaje de ciudadanos con una renta inferior a su umbral de riesgo de pobreza. En este año más de la mitad del número total de personas amenazadas de pobreza lo estaban de forma persistente

En 2001, un 9% de la población de la Europa de los 15 estaba en riesgo persistente de pobreza, habiendo percibido una renta equivalente inferior al umbral del 60% en este año y, al menos, durante dos de los tres años precedentes. Un 10% de la población española vivió con una renta baja durante un período prolongado.

En España, el 7,2 % de la población entre 18 y 59 años, vive en un hogar en el que ninguno de sus miembros en edad de trabajar tiene empleo. Se sitúa tres puntos porcentuales por debajo de la media europea. La tendencia durante los últimos diez años, ha sido decreciente desde 13,4% en 1994 hasta situarse en el 7,2% en 2003.

El porcentaje de menores de 18 años que viven en hogares sin empleo en España, es de 6,1 en 2003. Este valor se sitúa casi cuatro puntos porcentuales por debajo de la media comunitaria (9,9%). Es significativo el descenso paulatino de este indicador en España, pasando del 12,5% en 1994, hasta situarse en menos de la mitad en 2003.

### **1.5.3 INDICADORES DEMOGRÁFICOS**

España con una superficie de 504.790 km<sup>2</sup> es el segundo país más extenso de la UE, después de Francia, y el quinto más poblado con 42,2 millones de habitantes. La densidad media de población es de 84 habitantes por Km<sup>2</sup>, una de las más bajas de Europa, concretamente la decimoctava de la UE.

España es el segundo estado de la Unión donde más ha aumentado la población con una subida de 15,5 habitantes por cada mil, de ellos tan solo el 1,3 por mil se debe al crecimiento natural de la población, mientras que el 14,2 restante se debe a la inmigración.

La esperanza de vida media para los ciudadanos de la UE es de 81,1 años para las mujeres y de 74,8 en el caso de los hombres. Las españolas con casi 84 años tienen la esperanza de vida más alta de todos los estados miembros. Los españoles, con 77,2 años, se sitúan en segunda posición por detrás de los suecos (77,9). Existen pues, 7 años de diferencia de las mujeres con respecto a los hombres.

La pirámide de edad de España se caracteriza por tener una natalidad especialmente baja, una entrada continua de inmigrantes y una mayor supervivencia de la población, sobre todo de las mujeres. España es el segundo país de la Unión Europea con menor porcentaje de menores de 15 años (14,4%). Las personas mayores de 65 años alcanzan el 17,1% de la población.

En la Unión europea la tasa de fecundidad se situó en 2003 en 1,48, lejos de los 2,1 hijos que aseguran el reemplazo de generaciones. Todos los países de la Unión Europea están por debajo de esta cifra. En España la fecundidad ha descendido desde los 2,9 hijos por mujer de la década de los 70 hasta un mínimo de 1,15 en 1998. A partir de entonces se experimenta un repunte que en 2003 alcanza los 1,29 hijos por mujer. Con respecto a la edad media al nacimiento del primer hijo, las mujeres españolas tienen de media, su primer hijo con 29,1 años.

En el año 2003 España ha registrado una tasa bruta de natalidad igual a la media comunitaria, con 10,4 nacimientos por mil habitantes. En cuanto a la tasa bruta de mortalidad, debido al envejecimiento de la población, ha subido ligeramente, pasando del 8,9 al 9,2 por mil.



La Unión Europea ha recibido 1,7 millones de inmigrantes durante el año 2003. España con un saldo migratorio de 594.300 personas, presenta la cifra más elevada de la Unión Europea. En el año 2003, la tasa de migración en España se sitúa en 14,2 inmigrantes por cada mil habitantes, la segunda más alta de los veinticinco.

#### 1.5.4 DESARROLLO HUMANO

##### Estudios Terminados

	Mujeres	Hombres	Total
Analfabetos	3,76	1,80	2,78
Sin estudios	10,41	17,65	14,03
Estudios Primarios	25,85	23,96	24,90
Estudios secundarios	34,27	39,58	36,92
Técnico-profesionales	10,66	12,90	11,78
Universitarios Primer ciclo	7,47	5,71	6,59
Universitarios. Segundo ciclo	7,25	7,94	7,59
Post-Grado	0,18	0,36	0,27
Otros	0,15	0,10	0,12

El porcentaje de jóvenes con edades entre 20 y 24 años que han completado al menos el nivel de enseñanza o formación secundaria superior en España, en 2003, es de 63,4%. Este valor está 13 puntos porcentuales por debajo de la media comunitaria, y es inferior al alcanzado en años anteriores (66% en 2000). Por género, el porcentaje de jóvenes graduadas de la UE es cinco puntos porcentuales superior al de sus compañeros varones (79,2% frente al 74,2%). En España esta diferencia alcanza 13 puntos (70,1% de las mujeres frente al 57,1% de los hombres).

En España en 2001, el gasto público total en educación, como porcentaje del Producto Interior Bruto, se situó en el 4,4%. Este dato fue 7 décimas inferior a la media de la Unión Europea. (5,1%)

En España, la participación de la población- con edades comprendidas entre 25 y 64 años- en actividades de educación y formación en el último mes, tan solo llega a un 5,8%. Este valor es inferior a la media comunitaria que alcanza un 9%. No obstante ha habido un notable incremento durante los últimos años, des del 4,4% logrado en 1996 hasta alcanzar casi el 6% en 2003.

En el año 2001, España contaba con 441,7 médicos colegiados por cada cien mil habitantes, solamente superada por Grecia, con 454, e Italia con 603 facultativos por cada cien mil habitantes. Cabe señalar que en los últimos años en nuestro país hay un paulatino aumento del número de médicos en valores absolutos.



Por otro lado, España, Chipre y Reino Unido poseen el menor número de camas por cada cien mil habitantes. (365, 404, y 408 respectivamente)

La tasa de mortalidad infantil-número de fallecidos menores de un año por mil nacimientos- es un importante indicador del nivel de desarrollo de un país. España con una tasa de 3,2 por mil, es el tercer país de la Unión Europea. Tan solo Suecia y Finlandia presentan tasas más bajas.

### 1.5.5 DESARROLLO DE LA MUJER

Además de las informaciones ya facilitadas, algunos datos específicos sobre la situación de la mujer son los siguientes: En España representan el 41,05% de la población activa y el 39,29 de la población ocupada. Respecto a la población en paro las mujeres representan el 55,98 del total y el 63,33 de los parados de larga duración. De los buscadores de primer empleo el 61,82 son mujeres.

Las excedencias del trabajo para cuidar a los hijos, el 96,38% son mujeres las que lo solicitan. Por lo que respecta al abandono del mercado de trabajo por razones familiares, el 92,06 de los casos corresponde a mujeres. Se considera que la brecha salarial, es de un 28,88%.

De las pensiones no contributivas, la invalidez, el 58,76% corresponde a las mujeres y la jubilación, el 84,05 corresponde también a las mujeres por la escasa incorporación de la mujer en el proceso productivo en a generación que actualmente está jubilada

Perú y España son los únicos países que se han podido obtener datos sobre la participación de la mujer en el mundo político. Si en Perú el número de alcaldesas era del 3,3% en España es de 12,48%. Si en Perú el número de mujeres concejales era del 21%, en España es de 27,35%.

Respecto a la participación de la mujer en las 37 empresas más importantes, la situación es la siguiente: Presidentes: 5,41%. Vicepresidente: 2,56%. Consejeros: 2,88%.

### 1.5.6 ADULTOS MAYORES

A diferencia de los países de América latina para España si que existe amplia información sobre la situación de los adultos mayores, en todos aquellos ítems que se preguntaba en el cuestionario oficial. Para no hacer el informe más largo de lo necesario vamos a resumir de forma breve los principales apartados de la situación de los adultos mayores: **indicadores demográficos, economía, vivienda y formas de vida.**

## **Indicadores demográficos.**

España actualmente cuenta con más de 7 millones de personas de más de 65 años. En el año 1992 la cifra era de 5.761.767. La cifra de mayores ha aumentado siete veces en el siglo XX, mientras que el total de la población se ha doblado. Los octogenarios ya son 1.633.040 (3,9%) y se han multiplicado por trece. En 2050 serán ya el 10% de la población. En cuanto a los centenarios, mientras que en los años 80 se superaban los dos millares, en el 2002 alcanzaron la cifra de 5.702. Los incrementos netos de personas mayores son superiores a 150.000 individuos anuales.

El tipo de hábitat dónde residen los mayores es una cuestión importante para la política social y la planificación de servicios. En la ciudad la concentración de personas de edad permite la existencia de una especie de red de seguridad para los planificadores de servicios. El efecto escala les permite obtener mayor eficiencia en el gasto social.

En las zonas rurales el éxodo de jóvenes hacia las ciudades elevó la proporción de mayores residentes en estas zonas. Los sistemas de apoyo familiar se resquebrajaron, y la dispersión en núcleos pequeños dificulta la prestación de servicios.

## **Indicadores económicos**

En 1999, España gastó el 8,2% del PIB en prestaciones de protección social a la vejez. Estas suponen el capítulo más importante de las protecciones de protección social en todos los países de la Unión Europea. España es uno de los países en los que el gasto en protección social ha crecido de forma acentuada durante la década de los 90, más del cuarenta por ciento. En el término medio de la Unión Europea, el 41% de todas las prestaciones sociales corresponden a la función de protección social a la vejez, porcentaje algo superior en España (41,9%) El capítulo más importante de los gastos de protección social son las pensiones. En España, las pensiones suponen algo más de la mitad de las prestaciones de protección social. Des del punto de vista del reparto de las prestaciones, los datos indican que el 61,7% de las pensiones de jubilación son abonadas a un varón de 65 o más años, frente al 32,2% que lo son a una mujer mayor. En correspondencia, el 75,5% de las pensiones de viudedad son abonadas a mujeres mayores, frente al 4,7% de preceptores varones. En la distribución de los importes medios de las pensiones por edad y género, destaca, en primer término, las diferencias entre las prestaciones que perciben las mujeres y los hombres: 636,2 euros, frente a 388,2 euros La pensión media de las mujeres está en un 25% por debajo de la pensión media, mientras que la de los hombres la supera aproximadamente en la misma proporción. La escasa presencia de estas generaciones de mujeres en el mercado laboral, explica esta situación.

## Vivienda y equipamientos

La vivienda es el principal activo de las familias españolas, también de las formadas por mayores, un activo que produce bienestar y seguridad a quienes lo poseen. El 82,6 % de los españoles reside en una vivienda de su propiedad. Con la edad disminuye la proporción de propietarios. Las mujeres residen en viviendas de su propiedad en menor medida que los hombres. Al aumentar el tamaño del municipio de residencia, se reduce la proporción de propietarios.

Como instalaciones básicas del hogar se ha seleccionado la disponibilidad de agua caliente y la calefacción. Con respecto a la primera, el 4,5% de los mayores reside en una vivienda sin agua caliente. La proporción es más alta para los mayores de 79 años, los que residen en el medio rural, para los que viven solos y algunas comunidades autónomas (10,9 en las Islas Baleares y 9,3 en Canarias).

Con respecto a la calefacción, el 62,9% de los mayores no dispone de ella en su vivienda, cinco puntos más para los menores de 65 años. Son de destacar las diferencias entre los mayores que viven en municipios de tamaño intermedio (72,5%), no dispone de calefacción. Y entre los mayores que viven solos (72,3%).

En la tabla se puede observar la disponibilidad de equipamientos como el baño, la televisión o el frigorífico, prácticamente generalizados en las viviendas de los mayores. Incluso el 10,6% de los hogares en los que viven los mayores contaba en 1998 con ordenador.

	65 y más años	Menor de 65 años
Baño	97	98,8
Agua caliente	94,5	97,5
Calefacción	36,1	41,2
Teléfono	89,1	89,4
Frigorífico	99,1	99,5
Televisión	98,5	99,5
Coche	50,3	85,9
Ordenador	10,6	33,0

## Formas de convivencia

Las formas de convivencia constituyen una de las informaciones más básicas a la hora de describir cómo transcurre la vida de los mayores. Hay que destacar que ocho de cada diez personas residen de forma autónoma, es decir, en su propio hogar, solos, en compañía del cónyuge o con otras personas. La edad y el sexo establecen algunas diferencias: los hombres suelen mantener la autonomía en mayor medida que las mujeres (87,8 frente a 74,7%). Y la edad reduce las posibilidades de vivir de esta forma, desde el 92,6% para las personas entre los 65 y los 69 años, hasta el 50,9 de los mayores de 79 años. Además de seguir viviendo en su propia casa, los mayores continúan en

proporciones muy altas viviendo acompañados de su pareja, así ocurre para seis de cada diez mayores; no obstante, el género y la edad vuelven a introducir importantes diferencias.

En cuanto a la proporción de mayores que viven solos, se evidencia un incremento importante de esta modalidad de convivencia. En 1998, eran 745.000 personas, un 12,6%. En 2001 son 1,368.297, es decir, un 20,1% de la población mayor de 65 años, de los cuales 1.076.166 son mujeres y 232.131 son hombres. Si bien el modelo de vida en soledad es un claro indicador europeo de competencia, también lo es de riesgo cuando las personas que viven solas son mayores de 80 años y carecen de redes suficientes de apoyo social.

### Nivel de instrucción y actividades principales de los mayores

Una de las transformaciones más importantes que ha experimentado la sociedad española de las últimas décadas se refiere al nivel de instrucción general de la población y a la importancia de los conocimientos y de la educación en la vida individual y colectiva. Los mayores, sin embargo, no han llegado al menos por lo que se refiere a la educación reglada, a alcanzar esta revolución. El nivel de instrucción de los mayores no es todavía comparable al de la población más joven, especialmente por lo que se refiere a las mujeres que superan los 70 años.

	Varones 65-69 %	Mujeres 65-69 %	Varones 70 y más %	Mujeres 70 y más %
Analfabetos	6	8	11	15
Primaria incompleta	30	36	33	43
Primaria completa	44	42	44	44
Secundaria	13	8	9	6
Superior	7	6	3	2

Las preferencias de los mayores con respecto al tiempo libre indican que, aunque la mayoría prefiere un ocio activo, hay una proporción importante, 18,6% que prefiere pasar su tiempo libre sin actividades programadas. Con respecto a la compañía en tiempo de ocio, la opción mayoritaria es la familia (66,5%), seguida, muy de lejos, por los amigos (10,9%) La opción de pasar el tiempo libre en soledad aumenta con la edad, y es la preferida del 8,4% de los mayores. Además del género, la edad se presenta como un factor decisivo en la realización de distintas actividades por parte de los mayores. La relación es clara: a medida que avanza la edad, y por lo tanto la salud se deteriora, disminuye la actividad en todos los ámbitos, especialmente la de todas aquellas actividades que se realizan fuera del ámbito doméstico.

## 1.5.7 SANTA CRUZ DE TENERIFE

### Indicadores demográficos de la ciudad

La ciudad de Santa Cruz de Tenerife tenía en fecha de 31 de diciembre de 2003, 222.144 habitantes. De estos 31.035 tenían más de 65 años, lo cual representaba el 14,11%, 3 puntos por debajo de la media nacional. Esta población se dividía en 12.489 hombres y 18.546 mujeres. Había pues 6057 mujeres más que hombres.

En las poblaciones europeas resulta interesante ver el número de personas por encima de los 80 años, ya que es el grupo más necesitado de ayuda en todos los sentidos. En Santa Cruz de Tenerife las personas de más de 80 años son 7125, repartidos entre 2374 hombres y 4751 mujeres. Representan el 3,20 de la población total y el 22,95% de los mayores de 65 años. Es de destacar la existencia de 50 personas mayores de 100 años. De los cuales 36 son mujeres y 14 son hombres.

Uno de los indicadores que se utilizan para observar el envejecimiento de una población es comparar la relación entre la población de más de 65 años y la de 0 a 14 años. En Santa Cruz la población de 0-14 años supera muy ligeramente a la población de más de 65 años. En el resto de España la población de más de 65 años está tres puntos por encima de la de 0-14 años

<b>Santa Cruz de Tenerife.2003</b>	N. Absolutos	%
0-14 años	32.028	14,41
15-64 años	159081	71,48
65 y mas	31035	14,11

### 2ª Lugar de nacimiento de la población.2003

	Nª Ab.	%
Misma ciudad	129.266	58,34
Resto de la región	49.437	22,34
Resto del estado	23.331	10,51
Extranjeros	19.207	8,81
Total	221.241	100

Según lo datos recibidos un 60% de la población que vive en Santa Cruz de Tenerife ha nacido en las islas Canarias. El 58% del total lo ha hecho en la misma ciudad. De la península lo son un 10,51% de la población y extranjeros casi un 9%. No tenemos la composición de esta población para saber como evolucionará y en que sectores de edad puede influir de forma mayoritaria.

Tradicionalmente las islas canarias han sido un lugar en que sectores de la población del centro de Europa se instalaban allí de forma más o menos permanente una vez jubilados. Si este fuera el caso de la ciudad de Santa Cruz de Tenerife habría que ver la problemática específica que presenta este sector de población en el conjunto de los adultos mayores.

### **Crecimiento de la población**

Entre 1981 y 1999, el 62 % del crecimiento que experimenta la población de Santa Cruz (cifrado en unas 27.000 personas), corresponde al balance positivo entre nacimientos y defunciones y el 38 % restante es el resultado del saldo migratorio. En esos casi veinte años la aportación de la inmigración no sólo ha contrarrestado de modo eficaz los movimientos de signo contrario (la creciente movilidad intermunicipal de carácter residencial), sino que ha aportado volúmenes notables de nuevos residentes. La importancia de la inmigración se refleja también hasta en los datos más recientes, solamente en 2002 el número de extranjeros residentes en la capital se incrementó en un 45 %, de los 7.432 ciudadanos de otras nacionalidades inscritos en el padrón se ascendió a 10.768 y este colectivo pasó a representar un 5% de la población total de la ciudad.

### **Crecimiento natural**

El crecimiento natural de la población en 1999 es casi siete veces menor que el de 1981, debido al descenso que experimenta la natalidad, puesto que el número de nacimientos se reduce entre ambas fechas de 3.386 a 1.902. La disminución progresiva del número de nacimientos es el factor que condiciona la reciente evolución natural de la población de Santa Cruz, puesto que la mortalidad mantiene una tasa estable en torno al 7 por mil, aunque con tendencia al aumento, como efecto del proceso de envejecimiento que acompaña a la caída de la natalidad. Es preciso señalar que la debilidad del crecimiento natural que registra Santa Cruz, es una característica común con los restantes municipios de la comarca metropolitana. Los efectos de esa dinámica declinante, como es lógico, se dejarán sentir a medio plazo en el número de habitantes, que tenderá a reducirse de no intervenir la inmigración, y en la estructura por edad, que a su vez condiciona el propio dinamismo natural, como efecto del progresivo y acumulativo proceso de envejecimiento.

#### **. Esperanza de vida al nacer**

	1990-1991	1995-1996
Hombres	73,36	73,93
Mujeres	74,57	81,59

. Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos).

**6,4** (Dato de **Canarias**.)

**9,81** (Dato de la **isla de Tenerife**.)

Tanto los datos de la esperanza de vida, como los de mortalidad infantil no son actuales. La esperanza de vida de hombres y mujeres aparece menor que la del resto del estado, pero son datos de hace casi 10 años y la mortalidad infantil, en el caso de Canarias es del año 2000 y en el caso de la isla de Tenerife es del año 1991. En España los últimos datos de la mortalidad infantil lo sitúan en el 3 por mil

8ª Nivel de estudios de la población. de 16 años y más

Nivel de estudios terminados	%
Analfabetos	3,7
Sin estudios	12,8
1er grado	22,6
2º grado (ESO, EGB)	28,8
2º grado (Bachiller superior)	12,9
2º grado (FP medio)	3,3
2º grado (FP superior)	4,4
3er grado (Diplomatura)	6
3er grado (Licenciatura)	5,1
3er grado (Doctorado)	0,5

Fuente: Dato de la **isla de Tenerife**.

ISTAC. Anuario Estadístico de Canarias, 2003.

De los datos sobre niveles educativos totales destaca que un 16,5%, o es analfabeto, o no tiene ni los niveles básicos o primarios terminados, la cual cosa indica un nivel bajo de formación. La mayoría de la población (51,4%) entre primer grado (se supone certificado de escolaridad) o el segundo, haber terminado la EGB o la ESO, actual. Hay un grado muy bajo de formación profesional, solo un 7,7% de la población ha terminado estos estudios.

### **Situación socio-económica**

En el año 2002 Canarias tenía un PIB por habitante de 18.936€ La Provincia de Las Palmas era de 19.464 y Santa Cruz de Tenerife 18.359 €. Una situación algo por debajo del resto del estado cuya media se sitúa en los 20.000.€

Por sectores económicos el valor añadido bruto se distribuye de la siguiente manera. Servicios el 76,47, la construcción el 12,87, industria, el 8,23%, y finalmente la agricultura con una aportación del 2,43%.



Las actividades del municipio de Santa Cruz de Tenerife con más VAB de la economía municipal son: Servicios empresariales e inmobiliarios, Comercio y reparación, Transporte y comunicaciones, Intermediación financiera, Administración Pública y Construcción.

Las actividades del municipio de Santa Cruz de Tenerife que suponen más empleo de la economía municipal de 109.954 personas ocupadas son: Comercio y reparación, 21.425 Servicios empresariales e inmobiliarios, 13.784 Administración pública, 13.702. Construcción, 12.001 Educación 8.873 y Transporte 8.829. Menos la construcción todas se sitúan en el campo de los servicios. Tanto por las magnitudes del PIB, como el empleo generado se comprueba que Santa Cruz de Tenerife es básicamente una ciudad de servicios. La tasa de paro en Santa Cruz de Tenerife es del 10,90%, alcanzando a 10.703 personas. La tasa de actividad alcanza el 57, 58%. Los varones tienen una tasa de actividad del 68, 52% y una tasa de paro del 8,22%. Las mujeres tienen una tasa de actividad del 47% y una tasa de paro que casi dobla al de los hombres, el 14, 67%

### **En relación a la desigualdad y la pobreza:**

1. La reducción de la pobreza no sólo ha sido generalizada para todas las islas, sino que las posiciones de cada una en el «ranking» se conservan. Tanto en 1995 como en 2001, las islas occidentales expresan índices más altos de pobreza que las islas orientales.

2. En las islas capitalinas, a pesar de que los ingresos medios por hogar y los ingresos por trabajo y por prestaciones sociales son similares, el índice de desigualdad social en ambas no es el mismo. Gran Canaria, con un 17,5% de su población bajo el umbral de la pobreza, tiene 4 puntos porcentuales menos que Tenerife, que tiene un 21,5% de su población bajo ese umbral.

3. Las islas occidentales forman un subconjunto diferenciado, tienen una población más envejecida y, por tanto, una mayor presencia de prestaciones públicas en la estructura de los ingresos. Otra característica relevante que tienen en común es la fuerte presencia del sector público en sus economías insulares. Según el Istac, la población de Canarias que queda por debajo del umbral de la pobreza es el 18,8% (el 20,8% de los hogares). El último estudio aproximativo a la pobreza en Canarias, realizado por Edis-Cáritas en 1995, situaba el porcentaje de población por debajo del umbral de pobreza en el 27,1% (24,5 % de todos los hogares)

### **Datos específicos sobre la mujer**

En todas las islas Canarias en el año 2.000 el número de denuncias fueron 2.599, mientras que en el año 1997 habían sido de 2.108. El Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA) del Cabildo de Tenerife, cuya finalidad es ofrecer una respuesta inmediata a las víctimas de violencia, atendió



durante el cuarto trimestre de 2004 a 64 mujeres, de las que 16 fueron derivadas a centros de acogida acompañadas de sus hijos.

### La vida de los adultos mayores en la ciudad

18ª Principales causas de muerte en población de 60 años y más, según grandes grupos de causas y sexo.

	H.	M.
Circulatorias	1.090	531
Tumores	1.050	428
Respiratorias	320	78
Digestivas	200	82
Traumatismos	90	37
Endocrinas	140	90
Genitourinarias	222	182
Infecciosas	50	16
Mentales	25	28
Mal definidas	15	12

Fuente: (Datos correspondientes a la **isla de Tenerife** (1996). Tasas específicas de mortalidad (x 100.000 habitantes) **ISTAC. Defunciones, Canarias 1996**. Servicio Canario de Salud.

### Número de las pensiones según su tipo otorgadas por el estado. De 60 años y más.

La información sobre las pensiones se ha obtenido del conjunto de la isla de Tenerife. En el año 2003 se habían concedido 102.412 pensiones. De estas 55.949 lo eran por jubilación. 30.148 por viudedad, 9803, por incapacidad permanente. Y finalmente 6.512 por orfandad. El valor de la pensión media total se calculaba para el año 2003, en 503,34 €. Las pensiones de jubilación eran las más elevadas con una media de 585,05€. Las de incapacidad eran de 569,36€. Las de viudedad eran de 391,83€ y las de orfandad y favor familiar de 218,21€. Hay que tener en cuenta las pensiones de viudedad, de la cual se benefician de forma mayoritaria mujeres que por no haber cotizado en la seguridad social, no pueden acceder a una pensión de jubilación. Vemos que este sector tiene unas pensiones especialmente bajas. Hay que tener en cuenta también la existencia de 26.812 pensiones no contributivas, de las cuales 12.526 corresponden a invalidez y 14.286 a jubilación.

Situación de pobreza relativa a los adultos mayores.

Mientras que sólo en el 28% de los hogares canarios las personas principales tienen 65 y más años, en los hogares pobres el porcentaje llega al 44% (48.941 hogares pobres dirigidos por personas de 65 y más años). En la mayoría de los hogares pobres con persona principal de género femenino –37.055 hogares en Canarias- la edad de esta persona supera los 60 años, tendencia distinta a la

de los hogares pobres comandados por hombres, donde hay una mayor distribución de las edades de estas personas.

Fuente: ISTAC. Estadística de condiciones sociales de la población canaria, 2001.

“Indigentes”, personas sin hogar: Personas contactadas por la UMA: 126 personas contactadas en las calles del municipio, de las cuales el 7% tiene 60 o más años. De ellas el 100% eran hombres (Datos municipales 2004). Esta unidad de contacto con las personas sin hogar comenzó a operar desde junio de 2004. Por tanto, aún están en fase de contabilizar los casos totales.

Personas con nuevo expediente en el Albergue Municipal: 484 nuevos casos en el 2004, de los cuales el 5% corresponde a personas de 60 y más años.

@INE 2004. Censos de Población y Viviendas 2001. Resultados definitivos. (Datos del municipio de Santa Cruz de Tenerife)

### Composición del hogar y tipos de vida.

Estructura del hogar	
TOTAL	187.740
Una mujer de 16 a 64 años	3.379
Un hombre de 16 a 64 años	4.093
Una mujer de 65 o más años	3.721
Un hombre de 65 o más años	1.052
Dos adultos, uno al menos de 65 años o más, sin menores	11.584

Edad	Total	Hombre	Mujer	Soltero	Soltera	Casado	Casada
65-69	8851	3937	4914	238	440	3248	2801
<b>70-75</b>	8348	3475	4873	249	514	2785	2073
76-80	4716	1823	2893	96	319	1367	861
<b>81-85</b>	2764	965	1799	33	201	673	309
86-90	1550	485	1065	22	114	287	98
<b>91-95</b>	459	113	346	6	53	51	17
96 y más	92	21	71	1	7	3	3
<b>Total</b>	26780	10819	15961	645	1648	8414	6162

  

Edad	Viudo	Viuda	Separado	Separada	Divorciado	Divorciada
65-69	259	1423	121	117	71	133
<b>70-75</b>	328	2105	65	97	48	84
76-80	328	1645	17	37	15	31
<b>81-85</b>	244	1269	5	8	10	12
86-90	170	837	2	12	4	4
<b>91-95</b>	55	273	0	0	1	3
96 y más	17	61	0	0	0	0
<b>Total</b>	1401	7613	210	271	149	267

Según los datos del INE (censo 2001) en el municipio de Santa Cruz de Tenerife residían 26.780 personas mayores de 65 años. De ellas, 3.721 eran mujeres de 65 y más años que vivían solas frente a 1.052 varones. Tenemos un total de 4.773 personas mayores que viven solas, lo que representa un 17,82% del total. En España en el mismo año 2001 se calculaba un 20%. Se ve que las tendencias son las mismas aunque con una cifra menor en las islas. Si sumamos el total de hogares con personas mayores tenemos 16.357.

Según los datos del Análisis demográfico de Santa Cruz de Tenerife, tenemos un total de 31.790 mayores empadronados en el municipio.

La estructura de edades es la siguiente:

	Hombres	Mujeres	Total	Sex ratio
61-65	4.416	5.212	9.628	84,73
66-70	4.219	5.333	9.552	79,11
71-75	3.491	4.793	8.284	72,84
76-80	2.236	3.535	5.771	63,25
81-85	1.250	2.289	3.539	54,61
86-90	626	1.405	2.031	44,56
91-95	219	569	788	38,49
96-100	31	123	154	25,20
101 o Más	13	30	43	43,33
Total	16.501	23.289	39.790	56,24

La diferencia entre sexos la vemos en las últimas columnas. El sex ratio o índice de masculinidad (hombres/mujeres) (%) se va reduciendo, lo que indica un fuerte predominio femenino en estos grupos de edad.

### **¿Existe en su ciudad alguna experiencia de servicios ofrecidos por los jubilados a la comunidad?**

Existen en la ciudad numerosas asociaciones de jubilados vinculadas a empresas. No tenemos constancia de que realicen alguna actividad de servicios ofrecidos por las mismas. La única experiencia destacable es la formación de guías voluntarios de la red de museos del Cabildo Insular de Tenerife.

## Grado de cobertura y servicios a los adultos mayores

	N de centros	Plazas Hombres	Plazas mujeres	Total	% respecto al total de población
Centros de día*	3	Mixto	Mixto	450*	1,15
Residencias <sup>1</sup>	13	Mixto	Mixto	595	1,50
Residencias asistidas	2	Mixto	Mixto	402	1,01
Otros (SAD) servicios	1	Mixto	Mixto	1.301	3,30 <sup>2</sup>

Fuente: Hemos trabajado con datos de centros autorizados.

Registro de centros autorizados C.A. de Canarias. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, Gobierno de Canarias. (fecha)

Recursos del IASS (Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria), Cabildo Insular de Tenerife.

Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife

El Centro de día para Mayores *Isidro Rodríguez Castro* tiene 13.000 socios censados. La afluencia es de 300 personas/día.

La proporción de Centros públicos/privados es la siguiente: Centros de día 2/1; Residencias 1/12; Residencias asistidas 1/1.

Los datos que a continuación se exponen forman parte del Plan Estratégico Insular de Servicios Sociales y Sociosanitario de Tenerife. Cabildo Insular de Tenerife.

Tipo de Recursos	Área Metropolitana	
	Plazas Resid Pobl. 1996	Plazas/ Pobl
Población Mayor de 65 años	37.836	30,6
Entre 65 - 75 años	22.891	50,6
Entre 76 - 85 años	11.591	100,0
Más de 85 años	3.354	345,6
Población Total	344.994	3,4
Población Total (año 99)	361.392	3,2

Área metropolitana	Poblacion	%	+ 65
Santa Cruz de Tenerife	219.446	57	31.790
Laguna (La)	137.314	36	
Rosario (El)	15.542	4	
Tegueste	10.165	3	
Poblacion total	382.467	100	

Fuente: Elaboración propia sobre datos Istac Revisión Padrón Municipal de Habitantes, 2004.

<sup>1</sup> Solamente una es de carácter público.

<sup>2</sup> Dato resultante si tenemos en cuenta al total de la población de mayores. Si tenemos en cuenta a las personas mayores con dependencia la cifra es de 4.000 mayores dependientes/1.300 atendidos = 32,5

Área Metropolitana de Tenerife	1998		2005		2010	
	Población	%	Población	%	Población	%
% respecto al total de mayores insular	50,8		49,4		48,3	
Confinados	5.675		6.900		7.596	
Desatendidos	2.270		2.760		7.596	
Total	37.834	10,96	46.001	13,4	50.638	14,77

#### Distribución de las plazas de bajo requerimiento y ratio plazas/ población mayor de 65 años

Comarcas	Pobl > 65	Cap Máx		Total Ocupadas	
		Cap Máx	Ratio (%)	Total Ocup.	Ratio (%)
Abona	4.458	28	0,6%	28	0,6%
Valle Orotava	9.689	346	3,6%	344	3,6%
Valle de Icod	4.089	0	0,0%	0	0,0%
Sureste	614	0	0,0%	0	0,0%
Güímar	4.398	99	2,3%	71	1,6%
Acentejo	5.343	157	2,9%	157	2,9%
Isla Baja	2.963	46	1,6%	44	1,5%
Área Metropolitana	37.836	1.159	3,1%	1.019	2,7%
Surceste	4.624	33	0,7%	33	0,7%
Total Tenerife	74.430	1.868	2,5%	1.696	2,3%

#### Distribución de las plazas en centros residenciales y ratio plazas/ población mayor de 65 años

Comarcas	Pobl > 65	Resid. Próx. Apertura	Viviendas Tuteladas		Alto Requerimiento	Medio Requerimiento	Bajo Requerimiento	Total Pzas Centros Res.
			Cap Máx	Pzas Ocup.				
Abona	4.458	25	0	0	0	0	28	28
Valle Orotava	9.689	532	0	0	0	164	346	510
Valle de Icod	4.089	0	0	0	0	28	0	28
Sureste	614	0	8	6	0	0	0	8
Güímar	4.398	0	0	0	0	0	99	99
Acentejo	5.343	0	0	0	0	0	157	157
Isla Baja	2.963	0	0	0	0	60	46	106
Área Metropolitana	37.836	0	0	0	357	100	1.159	1.555
Surceste	4.624	0	3	1	0	0	33	36
Total Tenerife*	74.430	557	11	7	357	352	1.868	2.588

Fuente: Plan Estratégico Insular de Servicios Sociales y Sociosanitario de Tenerife. Cabildo Insular de Tenerife. (Datos del área metropolitana: ver tabla de municipios que la conforman)

#### Número de trabajadores en ayuda domiciliaría. Porcentaje respecto a la demanda

160 trabajadores/as en ayuda domiciliaria (Datos del SAD municipal).  
Entidad concesionario del SAD municipal: Cooperativa Mararúa.  
160 trabajadores/as /1300 usuarios/as= 12,30%

## Formas de financiación de la atención a los adultos mayores dependientes.

	Seguridad Social	Estado/ CC.AA.	Ayuntamiento	Usuarios	Mutua	Otros
Ayuda domiciliaria	Pensiones		Según ingresos	Según ingresos		
Centro de día		Gratuito		100%		
Residencia				75% pensión		
Residencia Asistida		Según ingresos		100%		

El Centro de día para Mayores *Isidro Rodríguez Castro* es gratuito. Solamente cobra las excursiones y los bailes.

Es importante señalar que en la normativa de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Centro de Día se entiende como aquellos que con exclusión de hospedaje, prestan a sus usuarios/as: servicios sociales, asistenciales, culturales, recreativos y de promoción de la salud, procurando la realización de actividades tendentes al fomento de la participación personal y de grupo, la inserción de las personas mayores en el medio social sin desprenderse de su ambiente familiar. Por tanto, los Centros de día vendrían a ser los antiguos Clubes de Mayores.

Los Centros de estancia diurna serían aquellos en los que se ofrece una atención integral durante el día a las personas mayores que padezcan carencias, tanto en su situación psicofísica como social, con el fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal mientras permanecen en su entorno y ambiente familiar.

En otras CCAA el Centro de Día es equivalente al centro de estancia diurna.

Los datos de centro de día son los de centro de día por la normativa canaria, ya que no disponemos de datos fiables sobre centros de estancia diurna que no sean públicos, excepto del centro privado *Mirador de Ifara*.

### Cuestiones que generan más preocupación a las personas mayores

Esta pregunta se ha contestado a partir de las respuestas de 10 técnicos del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Según ellos el orden de prioridad en las preocupaciones de los adultos mayores sería la siguiente: Para los hombres en primer lugar encontrarse solo, en segundo lugar estar enfermo, en tercer lugar las pensiones bajas, en cuarto lugar no poder valerse y en quinto lugar falta de recursos económicos. Para las mujeres la prioridad máxima sería estar enferma, seguida de encontrarse sola, en tercer lugar las pensiones bajas, en cuarto lugar falta de recursos económicos y en quinto lugar no poder valerse



### 1.5.8 MÁLAGA

Los datos recibidos de Málaga se refieren a la situación de los adultos mayores. En lo que se refiere a una experiencia de servicios ofrecidos por los jubilados a la comunidad existe un grupo denominado SECOT, que ofrece asesoramiento empresarial.

En Málaga existen 2 centros de día de financiación pública; 1 residencia pública y 38 de privadas. Las residencias asistidas públicas se encuentran fuera del municipio. Existen además tres pisos tutelados para mayores, y el servicio de atención a domicilio, con un total de 111 trabajadoras. Se financia gracias a la aportación del ayuntamiento con 1.100.194,27€ y colas aportaciones del Estado, junta de Andalucía, y la Federación de Municipios y Provincias con la cantidad de 1.673.568,127.

Finalmente en cuanto a las cuestiones que preocupan más a las personas mayores los hombres señalan las cinco siguientes por orden de prioridad. Estar enfermo, no poder valerse, tener el cónyuge enfermo, vivir en una residencia, y tener bajas pensiones. Para las mujeres las prioridades serían las siguientes. Estar enferma, sentirse abandonada, vivir en una residencia, no poder valerse, encontrarse sola.

#### **Datos demográficos**

En el año 2003 la población de la ciudad de Málaga había alcanzado la cifra de 547. 983 habitantes. Des de el año 1991 había aumentado en 23.557 habitantes. En porcentaje durante estos 12 años el aumento había sido del 4,29%.

Si bien el aumento había sido moderado, los cambios de carácter interno habían sido más importantes. A pesar del aumento total de población, la de menos de 16 años había disminuido notablemente al pasar de 133. 214 el año 1991 a 98. 578, disminuyendo en 34.636 habitantes. Lo que significa que la ciudad de Málaga al igual que España en su totalidad, está en un proceso de progresivo envejecimiento de su población. Por el contrario la población de 16 a 64 años aumenta en 34.034 personas. La población de más de 65 años también sufre un aumento significativo, en este caso de 20.896 habitantes, el 36, 29%. Si en 1991 la población mayor de 65 años era del 10, 97%, en el año 2003 alcanza el 14,28%, todavía 3 puntos menos que la media de España. La población de más de 75 años, la más susceptible de atención por los servicios públicos también aumenta. Concretamente son 14.838 las personas de más que engrosan esta categoría demográfica. Porcentualmente el aumento es notable, de un 67, 28%. Tenemos, pues una situación típica del proceso que se produce en nuestro país, la población de más de 65 años aumenta, pero el sector de edad en el que se produce un aumento más significativo es la población mayor de 75 años.

	1991	1996	2002	2003
Total habitantes	524.426	525.700	539.193	547.983
Total varones	252.841	252.613	259.752	264.427
Total mujeres	271.585	273.087	279.441	283.556
Población 0-16 años	133.214	114.444	96.827	98.578
Población de 16-64 años.	343.662	354.460	370.843	377.696
Población de 65 años y más	57.572	65.756	78.244	78.468
Población de 75 años y más	22.054	25.656	34.728	34.892
Porcentaje población menor de 20 años				22,22 %
Porcentaje de población mayor de 65 años.				14,28 %

### Origen de la población

Según datos del Departamento de bienestar Social del ayuntamiento, el número de extranjeros residentes en la ciudad de Málaga es de 36.701, el 6,69% de la población. La evolución desde el año 1991 ha sido significativa. Este año la población extranjera era de 17.286 personas, el 3,29% de la población. Estos datos significan que la población extranjera en Málaga en estos 12 años que estamos analizando ha tenido un aumento de 112,31%. Aunque respecto a otras ciudades el porcentaje de extranjeros puede ser considerado bajo, el aumento ha sido espectacular.

	1991	1996	2002	2003
Málaga capital	350.436	367.005	368.077	373.538
Málaga provincia	62.500	51.970	48.722	47.873
Andalucía	48.231	45.260	45.081	44.681
Resto de España	45.973	43.672	45.191	45.190
Unión europea	4.814	5.162	6.654	6.377
Resto de Europa	1.127	1.225	3.200	4.012
Resto del Mundo	11.345	11.410	22.268	26.312

### Crecimiento de la población

	2003
Nacimiento	3.690
Defunciones	3.095
Crecimiento natural	1.449



## Situación socio-económica

### Establecimientos con actividad económica. Año 2003

En Málaga se contabilizan 29.428 establecimientos con actividad económica. De los cuales 22.559, el 76,65% son establecimientos industriales comerciales de menos de 5 trabajadores. Los de más de 20 trabajadores suman 955, el 3,24%.

Sin empleo remunerado	2.399
Menos de cinco trabajadores	22.559
Entre 6 y 19 trabajadores	3.518
De 20 y más trabajadores	955
Total establecimientos	29.428

Situación del empleo. Contratos en Málaga capital por sector de actividad y sexo. 1999- 2003

El 73,19% de la población empleada en Málaga lo está en el sector servicios. El sector de la construcción a considerable distancia, 28,72%, todavía tiene un peso importante en la economía de Málaga. Por el contrario, tanto la industria, que no llega al 5% como la agricultura, tienen una cifras que se pueden considerar testimoniales, sobre todo esta última, con 1,70% de los empleos. En los 4 años analizados ha habido un ligero aumento de la población femenina incorporada al mercado de trabajo, la cual ha pasado de representar el 40%, al 41,58%, en el año 2003. Si que ha habido un aumento importante de la población activa global, con un aumento de 57.557 personas, lo cual significa un 30%. Puede ser debido a los cambios en la estructura demográfica, tanto porque por razones endógenas, al cambiar el ciclo demográfico, como se ha apuntado más arriba, como por la incorporación de mano de obra inmigrante. Otros datos de interés del mercado de trabajo es que la tasa de empleo en el año 2001 era del 43%, una cifra especialmente baja, si tenemos en cuenta que la media española, en el año 2003, se situaba en el 59,7%, inferior en tres puntos de la media europea. Por el contrario la tasa de paro era especialmente elevada, alcanzando el 21% de la población activa en el año, 2001, casi el doble de la media española, el 11,3%

Sector	1999			2003		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Agricultura y Pesca	1.512	421	1.933	2.523	1.645	4.168
Construcción	29.327	1.160	30.487	47.070	2.021	70.091
Industria	9.639	3.945	13.584	8.529	3.619	12.148
Servicios	71.403	69.033	140.436	84.429	94.161	178.590
Total	111.881	74.559	186.440	142.551	101.446	243.997

### Contratos Málaga Capital por grupo de edad y sexo. 2003

	Hombres	Mujeres	Total
16-19	12.607	6.724	19.331
20-24	36.071	29.082	65.153
25-29	31.799	24.119	55.918
30-34	20.847	13.967	34.814
35-39	15.001	10.913	25.923
40-44	10.679	7.781	18.460
45-49	6.931	4.657	11.588
50-54	4.519	2.614	7.133
55-59	2.957	1.154	4.111
59 y más	1.131	435	1.566
Total	142.551	101.446	243.997

### Otros datos del mercado de trabajo

Población activa 2001	238.749
Población ocupada 2001	188.527
Tasa de empleo 2001	43,7%
Población parada 2001	50.222
Tasa de paro 2001	21,0%
Trabajadores eventuales subsidiados. Mujeres 2003	407
Trabajadores eventuales subsidiados. Hombres. 2003	118

### Paro registrado Málaga capital por sectores y sexo. 1999-2003

En el año 1999 había en Málaga 32.712 personas en situación de desempleo. Estas habían disminuido en el año 2003, hasta alcanzar 29.479. Es de resaltar que en este período de tiempo la población activa había aumentado considerablemente, tal como se ha tenido ocasión de comprobar en el epígrafe anterior. El paro en el colectivo femenino es considerablemente superior al de los hombres. Las mujeres superan a los hombres en 6.763 efectivos. El sector servicios es el que cuantitativamente tiene más parados, pero también es el de mayor número de población activa. En términos relativos, respecto a la población activa es el sector de la industria que acumula la mayor parte de parados. No tenemos datos suficientes para poder hablar de un proceso de desindustrialización, pero llama la atención la relación entre contratos y población parada en el sector industrial. Por grupo de edad el que más parados acumula es el de 35-39 años con 3.868, en el cual las mujeres casi doblan el número de parados de los hombres. Se puede hacer la hipótesis que no podemos corroborar por los datos disponibles, que el cuidado de los niños pequeños puede llevar a muchas mujeres a esta situación. El segundo grupo de edad más numeroso es el siguiente de 40-44 años, con 3.496. El grupo de edad con menos paro es el de 16-19 años, con 1.089. Es también el grupo

con menos efectivos como población activa, ya que la mayoría están todavía en edad de estudiar.

	1999			2003		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Agricultura	168	126	294	101	138	239
Construcción	2.717	347	3.064	3.004	401	3.405
Industria	1.680	2.030	3.710	1.069	1.838	2.907
Sector sin espec,	1.805	5.631	11.146	1.352	4.143	5.495
Servicios	7.118	11.090	18.208	5.828	11.605	17.433
Total	13.488	19.224	32.712	11.362	18.125	29.479

### Paro registrado por grupo de edad y sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
16-19	581	508	1.089
20-24	1.048	1.436	2.484
25-29	1.384	2.096	3.480
30-34	1.329	2.442	3.771
35-39	1.316	2.552	3.868
40-44	1.217	2.279	3.496
45-49	1.095	2.392	3.487
50-54	1.179	1.970	3.149
55-59	1.428	1.628	3.056
59 y más	785	822	1.607
Total	11.362	18.125	29.487

### Indicadores sobre transportes.

Vehículos turismo 2003	240.048
Autorizaciones de transporte, taxi 2003	1.382
Autorizaciones de transporte de mercancías.2003	8.339
Autorizaciones de transporte de viajeros 2003	1.815
Vehículos matriculados 2003	24.489
Vehículos turismo matriculados 2003	19.041

### Turismo Año 2003.

Restaurantes	410
Hoteles	39
Pensiones	54
Plazas en hoteles	3.471
Plazas en pensiones	1.203

### Otros indicadores económicos

Inversiones realizadas en nuevas industrias	7.371.755
Oficinas bancarias 2003	410
Consumo energía eléctrica 2002	1.558.599
Consumo energía eléctrica residencial 2002	548.840
Líneas telefónicas 2002	168.850
Líneas ADSL en servicio 2003	26.563
Renta familiar disponible por habitante 2002	Entre 8.100 y 9000
Variación de la renta disponible por habitante 2002	Entre 37% y 43%

### Desarrollo humano

#### Mortalidad infantil

En Málaga, y provincia, en el año 2003, se contabilizaron 628 muertes infantiles. En ese mismo año, tanto en la capital como en la provincia vieron 8 muertes de mujeres por causas relacionadas con embarazo, parto o puerperio.

#### Datos sobre violencia familiar año 2004

Se registraron, según informe de la Fiscalía de Málaga, 2 muertes por violencia doméstica, una mujer y un bebé.

Los juicios por violencia doméstica (mujeres, mayores, niños/as...) ascendieron a 973.

#### Principales causas de muerte en la población de más de 55 años, año 2003, en Málaga y provincia.

	Hombres	Mujeres
Tumores	8.631	4.833
Endocrinas	85	1.320
Infecciosas	286	353
Mentales	837	1.665
Caídas accidentales	25	182
Envenenamiento accidental por psicofármacos	8	13

**Nº de pensiones no contributivas año 2004 4503 por invalidez  
4767 por jubilación**

### Indicadores diversos

	1991	1996	2002	2003
Tasa de dependencia infantil	38,76	29,76	24,30	24,31
Tasa de dependencia general	55,52	48,31	45,40	45,09
Tasa de dependencia senil	16,75	18,55	21,10	20,78
Índice de soledad de +de 65 años	19,14	13,14	12,59	12,96
Índice de soledad de + de 75 años	22,26	12,50	13,62	14,18
Índice de envejecimiento	10,91	12,51	14,51	14,32
Nivel de instrucción de la tercera edad	13,77	13,46	10,46	9,82
Tasa de población sin estudios	57,53	22,56	24,11	23,96
Tasa de población analfabeta	3,13	3,00	2,38	2,16

### Otros indicadores sociales

Centros de enseñanza básica 2002	163
Centros de enseñanza secundaria 2002	108
Centros de educación de adultos 2002	19
Bibliotecas públicas locales 2003	21
Centros de salud 2003	22
Consultorios 2003	2
Viviendas familiares principales 2001	170.687
Viviendas destinadas a alquiler 2002	0
Viviendas destinadas a la venta 2002	808
Viviendas rehabilitadas 2002	1413
Viviendas libres 2002	11.826

### Adultos mayores

#### Situación de los adultos mayores.

#### Población de 65 años y más que viven solos.

En el año 2003 había en Málaga 10170 personas que vivían solas, mayores de 65 años. En el año 1991 la cifra había llegado a 11.022. Las personas que vivían solas mayores de 75 años eran 4.946

1991	1996	2002	2003
11.022	8.641	9.852	10.170

### **Población de 75 años y más que viven solos.**

1991	1996	2002	2003
4.909	3.207	4.729	4.946

### **Servicios para los adultos mayores**

En lo que se refiere a experiencias de servicios ofrecidos por los jubilados a la comunidad existe un grupo denominado SECOT, que ofrece asesoramiento empresarial.

En Málaga existen 2 centros de día, públicos, 1 residencia pública y 38 de privadas. Las residencias asistidas públicas se encuentran fuera del municipio. Existen además tres pisos tutelados para mayores, y el servicio de atención a domicilio, con un total de 111 trabajadoras. Se financia gracias a la aportación del ayuntamiento con 1.100.194,27€ y colas aportaciones del Estado, junta de Andalucía, y la Federación de Municipios y Provincias con la cantidad de 1.673.568,127<sup>a</sup>.

Finalmente en cuanto a las cuestiones que preocupan más a las personas mayores los hombres señalan las cinco siguientes por orden de prioridad. Estar enfermo, no poder valerse, tener el cónyuge enfermo, vivir en una residencia, y tener bajas pensiones. Para las mujeres las prioridades serían las siguientes. Estar enferma, sentirse abandonada, vivir en una residencia, no poder valerse, encontrarse sola.

## **1.6 ITALIA**

La **República Italiana** o **Italia** es un país de Europa del sur, que forma parte de la Unión Europea (UE).

Su territorio consiste principalmente de una península alargada y de dos grandes islas en el mar Mediterráneo: Sicilia y Cerdeña. Por el norte está bordeado por los Alpes, por donde limita con Francia, Suiza, Austria y Eslovenia. Los estados independientes de San Marino y Ciudad del Vaticano son enclaves dentro del territorio italiano. Italia forma parte del G7 o grupo de las siete naciones más industrializadas del mundo. Situada en el corazón del antiguo Imperio Romano, está llena de tesoros que reconstruyen la historia de las bases de nuestra civilización.

### 1.6.1 ECONOMÍA

Italia posee una economía industrial diversa, con prácticamente el mismo ingreso total y per cápita que Francia y el Reino Unido. Esta economía capitalista se mantiene dividida en un norte industrial, dominado por empresas privadas, y un sur agrícola, con un 20% de desempleo. En comparación con países europeos vecinos, posee un alto número de pequeñas y medianas empresas (PyMEs).

La mayor parte de las materias primas utilizadas por la industria y más del 75% de la energía se importan de otros países. Durante la década pasada Italia ha perseguido una política fiscal apretada que le permita llegar a cumplir con sus requerimientos económicos. Desde su adhesión a la Unión Europea, Italia se ha beneficiado ampliamente del interés e inflación más bajos del euro.

El rendimiento económico de Italia se ha mantenido detrás del de sus compañeros de la Unión Europea y el gobierno actual ha puesto en acción numerosas reformas de corto plazo destinadas a mejorar la competitividad y el crecimiento a largo plazo. Se ha movido lentamente, por otra parte, en la implementación de necesarias reformas estructurales, tales como aliviar los impuestos y replantear el rígido mercado laboral italiano y caro sistema pensionario.

#### Moneda

Su moneda anterior era la lira italiana; desde el 1 de enero de 2002 es el euro.

#### PIB (Producto Interior Bruto)

- 1,273 billones de dólares EE. UU. (convertidos según paridad del poder de compra). Año 2000
- 1,385 billones de € (tipo conversión: 1 dólar = 1,0882 € al 30/01/01)

#### PIB "per capita"

- 22.100 dólares EE. UU. (convertidos según paridad del poder de compra). Año 2000
- 24.049,22 € (Tipo conversión: 1 dólar = 1,0882 € al 30/01/01)
- Distribución del PIB por sectores. Agricultura: 2,5%. Industria: 30,4%. Servicios: 67,1%
- Crecimiento PIB estimado. 2,7% (estimaciones 2000)
- Tasa de inflación. 2,5% (estimaciones 2000)

## Datos económicos de la población

Población ocupada

23,4 millones aprox. (2000)

Población ocupada por sectores Servicios: 61,9%. Industria: 32,6%. Agricultura: 5,5%. (Estimaciones 1999)

Tasa de paro. 10,4% (2000)

Población bajo el umbral de la pobreza. :19%

El 9,7% de los italianos viven en un hogar donde ninguno de sus miembros en edad de trabajar tiene empleo

### 1.6.2 DEMOGRAFÍA

Italia es un país muy heterogéneo tanto lingüística como religiosamente, pero es diverso cultural, económica y políticamente. Italia posee la quinta mayor densidad poblacional en Europa, con un promedio de 196 personas por kilómetro cuadrado. Los grupos minoritarios son pequeños, siendo el mayor de estos el de habla alemana en el sur de Tirol (según el censo de 1991, la población se encuentra compuesta por 287.503 personas de habla alemana y solo 116.914 de habla italiana) y los eslovenos alrededor del Trieste.

Otros grupos minoritarios con lenguajes parcialmente oficiales incluyen la minoría de habla francesa en la región del Valle d'Aosta; los sardos, el idioma retorromano en las montañas dolomitas y el Catalán en el Alguer, siendo todos idiomas romances.

A pesar de ser el catolicismo romano la religión predominante (85% de la población), existen comunidades maduras de protestantes y judíos y una comunidad creciente de origen musulmán.

### Demografía

Población: 57.449.000(2002)

Crecimiento anual: 0,1%(1985-2000)

Estimación para el año 2015: 55.239.000(2000)

Crecimiento anual hacia el 2015: -0,3 % (2000)

Población urbana: 67,0 % (2000)

Crecimiento urbano: 0,2 % (2000)

Hijos por mujer: 1,2 (2000)

Tasa de fecundidad: 1,29

Italia es el segundo país de la comunidad europea que más emigrantes recibió en el año, 2003; 511,200.



### 1.6.3 OTROS DATOS ESTADÍSTICOS

#### Salud

Esperanza de vida al nacer: 79 años (2000-2005)  
Hombres: 76 años (2000-2005)  
Mujeres: 82 años (2000-2005)  
Mortalidad materna: 7 cada 100.000 nacidos vivos (1985/99)  
Mortalidad infantil: 6 por 1.000 (2000)  
Mortalidad menores de 5 años: 6 por 1.000 (2000)  
Consumo de calorías diarias: 3.629 per cápita (1999)  
554 médicos cada 100.000 personas (1997)

#### Educación

Alfabetismo: 98 % (2000)  
Hombres: 99 % (2000)  
Mujeres: 98 % (2000)  
Tasa neta de inscripción escolar:  
Primaria total: 100 % (1994/2000)  
hombres: 100 % (1995/99)  
mujeres: 100 % (1995/99)  
Secundaria:  
Hombres: 94 % (1995/97)  
Mujeres: 95 % (1995/97)  
Jóvenes de 20-24 años que completaron el nivel de secundaria superior: 69,9

Universidad: 47 % (1998)  
Docentes de primaria: uno cada 11 estudiantes (1998)

Gasto público en educación: 5%

#### Comunicaciones

104 diarios (1996), 878 radios (1997), 494 televisores (2000) y 474 líneas telefónicas (2000) cada 1.000 hab.  
Libros: 57 títulos nuevos cada 100.000 hab. (1992/94)

#### Economía

Índice de precios al consumidor: 112,8 (2000)  
Tipo de cambio: 1,2 euros = U\$ 1 (03/2002)  
Cereales importados: 8.464.663 toneladas (2000)  
Dependencia de importación de alimentos: 9 % (2000)  
Uso de fertilizantes: 2.074 kg por há. (1999)  
Exportaciones: U\$ 304.553 millones (2000)  
Importaciones: U\$ 292.458 millones (2000)

## **Energía**

Consumo: 2.916,1 Kgs de equivalente petróleo anualmente (1998); 83,6 % importado (1999)

## **Tierras**

Deforestación: -0,1 % anual (1990/95)  
Forestadas y bosques: 22,5 % del total (1993)  
Arable: 30,0 % del total (1993)  
Otros: 47,5 % del total (1993)

## **Gasto Público**

Gasto militar como % del INB: 2 % (1999)  
Gastos en defensa como % del gasto del gobierno central: 4,7 % (1999)

## **Trabajo**

Desempleo: 10,5 % (2000)  
Mujeres (como % de la PEA): 39 % (2000)  
Empleo (mujeres):  
Agricultura: 7 % (1994/97)  
Industria: 22 % (1994/97)  
Servicios: 72 % (1994/97)  
Empleo (hombres):  
Agricultura: 7 % (1994/97)  
Industria: 38 % (1994/97)  
Servicios: 55 % (1994/97)

## **HDI**

Posición/Valor: 20/0,909 (1999)

## 1.7 CONCLUSIONES

Sería necesario hacer unas conclusiones generales que pudiesen incluir los datos cuantitativos que se exponen en este apartado, los datos cualitativos aportados en la encuesta por la mayoría de las ciudades socias y las opiniones y impresiones aportadas en el forum virtual.

Por lo que se refiere al primer apartado, vemos como si bien es cierto que existe una tendencia general al envejecimiento en los cinco países analizados, la situación en la actualidad es todavía muy distinta, según sea el país que analizamos.

Bolivia, se encuentra todavía en una transición incipiente, y puede ser considerada una población joven, con altas tasas de natalidad y también altas tasas de mortalidad y con un crecimiento superior al 2 %

Perú y Brasil se pueden considerar en plena transición, con una moderada tasa de natalidad y también una moderada tasa de mortalidad., y el crecimiento de su población empieza a ser menor del 2%.

Los tres países tienen graves problemas de desarrollo económico, de pobreza y de deuda externa. Su PIB por cápita supera por poco los 3.000 \$ Bolivia aparece más sumida en esta situación, Perú y Brasil, aparecen sometidas a fuertes contrastes, con sectores y zonas geográficas con síntomas evidentes de despegue económico y social, pero con otras zonas que tienen muchas dificultades para desarrollarse.

La mortalidad infantil si bien se ha reducido notablemente, todavía aparece muy alta, por encima del 30 por mil. El descenso de la tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida hacen prever, si bien con ritmos distintos, que estos tres países tendrán fuertes incrementos del índice de envejecimiento en los próximos 50 años, más acusados en el caso del Brasil y más moderados en el caso de Bolivia, encontrándose el Perú, en una situación intermedia.

Actualmente la situación de los adultos mayores no parece ser una preocupación prioritaria de los gobiernos, pero hay que tener en cuenta su baja situación educativa, con respecto a las generaciones actuales, así como la situación sumamente desfavorable de la situación de la mujer, sobre todo en el caso de Bolivia y en las zonas rurales. Los problemas más importantes que se pueden encontrar los adultos mayores en estas sociedades son los derivados de la pobreza ambiental y de la desatención estructural. Se puede aventurar una pérdida del papel tradicional de la tercera edad en estas sociedades a medida que avanzan hacia el desarrollo económico y el cambio tecnológico, pero sin las contrapartidas y los servicios que disponen en los países desarrollados

Italia y España son sociedades ya consideradas envejecidas, con un índice superior al 17%, y con perspectivas de aumento hasta un 25%. Actualmente la

población de más de 65 años, es ya superior a la de 0 a 14 años. La población mayor de 80 años es ya superior a 3% y es el grupo que aumenta con más velocidad. Las tasas de fecundidad se encontraban a finales de los años 90 en mínimos históricos, y la mortalidad infantil era del 3 por mil en el caso de España y el 6 por mil en el caso de Italia.

La llegada masiva de población inmigrante des de principios de los años 90 ha reducido el nivel de envejecimiento y sobretodo ha retardado la pérdida de población de estos países, las cuales se encontraban abocadas a tener un crecimiento vegetativo de signo negativo

Tanto Italia como España, disponen de un PIB, superior a los 20.000 \$, la cual cosa no es obstáculo para que tengan problemas sociales de envergadura, si bien menos dramáticos que los países anteriores. El umbral de pobreza se sitúa en el 19%, y los datos derivados del mercado de trabajo y de las pensiones de jubilación son desfavorables a la mujer.

Los adultos mayores, como era de esperar tienen niveles educativos inferiores a las actuales generaciones y menos posibilidades de enfrentar-se a los retos tecnológicos. Los problemas pueden derivarse del fraccionamiento de la sociedad tradicional y de la familia, tal como era entendida, lo cual deriva en la soledad de los adultos mayores y unos medios que no están acordes al ritmo de los cambios sociales. El deterioro progresivo de la salud y las nuevas enfermedades que se desarrollan es un nuevo reto que se planta tanto a las familias como a los servicios públicos.

## 1.8 ANEXO

### MUNICIPIO DE GOIANIA

Políticas Públicas de combate de la pobreza en el Municipio de Goiania de responsabilidad Federal del estado y el propio municipio

#### DESARROLLO SOCIAL

El Ministerio de Desarrollo Social y de combate contra el hambre por medio de los municipios desarrolla políticas de inclusión social, de garantía de derechos de ciudadanía y de desarrollo social, como forma de retomar el desarrollo económico. En este sentido existen algunos programas que son ejecutados en el municipio de Goiania

**Hambre cero.** Como objetivo de inclusión social, esta política pública conjuga las emergencias, educación social asegurar la alimentación y programas complementarios de agricultura familiar y transferencia de renta (Bolsa Familia). En el año 2004 fueron invertidos aproximadamente 400 millones en adquisición y distribución de leche y cestas básicas, implantación de restaurantes populares, educación alimenticia entre otros.

**Bolsa de Familia.** Programa de transferencia de renta que unifica la Bolsa de la escuela, la Bolsa de alimentación y otras. Atiende dos finalidades básicas, que son el combate contra la miseria, la exclusión y la promoción social y la emancipación de las mismas, ofreciendo un beneficio mensual. Exige como contrapartida que las familias atendidas tengan adolescentes en edad escolar. Atendió cerca de 6,5 millones de familias brasileñas en 2004. Los costes de transferencia de renta en 2004 costaron cerca de R\$ 5,7 millones.

**Realidad en Goiania.** Este programa está dirigido por la Fundación Municipal de Desarrollo comunitario, en su apartado de atención a la Familia. El número de Familias apuntadas es de 19.780, con beneficios que varían entre R\$ 15,00 y R\$ 95. Los recursos mensuales invertidos actualmente es de R\$ 969.222,00.

**Programa de erradicación del Trabajo Infantil – PETI.** Programa que tiene por objetivo erradicar el trabajo infantil. En el año 2004 abarcaba 2.786 ciudades del Brasil, beneficiando a más de 930.000 niños y adolescentes de 7 a 15 años de edad. Los beneficios recibidos mensualmente R\$ 40,00, para frecuentar asiduamente la escuela. En Goiania son atendidos cerca de 1.600 niños.

**Programa de Atención Integral a la Familia.** PAIF. Programa federal centrado en las familias en situación de vulnerabilidad social (pobreza o otros factores de riesgo) y exclusión social. Funciona a partir del segundo semestre de 2004, el PIF posee cerca de 901 centros instalados en 650 municipios del país. En Goiania, en el año 2004, el programa fue implementado en 9 centros

de referencia de Asistencia social, que recibe el nombre de Centro Municipal de asistencia social, atendiendo 1.883 familias.

**Jóvenes de desarrollo social y humano.** Destinado al desarrollo personal, social y comunitario de jóvenes entre 15 y 17 años. El programa mantiene al joven en la escuela y cualifica para insertarlo en el mercado de trabajo, encaminando a los jóvenes a los servicios médicos, psicológicos de los consejos tutelares, focalizando las acciones en la familia, para conseguir la mejora y la autoestima de los mismos. Actualmente, el programa atiende cerca de 58 mil beneficiados en todo el Brasil, siendo un valor mensual de R\$ 65,00. En Goiania el programa se desarrolla entre el Ministerio de desarrollo social y el combate contra el Hambre y la Prefectura De Goiania, siendo la ejecutora, la fundación Municipal de Desarrollo Comunitario. FUMDEC. En 2004 fueron atendidos 1.175 jóvenes.

Programa de Combate y abuso y Explotación Sexual de Niños y Adolescentes. Tiene como objetivo fortalecer la autoestima, la convivencia familiar y comunitaria, con acciones educativas y de acompañamiento permanente. En el año 2004, fueron atendidas cerca de 17 mil niños en todo Brasil. En Goiania, en el año 2004, fueron atendidos 1.177 jóvenes.

Red de Servicios de acción continuada. Red SAC. Atiende personas portadoras de deficiencias, con edades de 0 a 6 años. En Goiania abarca 48 instituciones que atienden unas 9.000 personas.

## **SALUD**

El sistema único de Salud SUS es una política de Estado inscrita en la Constitución Federal de 1988, constituida a partir de las relaciones entre los gobiernos, en sus tres esferas y como sociedad civil organizada. El SUS es la base política de la salud pública del Brasil: Una red de acciones y servicios, regionalizada y jerarquizada, que actúa en todo el territorio nacional, con una dirección única en cada gobierno. En Goiania, la Secretaria Municipal de Salud es el órgano responsable de desarrollar la SUS, contemplando todos los programas de promoción, prevención y atención de la salud. Dentro de las acciones de inclusión social y combate contra la pobreza podemos destacar los programas y acciones que componen la política nacional de salud, las siguientes acciones desarrolladas por la Secretaria Municipal de salud.

Proyecto Nacer Feliz. Acciones de promoción, prevención y atención para reducir la mortalidad infantil y materna, con impacto en la mortalidad neonatal y prevención del embarazo en la adolescencia. El Programa posee una maternidad pública, localizada en una de las regiones más pobres de Goiania, en la región Noroeste, que estimula la atención pre-natal y la asistencia en el parto normal.

Comité de reducción de la Mortalidad infantil. Investiga las muertes y las causadas de la mortalidad infantil en el municipio

Comité para la reducción de la mortalidad femenina y materna. Investiga las muertes y las causas de la mortalidad en mujeres en edad reproductiva.

Red de atención a las mujeres, niños y adolescentes en situación de violencia. Relación inter-institucional que engloba organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en las áreas de asistencia social de educación, de salud y jurídica, con la finalidad de prevenir la violencia y la explotación sexual.

Programa de salud y de familia. Programa nacional del Ministerio de Salud, con cobertura de 33% de las familias de Goiania, en 2005. El PSF está implantado en apenas dos de los nueve distritos sanitarios de SMS. Consiste en equipos formados por médicos enfermeras y agentes comunitarios de salud. Cada equipo atiende una media de mil familias. Con el enfoque de prevenir de la salud y la atención básica. El PSF de Goiania está incluyendo profesionales de salud bucal a partir de 2005.

Habilitación de centros de especialidades odontológicas-CEOS. Tipo I y Tipo II.

En Goiania hay dos CEOS, con la expectativa de expansión hasta tres. Los CEOS realizan atención de diagnóstico precoz de cáncer bucal y atención a portadores de necesidades especiales

Programa de limpieza bucal. Realizado en las escuelas del municipio, atiende a 98 escuelas. Es un programa de higiene bucal, dirigido a niños menores de seis años, en los centros municipales de educación infantil.

Política Nacional de Medicamentos. Incluye una oferta de medicamentos de atención básica en todas las unidades de salud del municipio, atendiendo a los principios de universalidad y equidad De SUS. También incluye la farmacia popular que comercializa medicamentos a coste reducido para la población de renta baja. Goiania posee actualmente dos farmacias, con expectativa de ampliar a tres. El acceso a los medicamentos también ha sido facilitado, en Goiania, a través de acciones desencadenadas por el Ministerio Público.

Política Nacional de Atención a las Urgencias. Tiene como finalidad prestar socorro a las personas en situación de riesgo y su principal componente es el Servicio Móvil de Atención de Urgencia (SAMU7192) que realiza transporte de víctimas y atiende casos de naturaleza traumática, clínica, pediátrica, quirúrgica y psiquiátrica. Actualmente 56 servicios de Atención Móvil de Urgencia están implantados, en 213 municipios, atendiendo a un total de 49,2 millones de personas, entre los cuales se encuentra Goiania.

Mapa nacional de salud. Tiene el objetivo de la inclusión social, a partir del censo de población, con el objetivo de crear condiciones institucionales para la elaboración y gestión integrada de Política de Información e informática para



SUS. Directrices para análisis, actualización y desarrollo de soluciones de informática. La información como eje vertebrado de integración y racionalización de los recursos. Identificación unívoca de los usuarios, profesionales y entidades asistenciales. Registro único de actos asistenciales, administración de componentes.

## **EDUCACIÓN**

La legislación de las principales políticas educacionales definidas por el Ministerio de Educación, procuran garantizar la enseñanza para todos en todos los niveles, con calidad y democracia. El Ministerio desarrolla cerca de 250 programas de educación y formación, que va desde la alfabetización de los jóvenes y adultos, pasando por la accesibilidad al libro didáctico, el transporte escolar y llevando a los programas de post-graduado.

### **Enseñanza fundamental.**

Fondo de Fortalecimiento de la escuela. FUNDESCOLA. Con recursos del gobierno Federal y del Banco Mundial, atiende 384 municipios de 19 estados de las regiones priorizadas, con programas de formación continuada de profesores, implantación de metodología específica para escuelas rurales, adquisición de equipamientos y mobiliario y construcción y reforma de las instalaciones escolares. Realidad de Goiania. Programa de Adecuación de "Predios Escolares"- PAPE

### **Programa de desarrollo de la enseñanza**

Fondo Nacional de desarrollo de la Enseñanza. FNDE. Financia programas y proyectos que contribuyen a la inclusión social, apoyando la expansión y la mejora de la educación

Programa Nacional de Alimentación Escolar. PNAE. Programa Nacional de Apoyo al transporte Escolar PNATE. Programa Nacional del Libro Didáctico. PNLD Programa Nacional Biblioteca de la Escuela. PNBE..Programa Nacional de Salud Escolar PNSE. Programa Complementario de Atención Educacional Especializado para las personas Portadoras de Deficiencia. PAED. Programa de Dinero Directo para la Escuela. PDDE. Programa de transferencia voluntaria. Salario de Educación.

Realidad en Goiania. Los recursos de estos programas benefician cerca de 220.000 alumnos de las redes públicas, estatal y municipal de la Educación Básica.



## **Enseñanza Media.**

Programa de Mejora y Expansión de la Enseñanza Media. PROMED. Está financiado con recursos de la Unión, de los estados y del Banco Interamericano de Desarrollo- BID. El objetivo es la mejora de la calidad y aumentar las matrículas de la enseñanza media.

## **Educación Profesional y tecnológica.**

Destinado a elevar la cualificación y la escolaridad de los jóvenes y adultos, ampliando la capacidad de inserción en el mundo del trabajo. Principales programas.

Programa de Expansión de la Educación Profesional. PROEP. Desarrolla acciones integradas entre educación, trabajo, ciencia y tecnología con vistas a aumentar, promover y cualificar la educación.

Red federal de Educación Profesional y Tecnológica. Promueve la modernización del proceso didáctico-pedagógico adecuando las instalaciones físicas a los portadores de necesidades especiales, ampliando el acervo bibliográfico y adquiriendo máquinas y equipamientos. La ciudad de Goiania dispone de un Centro Federal de Educación Tecnológica. CEFET.

Realización de foros a diversos niveles. Forum Nacional de Educación Profesional y Tecnológica, de Educación Infantil, de Educación de Jóvenes y Adultos u otros.

## **Educación Superior**

Desarrolla acciones de planteamiento, coordinación y supervisión de política nacional del sistema federal de Enseñanza superior en las instituciones públicas y privadas.

- Reforma Universitaria y programas para la ampliación de acceso a la Universidad. En activo desde el inicio de 2004, cuando el MEC empezó la discusión sobre la Reforma Universitaria. Como acción implementa el Programa Universidad para Todos, que da becas para universidades privadas a estudiantes de baja renta y a profesores de enseñanza básica. Hay una política de cuotas que prevé la reserva del 50% de becas a las universidades federales, para estudiantes que tengan cursado la enseñanza media en escuelas públicas. En Goiania está en estudio y discusión.

Programa para la financiación estudiantil. Financia el 70% de quien no tiene condiciones de sostener los costos

## **Educación a Distancia.**

Política de universalización y democratización de la educación y del conocimiento por medio de programas de formación inicial y continuada a distancia.

## **Programa nacional de Profesores en Ejercicio**

Programa Nacional de Informática en la Educación. PROINFO, implanta laboratorios de informática en los establecimientos de Enseñanza fundamental y media. En Goiania parte de las escuelas públicas municipales recibirán estos laboratorios.

TV Escuela y Radio Escuela .Promueve la radio difusión de programas educativos accesibles a las escuelas y distribuye equipamientos de TV y video a todas ellas. En Goiania se recibe este beneficio.

## **Educación Especial.**

Asegura a los alumnos con necesidades especiales condiciones de acceso y permanencia en la escuela.

Programa de educación inclusiva. Programa de apoyo a la educación de los alumnos con deficiencia visual. Programa de apoyo a la educación de alumnos sordos. Proyecto de informática de educación especial. PROINSEP. Programa de apoyo a la educación especial. PROESPeN Goiania se desarrollan proyectos específicos en base a estos programas.

## **Educación Permanente. Alfabetización y Diversidad**

Combate de las desigualdades educacionales con políticas públicas que amplían el acceso y la continuidad de la escolarización de jóvenes y adultos.

Programa Brasil alfabetizado. FNDE. En el combate contra el analfabetismo están implicados tanto los estados, los municipios, las universidades, las empresas privadas, las organizaciones no gubernamentales, los organismos institucionales y las instituciones cívicas. En Goiania se desarrolla este programa, atendiendo, en 2005 a 97 “turmas” (ProyectoAJA - Expansao)

Educación de jóvenes y adultos. Programa haciendo escuela. En relación con gobiernos estatales y municipales se amplía la oferta de becas en la educación de jóvenes y adultos, enfrentándose al analfabetismo y a la baja escolaridad en las bolsas de pobreza existente en el país.

Programa Diversidad en la Universidad Estimula iniciativas de formación para poblaciones de descendencia africana, indígenas y grupos socialmente desfavorecidos del Brasil.

## **POLÍTICAS DE DERECHOS HUMANOS**

Políticas públicas para la igualdad de género.

Red de atención a las mujeres, niños y adolescentes en situación de violencia.

## **VIVIENDA**

En los programas y acciones se incluye la construcción de nuevas viviendas, la urbanización de asentamientos precarios, la reforma, ampliación y mejora de nuevas viviendas y la financiación de materiales de construcción.

Subsidio de vivienda de interés social. Alquiler residencial. Crédito solidario. Habitat-Brasil. Carta de crédito individual y colectivo.

Programa Habitar Brasil. OGU/ 98. Prevé la construcción de 732 unidades. 2 centros de convivencia y la ejecución de obras de infraestructura urbana y Trabajo. Social. Ya fueron construidas 300 unidades y dos centros de convivencia.

Programa construyendo con Voce. PROGRAMA PSH. Prevé la construcción de 198 unidades y la organización y la movilización comunitaria para la educación ciudadana.

Pro- Vivienda 97

Jardin Goias. Construcción de 160 unidades

Ciudad Legal. Construcción de 432 unidades

Proyecto Don Fernando – Habitar Brasil BID. 236 unidades.

Programa Vivir Mejor. Construcción de 11 unida

Programa Vivir Legal

Prevé la regularización de diversos asentamientos en Goiania. Acciones planteadas para 4.500 familias

## **INCENTIVO AL TRABAJO I AL MICRO CRÉDITO**

Políticas de inclusión social vía trabajo, empleo y renta, formuladas e implementadas por el Ministerio de trabajo y Empleo.

Programa Primer empleo. Programa Joven Emprendedor. Programa Nacional de Cualificación. Programa de Soldado Ciudadano. Programa de incentivo y formalización del Pequeño emprendedor.

## **SECRETARIA DE CIUDADANÍA Y TRABAJO.**

Renta ciudadana. Programa de renta mínima que ofrece auxilio mensual a través de la carta de Ciudadanía, por un valor de R\$ 6.000 para 21.263 familias en Goiania, que pueden comprar alimentos, gas para cocinar, nutrición infantil

## **ORGANIZACIÓN DE VOLUNTARIOS DE GOIAS. UNIDADES EN GOIANIA.**

Centro de convivencia Sagrada Familia. Casa del interior de Goias. Vila Vida. Centro Social Dra. Gercina. Proyecto Meninas de Luz. Centro Goiano de Voluntarios. Oficinas de educación comunitaria con cursos de corte y confección, higiene y belleza, informática, productos alimenticios. Restaurante Ciudadano. Unidades de Producción de Sillas de Ruedas

### **Realidad en Goiania.**

#### **PROGRAMAS DESARROLLADOS**

Bolsa universitaria. Informática al alcance de todos. Movimiento ciudadano contra el frío. Assessoria para los gestores sociales de los municipios.

#### 2 Ámbito Municipal.

#### **Secretaria municipal de salud**

Casi 24 horas. PSF. Programa de Salud Familiar. Salud Bucal. Servicio de atención del Médico de Urgencia. Programa de leche para niños menores de 6 años. Provisión de concurso público para médicos, dentistas, técnicos, y otros profesionales de nivel superior.

#### **FOMENTAR GOIANIA**

Sistema de Protección y educación infantil

#### **SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA**

Programa de Casas de Cultura. Tiene como objetivo principal la descentralización de la cultura, llevando a 16 barrios periféricos de Goiania la danza, la música, las artes plásticas, las artes escénicas, poesía, libros, cine etc. Valorando el potencial creativo y artístico del Poder Local.

Programa Biblioteca en Movimiento. Implantado en tres terminales de transporte colectivo con mayor flujo de personas de Goiania, contiene sala de lectura, panel de noticias, centro de información y servicios, lista de empleos.

Programa de tienda cultural. En cooperación con educación, va por 239 escuelas del municipio durante el horario escolar, aprovechando la cultura local y haciendo coincidir el arte con la reflexión de la actualidad.

## **ASISTENCIA SOCIAL**

### **Fundación Municipal de Desarrollo Comunitario. FUMDEC.**

La Fundación Municipal de Desarrollo comunitario (Fumdec) es un órgano responsable del desarrollo y la ejecución de la Política de Asistencia Social en el municipio de Goiania. La institución actúa como garantía de los derechos de ciudadanía y de desarrollo social, con una perspectiva de prevención y superación de las desigualdades y de la exclusión social. Todos sus programas y servicios están focalizados en la familia.

El trabajo se desarrolla en dos organismos:

### **ASISTENCIA SOCIAL Y CIUDADANA.**

Este organismo atiende los siguientes segmentos. Personas portadoras de deficiencia. Atención a la mujer gestante. Atención a la tercera edad. Revisión del Beneficio de la Prestación continuada. Atención a las familias en situación de pobreza y emigrantes.

#### Medidas Socio Educativas

Libertad asistida 527 adolescentes cumpliendo la prestación de servicios a la comunidad. Atención a los moradores de la calle y emigrantes que están en transito en Goiania. Son atendidas aproximadamente 65 personas por mes. Consejos tutelares. Vela por los derechos efectivos de los niños y adolescentes.

**DIRECCIÓN DE EMPLEO Y RENTA** Desarrolla Acciones de combate del trabajo infantil, presta atención al trabajo juvenil, hace de intermediario de la mano de obra y ofrece cursos de formación profesional. Atiende proyectos de cooperativas productivas. Todas sus iniciativas procuran posibilitar la generación de renta y la mejora de las condiciones de vida de las familias de bajo poder adquisitivo.

**CENTRO MUNICIPAL DE ASISTENCIA SOCIAL.** Es la puerta de entrada para los servicios de asistencia social. Dentro de sus actividades se mencionan: Cursos de cualificación profesional y núcleos de producción. Actividades culturales y deportivas.

### **SOCIEDAD CIUDADANO 2000**

Es una organización no gubernamental totalmente financiada por la Prefectura de Goiania. Concentra su área de actuación en la defensa de los derechos de niños y adolescentes del municipio de Goiania en tres áreas de trabajo:

Prevención. Atiende cerca de 3.000 niños y adolescentes en 13 núcleos de educación comunitaria, con acompañamiento pedagógico, actividades lúdicas y culturales.

Protección integral. Atiende niños y adolescentes en situación de riesgo personal y social en diferentes unidades. Se atienden unos 700 casos mensuales.

Coordinación del adolescente trabajador. Inserta adolescentes de 12 a 18 años en el mercado de trabajo, según la Ley del Menor aprendiz, que sean de renta baja, donde reciben cualificación a través de módulos. Actualmente hay 750 adolescentes integrados al mercado de trabajo.

# ÍNDICE

## DATOS CUALITATIVOS

2.1 INTRODUCCIÓN.....	80
2.2. METODOLOGÍA.....	81
2.3. POLÍTICAS, PRÁCTICAS Y PERCEPCIONES DE LOS SOCIOS DE <i>Urbal10mayores</i> .....	82
2.3.1. ATE	
2.3.2. CEPAD	
2.3.3. CHORRILLOS	
2.3.4. CONSELL COMARCAL DE L'ALT EMPORDÀ	
2.3.5. EL RÍMAC	
2.3.6. GOIANIA	
2.3.7. MÁLAGA	
2.3.8. SANTA CRUZ DE TENERIFE	
2.3.9. TRIESTE	
2.4 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS .....	96
2.4.1. IDENTIFICACIÓN DEL SECTOR DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR	
2.4.2. LA "JUBILACIÓN"	
2.4.3. ESTEREOTIPOS APLICADOS A LAS PERSONAS	
2.4.4. DEPENDENCIAS	
2.4.5. LA SITUACIÓN ESPECÍFICA DE LAS MUJERES	
2.4.6. TABLA DE CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	
2.5 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS .....	109
2.5.1. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
2.5.2. RECURSOS DIGITALES	



## 2.1. INTRODUCCIÓN

El proyecto al que se refiere este informe tiene como título **La administración local como garante de atención de los adultos mayores y generadora de nuevos yacimientos de empleo. Intercambio de experiencias, revisión de políticas y elaboración de propuestas.** Se denomina también *Urbal10mayores*, término que hace referencia al programa *URB-AL* de cooperación entre la Unión Europea y América Latina, a la *Red 10* centrada en la pobreza urbana y a la población adulta mayor, objeto de estudio y población beneficiaria del proyecto.

Coordinado desde la administración local catalana del *Consell Comarcal de l'Alt Empordà*, en *Urbal10mayores* participan, como **socias**, las siguientes administraciones y entidades: el Centro para la Participación y el Desarrollo Humano Sostenible o CEPAD (Bolivia), la Prefeitura de Goiânia (Brasil) los Ayuntamientos de Málaga y de Santa Cruz de Tenerife (España), el Istituto Triestino per Interventi Sociali (Italia) y las Municipalidades de Ate, Chorrillos y el Rímac (Perú).

El **objetivo** de *Urbal10mayores* es desarrollar relaciones estables y duraderas entre los gobiernos locales y las entidades socias mediante el intercambio de experiencias, la valoración de políticas y la elaboración de propuestas en torno a los siguientes ámbitos: promoción económica y empleo, participación de las personas mayores en la sociedad local, atención a las personas mayores dependientes y formación y capacitación profesional en relación a esta población, haciendo especial énfasis en el fenómeno de la feminización de la pobreza. El proyecto prevé la edición y difusión de sus resultados en forma de conclusiones y recomendaciones que puedan ser incorporadas en las políticas y las prácticas al alcance de los socios del proyecto.

Con estos objetivos, durante los últimos meses del año 2004 se llevaron a cabo diversas actividades en el marco del proyecto. Una de estas actividades consistió en la recogida y en el **análisis de información cualitativa** procedente de cada administración o entidad socia del proyecto. Esta información incluye valoraciones, percepciones e informaciones diversas sobre las políticas y las prácticas existentes en cada ciudad o territorio en torno al objeto de estudio.

En el presente documento, el capítulo 2.2 describe la metodología utilizada para obtener esta información, el capítulo 2.3 expone los datos recabados y el capítulo 2.4 concreta algunas conclusiones y propuestas de futuro.

La **idea general** que se desprende de este informe es que el envejecimiento de las poblaciones es positivo en cualquier sociedad, si bien plantea el reto de reforzar y replantear las políticas sociales destinadas a la promoción y cuidado de las personas adultas mayores. Esto es especialmente importante puesto que, en todo el mundo, se reduce el potencial de apoyo informal que tradicionalmente brinda la familia y se espera que países de población aún

joven (como Bolivia, Brasil y Perú) vean incrementado espectacularmente, en los próximos años, su volumen de personas mayores.

En cualquier caso, esperemos que nuestras reflexiones contribuyan a que, desde las entidades y los gobiernos socios de Urbal10mayores, el heterogéneo y creciente sector de población adulta mayor sea no sólo **objeto** de una mejor asistencia sino, cada vez más, **sujeto** protagonista en nuestras ciudades.

## 2.2. METODOLOGÍA

Uno de los objetivos iniciales de este proyecto era utilizar un cierto **pluralismo metodológico**, diversificando los métodos de aproximación a la realidad para captarla con más precisión. Otro objetivo era que la metodología fuera **participativa**, es decir, que partiera del intercambio de experiencias entre las instituciones participantes y lo reforzara a lo largo de todas las fases del proceso (recogida de datos, interpretación de esos datos y elaboración de propuestas de mejora).

Con estos objetivos, la recogida y elaboración de información se planteó desde dos vertientes. En primer lugar, se llevó a cabo un **análisis cuantitativo** sobre determinados aspectos de los países participantes en el proyecto, lo que dio lugar al documento denominado *Instrumento de identificación y análisis*.

En segundo lugar, se realizó un **análisis evaluativo** de las percepciones, valoraciones e informaciones complementarias proporcionadas directamente por las personas representantes de cada entidad o gobierno socio de *Urbal10mayores*<sup>3</sup>. El presente documento se centra precisamente en estos datos, que se obtuvieron de dos fuentes principales:

- ♦ Las respuestas al cuestionario *De qué hablamos y cómo lo vivimos*. Las preguntas iniciales del cuestionario giraban en torno al aprovechamiento de las potencialidades de las personas mayores, volumen de población dependiente, consideración social de las personas mayores, problemas específicos de las mujeres de edad, actividades económicas generadas a partir de las necesidades de la población adulta mayor y programas de ayuda, formación y capacitación existentes en cada ciudad o territorio. Cabe decir que las preguntas se planteaban de manera semi-dirigida pero abierta, es decir, permitían responder con cierta espontaneidad e introducir cuestiones inicialmente no previstas en la batería de preguntas.
- ♦ Las intervenciones en el debate o foro virtual celebrado a través de la página web [www.urbal10mayores.org](http://www.urbal10mayores.org) entre los días 13 y 17 de diciembre, ambos inclusive. Este debate por Internet se inició con dos preguntas sobre *A quienes nos referimos en cada ciudad cuando*

---

<sup>3</sup> A lo largo de este documento, llamaremos a estas personas *informantes* o *informantes clave*.

*hablamos de “personas adultas mayores” y Qué estereotipo sobre las personas adultas mayores nos gustaría más eliminar.* La participación en este foro fue considerable e introdujo diversas cuestiones, tanto propuestas desde la coordinación del programa como planteadas libremente por los socios.

### **2.3. POLÍTICAS, PRÁCTICAS Y PERCEPCIONES DE LOS SOCIOS DE *Urbal10mayores***

A continuación se expone y evalúa la información que los diferentes socios del proyecto han transmitido mediante el cuestionario de preguntas *De qué hablamos y cómo lo vivimos* y a través del debate virtual celebrado desde el sitio web del proyecto<sup>4</sup>.

Los términos o frases que aparecen en cursiva corresponden a citas extraídas literalmente de las intervenciones de los *informantes clave*, tanto procedentes de las respuestas al cuestionario como de la participación en el debate virtual.

Las ciudades y las entidades participantes se citan por orden alfabético.

#### **2.3.1 ATE (PERÚ)**

El gobierno local de esta localidad ha creado, dentro de su estructura organizativa, un esquema de participación que pretende dar protagonismo a las personas adultas mayores y también a las personas discapacitadas de cualquier edad. Con este planteamiento ha puesto en marcha el **Programa del Adulto Mayor y Discapacitado**, que pretende promover la formación y la participación de personas de edad pertenecientes a las organizaciones de la sociedad civil. La *Municipalidad* o ayuntamiento de Ate da a estas personas una determinada formación y éstas colaboran en proyectos vinculados al desarrollo económico y social de la zona. Desde el año 2000 también está vigente el *Programa de Atención Integral del Adulto Mayor*.

En Perú, al igual que en otros países de esa zona, desde la década de los 80 se viene presentado un proceso de envejecimiento de la población como consecuencia de la disminución de las tasas de fecundidad y por la disminución de la mortalidad de las personas de edad. Los socios *Urbal10mayores* en esta localidad indican que, si la población mayor de 60 años gira actualmente en torno al 7,2% del total, las proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 tendrá una proporción del 11% y el año 2025 del 12,6%. Este crecimiento está generando nuevas demandas sociales, mientras las autoridades se enfrentan a la necesidad de mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor que, según nuestros informantes, sufre **un grave déficit en sus condiciones de vida** (de hecho, un término que los socios peruanos utilizan con frecuencia para describir la situación de este sector de población es el de *abandono*).

---

<sup>4</sup> En algunos casos se ha ampliado esta información con otros documentos disponibles desde [www.urbal10mayores.org](http://www.urbal10mayores.org), como los boletines y los resúmenes mensuales de las actividades realizadas.

Desde Ate se ha estimado que en la ciudad existe un 2% de personas dependientes sobre el total de la población adulta mayor.

Los informantes clave de Ate han opinado que el gobierno central peruano no promueve políticas *para que cada familia esté protegida por un trabajo digno*<sup>5</sup>. Esta precariedad laboral hace que, con frecuencia, las personas adultas deban dedicar mucho tiempo a trabajar y esto no les deje tiempo para cuidar adecuadamente a los niños y niñas, a las personas discapacitadas y a las personas mayores.

Además, la **tuberculosis** y la **osteoporosis** son enfermedades frecuentes en esta localidad, causadas o complicadas por una **inadecuada o insuficiente alimentación básica**. Estas enfermedades, no siempre tratadas a causa de la falta de medicamentos y de servicios de atención, llegan a generar la muerte de personas mayores que, de otro modo, sobrevivirían.

Los **problemas específicos de las mujeres mayores** de Ate son tanto físicos (osteoporosis, glaucoma, reumatismo y otros trastornos derivados de la menopausia) como sociales y económicos, que nuestros informantes definen como *explotación laboral y familiar, falta de cuidado y afecto, agresiones psicológicas*, etc. Al parecer, existe un sector de mujeres adultas mayores con una gran falta de cuidados básicos a causa de la difícil situación económica de sus familias. Así pues, muchas deben optar por **pedir limosnas, vender golosinas o hacer alguna otra actividad remunerada**, dentro de la economía informal, para poder alimentarse.

No obstante lo anterior, los informantes de Ate han manifestado que, en Perú, las personas mayores de sectores sociales más favorecidos económicamente también suelen sufrir una **falta de afectividad** dentro de la familia, circunstancia que achacan a los valores y al estilo de vida de la sociedad actual.

Desde esta ciudad se ha transmitido también la percepción de **que las acciones de apoyo a las personas mayores no siempre cuentan con el respaldo de las autoridades competentes ni disponen de recursos económicos suficientes** para ser llevadas a cabo. Según esta misma opinión, la crisis económica que sufre el país conduce a muchas personas a la pobreza y al hambre, y algunas enfermedades diezman la población de regiones enteras del país. Nuestros socios observan que, mientras esto sucede, se difunden *valores de egoísmo* y desaparece la solidaridad característica de las sociedades tradicionales.

**Respecto a las actividades económicas generadas a partir de las necesidades de las personas mayores, Ate ha hecho referencia a las tareas remuneradas que con frecuencia ellas mismas realizan para conseguir algunos ingresos, y que consisten básicamente en la**

---

<sup>5</sup> Suponemos que se refieren a un empleo para la persona principal o cabeza de familia, ya sea hombre o mujer.

elaboración de jabones, lejías, condimentos, joyas, bordados, etc. **Por otro lado, las personas mayores que gozan de una mejor situación económica pueden permitirse salir de viaje o ir al gimnasio; así pues, podemos añadir estos servicios turísticos y de mantenimiento físico a las actividades económicas generadas o reforzadas por la participación de personas mayores.**

**En relación a los programas de ayuda y formación para la atención a personas mayores dependientes, se indica que** en Ate los cuidadores de las personas adultas mayores suelen ser los niños y niñas de la misma familia, mientras que sólo un 0,2% de los hogares pueden permitirse contratar ayuda externa.

**En algunas ocasiones, a través del gobierno local o *municipalidad* se imparten sesiones de diversas materias (gimnasia aeróbica, artes plásticas, etc.) a las personas adultas mayores<sup>6</sup>. Para las familias de personas mayores con demencia no existen actividades específicas de formación o capacitación; en estos casos la intervención suele consistir en brindar atención médica a la persona enferma a través del *seguro de salud* y derivarla a un hospital que atienda casos psiquiátricos. En cambio, el municipio sí proporciona formación a los profesionales dedicados a la atención socio-sanitaria a personas adultas mayores. Además, el *Ministerio de la Mujer* suele invitar esporádicamente a los profesionales municipales de los programas de atención a los adultos mayores a unirse a sus propios programas de formación.**

### 2.3.2 CEPAD (Bolivia)

El Centro para la Participación y el Desarrollo Humano Sostenible (CEPAD) es una administración pública encargada de dar apoyo a los actores públicos y privados, entre ellos los cuales se cuentan los municipios del Departamento de Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia.

Desde su sitio web<sup>7</sup> el CEPAD cita, como grandes áreas de trabajo, *la participación ciudadana, la descentralización, el desarrollo local y el municipalismo*. Entre las actividades que realiza destaca la realización de proyectos de investigación, seminarios, talleres, cursos, mesas redondas, debates, conferencias, campañas en medios de comunicación, publicaciones y diferentes programas de desarrollo local.

En relación con su tarea de asesorar y apoyar a los gobiernos municipales, CEPAD indica, desde la fuente citada, que las áreas de Desarrollo Económico Local de cada municipio tienen el objetivo de **reinsertar a los adultos**

---

<sup>6</sup> No se ha indicado si estas actividades son gratuitas, el grado de participación en ellas u otros detalles.

<sup>7</sup> <http://cepad.org/>

**mayores en el mercado laboral y mejorar su calidad de vida**, así como la de otros grupos sociales. El planteamiento general para conseguirlo es reforzar la **alianza entre los gobiernos locales y los sectores económicos** del territorio.

### 2.3.3 CHORRILLOS (PERÚ)

En la municipalidad de Chorrillos **se considera población adulta mayor a las mujeres y los hombres de 60 años o más** (a diferencia de los estados europeos, en que este umbral de edad se suele situar en los 65 años).

Nuestros informantes de Chorrillos manifiestan que el gobierno local trabaja para **mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de sus políticas de salud**. La principal acción llevada a cabo es el Hogar Municipal del Anciano, centro de alojamiento y atención sociosanitaria para adultos/-as mayores que tengan escasos recursos económicos o que estén en situación de dependencia o de fragilidad.

Desde Chorrillos se ha citado también la experiencia del Programa del Adulto Mayor promovido por ESSALUD<sup>8</sup>, autoridad competente en cuestiones de salud. Este programa ha permitido a personas adultas mayores participar no sólo como asistentes, sino también como **conductores de algunas actividades llevadas a cabo**. La Municipalidad también ha puesto en marcha grupos de voluntarios/-as mayores, todos ellos pensionistas del Estado y **antiguos profesionales de distintas disciplinas, que asesoran gratuitamente a los emprendedores de Chorrillos** que deseen poner en marcha pequeños proyectos o micro-empresas.

Otra experiencia considerada interesante desde esta ciudad son los llamados *talleres*. En el *Taller de Bio-Huertos*, integrantes del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Chorrillos trabajan en el **cultivo de hortalizas**, y su producción se destina al consumo propio o bien se vende en *centros de comercialización* de la zona. En el *Taller de Industria Química*, bajo el asesoramiento de un químico industrial y de dos mayores con experiencia en este sector, los participantes aprenden a **fabricar productos químicos industriales**: productos de limpieza, desinfectantes, cera en pasta y cera cremosa para el suelo y para muebles, cera al agua blanca para losetas y vinílicos, perfumadores ambientales, jabón líquido, crema lavavajillas, limpiadores para vidrio, champú, cremas de belleza, etc. El objetivo final que la Municipalidad se plantea con todo ello es que la población de edad pueda, si lo desea, crear su propia micro-empresa en este sector. También se cita, como experiencia de atención a las personas mayores y de generación de empleo, la promoción de **micro-empresas de repostería, dulces y panadería** encabezadas por dichas personas.

---

<sup>8</sup> Seguridad Social de Perú



Según estimaciones municipales, en Chorrillos existe **entre un 0,2% y un 0,5% de personas dependientes entre la población mayor** (al parecer, la cifra oscila según la fuente consultada). Según nuestros informantes clave, las personas mayores dependientes reciben una consideración social *francamente mejorable*, tanto en esta ciudad como en la capital del Perú. Esto estaría relacionado con el hecho de que las políticas sociales se destinan sobre todo a niñez, a las madres gestantes, a las personas jóvenes y a la denominada *población económicamente activa* o PEA. La difícil situación económica que atraviesa el país explicaría, en gran manera, estas prioridades políticas. De hecho, las respuestas recibidas sugieren que las medidas que actualmente se llevan a cabo en Perú en relación con la población dependiente se limitan a la **motivación y sensibilización del personal sanitario que debe atender a personas dependientes** y a la **concienciación de la familia** para que también se haga responsable adecuadamente de su cuidado.

En relación a problemas específicos de las mujeres de edad, desde Chorrillos se observa que **el machismo impide a las mujeres mayores desenvolverse de acuerdo a sus capacidades y a su experiencia**, tanto en el entorno familiar como en el laboral y el social. También se cita, como ya habíamos visto en Ate, el **abandono familiar**, que no se define con precisión pero que se considera una de las razones de la no asistencia al Programa del Adulto Mayor y del no aprovechamiento de las posibilidades que éste ofrece. Chorrillos también detecta **la osteoporosis como condición degenerativa frecuente en muchas mujeres mayores** y que les imposibilita *seguir con una actividad laboral*. Nuestros informantes indican que, en el Perú, **la esperanza de vida de los hombres es de 66 años y la de las mujeres de 71 años**. Pero **la mujer mayor suele ser más pobre que el hombre mayor**, sobre todo a causa del tipo de actividad que ambos desarrollaron a lo largo de la vida: la mujer generalmente se queda en casa donde realiza un trabajo no remunerado, mientras que el trabajo del hombre le permite obtener ingresos y, finalmente, contar con una pensión *para sobrevivir*.

Respecto a las actividades económicas generadas por las necesidades de las personas mayores con autonomía, desde Chorrillos se han citado de nuevo los talleres y las micro-empresas ya mencionados por los socios de Ate (en el caso de las personas *dependientes*, se centrarían en actividades manuales como los **tejidos, bordados, repujado de aluminio, dibujo de pintura y murales**, etc.)<sup>9</sup>.

Asimismo, se menciona cómo **algunas instituciones religiosas y organizaciones no gubernamentales brindan atención sanitaria a domicilio y servicios médico-odontológicos y psicológicos** a las personas

---

<sup>9</sup> Por el modo de responder a esta cuestión, surge la duda de si los informantes de Chorrillos han interpretado el concepto de “dependencia” como una situación económica frágil de la persona mayor (en realidad, la pregunta se refería a la incapacidad funcional para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria).



mayores. Por otro lado, **determinados organismos oficiales brindan servicios similares a sus respectivos registrados<sup>10</sup>.**

También se habla, desde Chorrillos, del **Voluntariado del Adulto Mayor como una forma de *participación vecinal*** muy beneficiosa para este sector de población.

En relación a los programas de capacitación, el Ministerio de Salud del Perú lleva a cabo **acciones formativas orientadas a profesionales del ámbito socio-sanitario** (*enfermeras, promotoras de salud, etc.*) **que tienen a su cargo personas dependientes.** También existen programas de autoridades públicas, como ESSALUD y MINSA, para la *recuperación funcional, psicológica y social de los mayores frágiles, postrados o discapacitados.* Las autoridades suelen derivar estos enfermos a un **centro especializado** cercano a la capital del país, donde se les brinda un servicio integral y se capacita a sus familiares *resaltando el rol que tiene la familia en su cuidado.* Desde el Programa del Adulto Mayor también se forma a profesionales médicos y paramédicos, fortaleciendo sus capacidades y habilidades para tratar a esta población y promoviendo un *cambio de actitudes para un mejor desempeño en el cumplimiento de sus roles y funciones.*

#### 2.3.4 CONSELL COMARCAL DE L'ALT EMPORDÀ (CATALUÑA, ESPAÑA)

Esta administración catalana de carácter supramunicipal, coordinadora del proyecto *Urbal10mayores*, cuenta con una dilatada experiencia en la atención a personas de edad avanzada. Podemos citar, dentro de esta experiencia, su ***Estudio sobre la Vejez*** realizado para detectar las necesidades de este colectivo especialmente en las zonas rurales, el *Cheque Servicio* o sistema de **descuentos para financiar parte del coste de algunos servicios domiciliarios** o el **programa *Convivir con el Alzheimer***, que pretende apoyar a las personas que sufren esta enfermedad y también a quienes les cuidan. La comarca de l'Alt Empordà cuenta también con un **órgano de participación pública y de consulta** para la toma de decisiones formado por personas mayores. En este órgano se agrupan asociaciones, clubes de jubilados, etc.

A continuación se proporcionan algunos datos que resumen el perfil de la población adulta mayor en Cataluña a partir de estudios realizados por el gobierno catalán<sup>11</sup>:

---

<sup>10</sup> Desconocemos si estos servicios son gratuitos y de carácter universal o si existe alguna condición para poder acceder a los mismos

<sup>11</sup> IV Pla d'Actuació Social 2003-2006 de la Generalitat de Catalunya. Disponible en línea en la dirección [www.gencat.net/benestar/pas](http://www.gencat.net/benestar/pas) (consulta 14-01-05)

- ♦ Aproximadamente **una de cada 5 ó 6 personas en Cataluña son mayores de 65 años**. En la próxima década se espera una cierta reducción de la población de entre 65 y 74 años, pero los otros tramos de edad (de 75 a 84 y especialmente a partir de 84 años) aumentarán de manera muy significativa.
- ♦ El número de mujeres mayores es sensiblemente superior al de hombres, sobre todo a medida que aumenta la edad. **La actual esperanza de vida es alta**: 82,6 años para las mujeres y 75,6 años para los hombres.
- ♦ **La mayor parte de las personas mayores (entre el 60 y el 66% del total) son autónomas** respecto a las actividades básicas de la vida diaria.
- ♦ **La dependencia leve afecta al 20% de la población mayor y la dependencia moderada o severa al 13%**. En cambio, afecta al 40-50% de personas a partir de los 75-80 años.
- ♦ Aumentan los **hogares unipersonales formados por alguien mayor de 65 años**, especialmente en las ciudades.
- ♦ El **sentimiento subjetivo de soledad** suele ser importante entre las personas de edad. Un estudio realizado el año 2002 por el instituto *Opina* detectaba que la soledad era la segunda causa de preocupación de los adultos y adultas mayores, por debajo de las pensiones y por encima de los problemas de salud.
- ♦ En general, se observa un **limitado poder adquisitivo** en comparación con la población de otras franjas de edad.

### 2.3.5 EL RÍMAC (PERÚ)

Desde la Municipalidad del Rímac no se respondió al cuestionario *De qué hablamos y cómo lo vivimos*, por lo que no disponemos de informaciones ni opiniones específicas sobre la situación de las personas mayores en este municipio o sobre los servicios a su disposición. Así pues, debemos generalizar a esta localidad la información proporcionada por las otras dos ciudades peruanas participantes en el proyecto (Ate y Chorrillos).

Durante el debate virtual los informantes del Rímac manifestaron compartir la percepción de que los rangos cronológicos para identificar a las personas adultas mayores son muy relativos. También indicaron que es muy importante que los gobiernos locales del Perú establezcan programas de acción social a favor de los distintos sectores de la ciudad conjuntamente con los adultos mayores. Mediante este planteamiento, esperan **que la persona adulta mayor se convierta en un maestro o maestra municipalista** y que pueda transferir a otras personas sus experiencias y conocimientos acumulados a lo largo de la vida.

### 2.3.6 GOIÂNIA (BRASIL)

Como respuesta al cuestionario *De qué hablamos y cómo lo vivimos*, Urbal10mayores recibió una publicación editada por el Centro municipal de asistencia social (*Cemas*) de Goiânia, capital del estado brasileño de Goiás. En este documento no aparecen referencias a la cuestión específica de las personas mayores, pero sí se indica que *Cemas* pretende dar **atención socio-asistencial a las personas sin distinción de edad** (ni de raza o etnia, religión, orientación sexual o género). El planteamiento general de este centro se basa, según esta misma fuente, en la descentralización de los servicios sociales, la ayuda a las familias y el fomento de la participación popular.

Mediante la consulta de la página web del gobierno local o *Prefeitura* de Goiânia<sup>12</sup>, supimos también que en el municipio se lleva a cabo el **programa FelizCidade** de atención y protección social. Se trata de un conjunto de acciones integradas y orientadas, especialmente, a los sectores de población que se encuentran en situación de extrema pobreza o exclusión social.

Dentro de *Felizcidade* se desarrolla el subprograma *Viver Feliz*, que pretende combatir esta situación contribuyendo a la *emancipación ciudadana y económica de cada núcleo familiar* atendido por el programa. Esto se persigue a través de **acciones centradas en las personas adultas**. Algunas de las medidas puestas en marcha giran en torno a la alfabetización, la formación en cuestiones sanitarias y medioambientales, la formación para el trabajo, los micro créditos, la promoción de la mujer, etc.

### 2.3.7 MÁLAGA (ANDALUCÍA, ESPAÑA)

Los informantes Urbal10mayores en Málaga estiman que la ciudad cuenta, entre su población, con un **13,67% de personas de 65 o más años**, es decir, consideradas adultas mayores. Relacionado con lo anterior, el Área de Bienestar Social del Ayuntamiento pone de relieve el fenómeno del incremento de personas mayores que, **procedentes de otros lugares de España y de Europa**, están trasladando su residencia permanente a esta ciudad de clima suave.

La atención municipal a las necesidades de la población adulta mayor se presta desde diferentes programas que abarcan un amplio espectro de actividades: fomento de la **participación** ciudadana y cultural de las personas mayores, **prevención socio-sanitaria** y **actividades recreativas** como teatro, manualidades, bailes de salón, canto coral, viajes, encuentros intergeneracionales, etc. En la ciudad también existen centros residenciales, centros de día y viviendas tuteladas, así como servicios a domicilio para personas dependientes.

---

<sup>12</sup> <http://www.goiania.go.gov.br/html/temporarios/felizcidade/felizcidade.htm>

Desde esta ciudad se ha destacado la **promoción municipal del voluntariado de las personas mayores**, que les permite convertirse en formadores de diversas materias: pintura, baile, alfabetización, costura, manualidades, etc<sup>13</sup>. Estos voluntarios y voluntarias mayores también actúan como guías culturales de la ciudad y como redactores de la revista *Solera* dirigida a las personas de edad.

Los/-as informantes calculan también que **el 15% de las personas mayores de 65 años de Málaga son dependientes**, es decir, necesitan ayuda para desempeñar alguna de las actividades diarias básicas<sup>14</sup>. Llama la atención esta cifra, considerablemente menor a la que citábamos para Cataluña (33%) si bien ésta englobaba dependencias leves y moderadas<sup>15</sup>.

Respecto a las dificultades que afectarían de forma específica a las mujeres de edad, se considera que la incorporación femenina al mercado de trabajo ha afectado directamente a **las abuelas, que deben ejercer de cuidadoras de sus nietos y nietas**. Según los/-as informantes de Málaga, algunas mujeres no viven esta circunstancia de forma negativa, aunque suponga una sobrecarga en sus tareas domésticas. Sin embargo, otras sí se sienten perjudicadas puesto que esta dedicación intensa a los nietos les resta un valioso tiempo que podrían dedicar a actividades lúdicas, formativas, etc.

En relación a las actividades económicas generadas o reforzadas a partir de las necesidades de las personas mayores, desde Málaga se observa un **aumento considerable del consumo de servicios de tipo recreativo y de las empresas privadas que los ofrecen**: gimnasios, academias de baile, talleres de pintura y manualidades, viajes y excursiones, etc. El auge de estas actividades tendría que ver, específicamente, con las personas mayores autónomas. En el caso de las dependientes, se constata que **la iniciativa privada ha incrementado las plazas de residencias y de centros de estancia diurna**. Desde el Ayuntamiento se estima que en unos dos años las plazas actuales se habrán incrementado un 30%. Al parecer, la administración con competencias en materia de residencias *no aumenta las plazas residenciales*, sino que las acuerda con la empresa privada<sup>16</sup>.

Respecto a las acciones de formación y capacitación para atender a la población adulta mayor, la administración local organiza *cursos destinados a los funcionarios* y también a las personas mayores en materias como **informática, entrenamiento de la memoria, educación para la salud, prevención de incendios en el hogar o primeros auxilios**.

---

<sup>13</sup> Nos queda la duda de si las personas beneficiarias de este voluntariado son también personas mayores o pueden pertenecer a franjas de edad diversas

<sup>14</sup> No se especifica la fuente de este dato

<sup>15</sup> IV Pla d'Actuació Social 2003-2006 de la Generalitat de Catalunya. Disponible en línea en la dirección [www.gencat.net/benestar/pas](http://www.gencat.net/benestar/pas) (consulta 14-01-05)

<sup>16</sup> Los/-as informantes no valoran aquí si la cifra de plazas residenciales disponibles es suficiente y permite cubrir a toda la población que las solicita.

Se indica así mismo que otras administraciones presentes en Málaga organizan también cursos para profesionales especializados/-as en la atención a las personas adultas mayores.

### 2.3.8 SANTA CRUZ DE TENERIFE (ISLAS CANARIAS, ESPAÑA)

Los socios de *Urbal10mayores* de Santa Cruz de Tenerife han proporcionado una gran cantidad de información y de opiniones sobre la atención que dispensa la ciudad a sus mayores, tanto desde el sector público como desde la iniciativa privada y la sociedad civil.

Los Servicios Sociales de esta ciudad, a través del *Negociado de Mayores*, desarrollan diversos proyectos socioeducativos dirigidos a las personas mayores autónomas, a las personas mayores dependientes y a sus familiares y cuidadores/-as. Uno de los proyectos en curso que nuestros informantes consideran más importantes es el de **intervención individualizada en domicilios con mayores dependientes**.

Otra experiencia municipal destacada ha sido la realización de **ocho actividades llamadas talleres**, los cuales cubren aspectos muy variados para contribuir al bienestar físico, psíquico y social de la persona adulta mayor. Se trata de acciones formativas o participativas, algunas impartidas u organizadas por voluntariado, que van desde enseñar a caminar y a respirar mejor hasta estimular la memoria, pasando por clases de lectura y escritura, visitas culturales, debates sobre temas de interés o de actualidad, etc. Todas estas acciones pretenden **prevenir la soledad y el aislamiento de la persona adulta mayor y promover su participación en diferentes ámbitos**.

También se han citado diversas **actividades intergeneracionales**, en las que personas mayores narran cuentos o realizan obras de teatro para niños/-as, les cuentan sus recuerdos de la ciudad o les explican juegos antiguos, mientras ellas, a su vez, les hablan de los actuales. Además, quienes imparten el Taller de aprendizaje de informática e Internet para personas mayores son también adolescentes y jóvenes.

Asimismo, el Ayuntamiento organiza talleres grupales para cuidadores/-as y familiares, con el objetivo de **atenuar o prevenir las principales dificultades emocionales por las cuales pasan las personas que tienen una persona mayor dependiente a su cargo** (*culpabilidad, tristeza, miedo, nerviosismo, etc.*). En estos talleres se transmiten técnicas de identificación y de superación de problemas y se realizan sesiones de relajación, autoestima o educación sanitaria, así como grupos de autoayuda.

Otras políticas desarrolladas en Santa Cruz para las personas mayores parten del Cabildo Insular de Tenerife (administración pública competente en toda la isla). Concretamente, desde 1989 el programa insular *Ansina* ha desarrollado, entre otras, estas actividades: **publicación de *El periódico de los mayores***

**de Tenerife, programas en la radio y en la televisión locales referidos a las personas de edad y a sus vivencias, celebración de concursos y de premios en diversas modalidades (redacción, opinión, poesía, valores humanos, etc.), fomento del asociacionismo, acciones formativas en diversas materias (salud, habilidades sociales, actividades artísticas, lectura y escritura, etc.), proyectos de *recopilación de tradiciones*, etc.**

Los socios de Santa Cruz también han querido resaltar que **el fomento del asociacionismo en la edad mayor que realiza el municipio se plantea partiendo de los intereses, las aspiraciones y las necesidades del colectivo de mayores.**

Se estima que, en la ciudad, **la edad media de aparición de la dependencia son los 80 años**, umbral que coincide con el identificado en Cataluña para la dependencia moderada o grave. En cualquier caso, nuestros informantes indican que no es fácil saber el número de personas en esta condición, puesto que **las estadísticas locales aún mezclan las personas mayores dependientes con las personas discapacitadas**. Se ha estimado, por medio de encuestas<sup>17</sup>, que en todo el territorio español **un 25% de personas mayores reside en viviendas particulares y necesita ayuda** para realizar alguna de las actividades de la vida cotidiana.

Desde Santa Cruz se percibe una insuficiente consideración social hacia la persona adulta mayor, y esto se achaca a una **influencia mínima en los procesos de toma de decisiones colectivas** a causa de su poca vida pública y a su reducida red de relaciones sociales, dado el actual confinamiento en el hogar o en residencias. Nuestros informantes canarios indican que los y las mayores son vistos como **personas que hay que proteger**. Se percibe de manera negativa y problemática la **sobrecarga de trabajo que supone este sector de población para las mujeres de cada familia**, que son quienes les acaban cuidando. En relación con lo anterior, citan un congreso regional de personas mayores en el que se declararon contra la institucionalización de los cuidados a las personas mayores (la voluntad de permanecer en el hogar, a pesar de la dependencia, también se ha citado en el caso de Cataluña). Pero **la institucionalización es cada vez más frecuente** en Santa Cruz, sobre todo cuando surgen enfermedades degenerativas tipo Alzheimer.

Nuestros/-as informantes consideran también que, por diversas razones, **la ciudad aún no ha sabido o podido integrar las capacidades de las personas mayores dependientes** por diversas razones. Tampoco se les considera aún *un activo socioeconómico y cultural* para el municipio, más allá de prestarles la atención que requieren cuando sufren un deterioro físico o psíquico.

---

<sup>17</sup> No se cita la fuente exacta de este dato



A tenor de lo indicado, en Canarias tanto los hombres como las mujeres tiene **niveles de instrucción muy bajos** comparados con otros territorios españoles, tendencia que se ha reducido espectacularmente en las generaciones más jóvenes (de esta información podríamos deducir que, en estas islas, pocas de las actuales personas mayores tuvieron la posibilidad de dedicarse a trabajos cualificados o estables que les aseguraran un mayor nivel de ingresos durante la vejez).

Desde Canarias se constata el *envejecimiento, la urbanización y la feminización de la pobreza*. Los niveles de renta bajos se concentran en hogares encabezados por personas mayores de 65 años (normalmente pensionistas, jubilados/-as o amas de casa). La pobreza también se acumula en los municipios metropolitanos no turísticos<sup>18</sup> y en los hogares encabezados por mujeres sin cónyuge. **En la mayoría de los hogares pobres encabezados por mujeres, la edad de esa persona supera los 60 años**<sup>19</sup>, tendencia distinta a la de los hogares pobres comandados por hombres. Es decir, según los datos aportados, la pobreza masculina en Canarias no está tan envejecida como la femenina. De hecho, desde el Ayuntamiento de Santa Cruz se indica que el perfil de la persona usuaria del Servicio de Ayuda a Domicilio es el de una mujer entre 75 y 80 años que vive sola, es viuda e ingresa entre 200 y 400 euros al mes (añadiremos que esta correlación entre envejecimiento, feminización y pobreza parece estar presente en todo el territorio español<sup>20</sup>).

Desde Santa Cruz se relata también la situación de muchas **mujeres mayores que trabajaron en el sector agrícola** (por ejemplo, como jornaleras en los campos de tomate de la isla) **sin cotizar a la Seguridad Social**, mientras los hombres emigraban. Esta circunstancia, que se produjo hasta principios de los años ochenta, originó un alto nivel de pobreza en todas las franjas de edad. La aparición y mejora del sistema estatal de protección social, concretamente de las prestaciones no contributivas<sup>21</sup>, mejoraron la calidad de vida de las mujeres mayores en general.

La situación de la mujer mayor en Santa Cruz también viene determinada por dos acontecimientos muy importantes y frecuentes en la vida de la mujer a edades avanzadas: **la viudedad y el cuidado de un familiar dependiente (esposo, padres, suegros/-as, adultos/-as discapacitados/-as o nietos/-as)**. Estos dos fenómenos son ambivalentes para las mujeres, es decir, pueden ser

---

<sup>18</sup> El turismo es un sector económico importante en las Islas Canarias

<sup>19</sup> Fuente citada: Encuesta de Condiciones Sociales de Canarias (ISTAC, 2001)

<sup>20</sup> En España, los ingresos económicos de las personas mayores dependen fundamentalmente de las pensiones de jubilación o viudedad, sobretodo de las proporcionadas por el sistema público de Seguridad Social. *El Panel de Hogares de la Unión Europea* del año 1998 informaba del bajo nivel de ingresos de estas personas en España y destacaba que las mujeres mayores españolas tenían rentas mucho más bajas que las de los hombres (el 43,9% de ellas no llegaba a ingresar el equivalente a 398 euros mensuales).

<sup>21</sup> Ayudas económicas que no dependen del tiempo durante el cual se haya contribuido a financiar el sistema de seguridad social



vividos de manera negativa o positiva (la misma idea se ha transmitido desde Málaga). Por ejemplo, la viudedad puede aumentar la independencia de las mujeres mayores, pero también contribuir a su mayor aislamiento social.

Desde Canarias también se nos recuerda la poca costumbre de las mujeres mayores de decidir y de atender sus necesidades, circunstancia que no afectaría tanto a los hombres. Además, **ellas sufren antes la discriminación por edad: se considera que son débiles, dependientes, vulnerables y faltas de feminidad y sexualidad.** Los/-as informantes de Santa Cruz de Tenerife han detectado una **baja autoestima** entre muchas de las mujeres mayores que perciben o utilizan algún tipo de servicio público, lo cual asocian a experiencias de malos tratos por parte de sus maridos, dependencia económica de ellos, bajo nivel de estudios, haber ejercido profesiones mal remuneradas o poco valoradas o bien la viudedad reciente. Pero estas circunstancias negativas no se consideran inevitables, puesto que **la incorporación de la mujer mayor a la vida pública tiene el potencial de invertir este abandono histórico** y contribuir a la revalorización personal y social de este colectivo.

Según las informaciones recibidas de Santa Cruz de Tenerife, en la ciudad **se han generado una gran cantidad de actividades económicas a partir de las necesidades de las personas mayores.** Estas actividades son tanto iniciativas de las administraciones públicas como de la empresa privada y las entidades de carácter religioso. A grandes rasgos, dichas actividades giran en torno a:

- ♦ El ocio y el turismo: salones de baile, bingos, bares y restaurantes y organización de excursiones y viajes son servicios muy utilizados por personas mayores.
- ♦ **Las actividades de cuidado a las personas: empresas de catering, residencias, centros de estancia diurna, ayuda a domicilio, tele-asistencia, etc. (si bien hay aún, al parecer, un número insuficiente de estos servicios y algunos operan sin certificación oficial).**
- ♦ La sanidad: proliferan establecimientos como las ortopedias, las farmacias, etc.
- ♦ **La formación de profesionales especializados/-as, concretamente en áreas como atención socio-sanitaria, servicios a la comunidad, ayuda a domicilio, ayuda familiar, mediación laboral, animación socio-ambiental, desarrollo comunitario, animación hospitalaria y asistencial y monitores de 3ª edad.**

En relación a las **acciones de atención a las familias, y concretamente de enfermos/-as con demencias**, muchas de ellas personas de edad, se cita una guía publicada por el gobierno autonómico donde se articulan una serie de recomendaciones para contribuir al bienestar de estas personas y, una vez más, de sus cuidadores/-as. Algunas de estas acciones también incluyen la

ayuda a domicilio, la animación domiciliaria y la estimulación sensorial de los enfermos y enfermas.

Finalmente, los/-as informantes de Santa Cruz mencionan la existencia de algunos centros, tanto públicos (de titularidad autonómica) como privados, dedicados a la **formación permanente y continua del personal socio-sanitario que atiende personas mayores**, concretamente en las áreas de *geriátrica y gerontología, psicología del anciano, diagnóstico y tratamiento del Alzheimer, dietética y nutrición*, etc.

### 2.3.9 TRIESTE (ITALIA)

No se obtuvieron datos del *Istituto Triestino per Interventi Sociali* (ITIS) mediante el cuestionario o el debate virtual por Internet, por lo que la información que se expone a continuación procede de la documentación de *Urbal10mayores* y de la carta de servicios de esta institución.

El ITIS es un organismo dedicado a proporcionar **servicios de alojamiento y atención socio-sanitaria** a adultos mayores en la región de Friuli Venecia Giulia, en el norte de Italia. Se define como una institución pública de asistencia sin finalidades de lucro que opera a favor de las personas necesitadas, y tiene también el objetivo explícito de revalorizar el colectivo de mayores de manera que mantengan su dignidad y **evitar que sean un mero objeto de intervención asistencial**<sup>22</sup>.

Desde el ITIS se observa, en la actualidad, la necesidad social de emplear mayores recursos en el cuidado de las personas ancianas. Para ello, ITIS ofrece diferentes soluciones residenciales a las personas usuarias, ya sean autónomas o dependientes; **el régimen de estancia puede ser diurno, temporal o bien por un período de tiempo indeterminado**. Actualmente atiende a 411 personas, repartidas de manera que puedan participar en programas individualizados.

Los servicios ofrecidos son subvencionados por la autoridad regional competente, si bien las personas usuarias se hace cargo de una parte de los costos (excepto en el caso de personas declaradas oficialmente *no autosuficientes* desde el punto de vista económico).

---

<sup>22</sup> *Carta dei servizi* del ITIS, disponible en línea en la dirección <http://static.triesteincontro.it/gems/tsicdaItis/cartaservizi.doc> (consulta 10-1-2005)

## 2.4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A continuación se evalúa la información proporcionada por las entidades y gobiernos socios de *Urbal10mayores* y que se ha expuesto en el capítulo anterior. Esta información ha sido con frecuencia ampliada mediante la consulta de diversos estudios y reflexiones sobre la población adulta mayor y el envejecimiento, los cuales aparecen referenciados a pie de página.

Las conclusiones y propuestas aparecen resumidas en forma de tabla al final del capítulo.

### 2.4.1 Identificación del sector de población adulta mayor

Una de las primeras conclusiones que se extraen sobre la población objeto de estudio es que **resulta verdaderamente difícil determinar el inicio de la etapa vital de *persona adulta mayor***, y que esta etapa varía por países y momentos históricos. Por otro lado, se detecta una gran **heterogeneidad en las condiciones de vida** de las personas mayores.

Para definir quienes son las *personas mayores* se suele tomar como referencia una edad más o menos avanzada, pero también otras variables como el estado de salud, la calidad de vida, el grado de participación en el ámbito público, etc. Un límite numérico puede ser alcanzar una determinada edad (60, 65, 70 años, etc.), otro límite puede ser institucional (llegar a la jubilación o ingresar en una residencia geriátrica), familiar (convertirse en abuelos) e incluso biológico (la menopausia u otros cambios físicos). No existen unos límites universales que delimiten la etapa de *adulto/-a mayor*, de la misma manera que tampoco existen para separar la llamada *juventud* de la *edad adulta*.

Las Naciones Unidas han venido considerando *personas ancianas* a aquellas a partir de los 60 años, mientras que los participantes en *Urbal10mayores* de diferentes países han fijado el inicio de esta etapa en los 60 y en los 65 años (muy probablemente, esta variabilidad se relaciona con las diferentes esperanzas de vida de cada país). A efectos operativos, en este informe manejaremos las definiciones de *persona adulta mayor* que ha utilizado cada socio y haremos referencia a esa población en cada caso.

De todos modos, no podemos olvidar que **en muchas sociedades los 60 e incluso los 65 años son edades extremadamente jóvenes** para ser consideradas como el principio de la vejez. En los países europeos, es quizás la edad legal de jubilación (normalmente los 65 años) aquello que determina la consideración social de “persona mayor”. Otras clasificaciones, más o menos neutras o eufemísticas (como *ancianos/-as* o *tercera edad*), se aplican a personas de edades más avanzadas y especialmente cuando empiezan a sufrir una condición de *dependencia*<sup>23</sup>, ya sea grave o moderada.

---

<sup>23</sup> En el glosario de *Urbal10mayores*, la *dependencia funcional* se define como la falta de autonomía en relación a las llamadas *actividades de la vida diaria* siendo éstas, a su vez, *aquellas que realizamos durante el día de manera normal*

Desde *Urbal10mayores*, algunos socios han estimado que la dependencia suele surgir hacia los 80 años<sup>24</sup>. Esto dejaría un amplio paréntesis de 15 años entre el inicio de la jubilación y la aparición de la dependencia.

Hasta hace pocas décadas, la idea de *vejez* se refería fundamentalmente a un deterioro generalizado de la persona. En cambio, en la Europa industrializada y durante el siglo veinte, los logros en política social hicieron posible que muchas personas, alcanzada una determinada edad, pudieran dejar la economía productiva y seguir teniendo asegurada una cierta calidad de vida. El concepto europeo de *persona mayor* tiene probablemente mucho que ver con el momento de la jubilación, como veremos más adelante, pero **las personas jubiladas ya no se consideran necesariamente viejas ni sufren decrepitud física o intelectual**. La protección social puede garantizar no sólo su subsistencia, sino un cierto mantenimiento del poder adquisitivo y la participación en diferentes ámbitos de la esfera pública.

El hecho de envejecer puede ser contemplado desde diferentes puntos de vista: como hecho biológico, como hecho demográfico, como estado físico o emocional, como hecho social y político, etc. Según la perspectiva sociológica, **son sobre todo los factores externos al estricto proceso biológico de envejecer los que definen a quienes coloquialmente calificamos como *personas mayores***. Así pues, no tiene mucho sentido intentar definir una fase concreta de la vida, sino acercarnos a las que denominamos *personas adultas mayores* y a las muy diversas situaciones en que pueden encontrarse. De esto se deduce que es necesario considerar las características físicas, sociales, económicas o culturales de cada individuo susceptible de ser incluido dentro de la categoría, con el objetivo de **evitar que las políticas y las prácticas sean frutos de una categorización precipitada y hasta estereotipada de este sector de población**.

Para conocer las situaciones de las personas adultas mayores habrá que analizar detenidamente el momento y el contexto en que se ubican. El proyecto *Urbal10mayores* ha permitido, precisamente, poner de relieve las **realidades diversas de los países participantes**. Por ejemplo, los socios peruanos han indicado que, si bien a efectos legales se considera *persona mayor* a aquella de 60 años o más, **en Perú la mayoría de adultos/-as mayores sigue desarrollando una actividad laboral** más allá de esta edad, de manera que puedan obtener o complementar sus ingresos económicos o bien ayudar a su familia. Este hecho, que contrasta con la realidad europea, lleva a nuestros informantes peruanos a cuestionar la idea de que, en esas circunstancias, las personas mayores deban considerarse una carga para la familia.

---

(desde la alimentación o la higiene personal hasta el uso del teléfono, el cuidado de la casa o el manejo del dinero, entre otras).

<sup>24</sup> Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife

Italia y España son sociedades con un amplio sector de población adulta mayor, en las que la estructura familiar tradicional se ha transformado y con ella el papel de los mayores. Estas transformaciones también se observan en la población de los países de Latinoamérica socios del proyecto, si bien en éstos la esperanza de vida es menor y los niveles de pobreza son más altos que en Europa.

Para terminar, podemos sugerir que actualmente **se ha difuminado la división tradicional de la vida en franjas de edad**. En el pasado, las etapas vitales venían determinadas sobre todo por aspectos biológicos y actos sociales relacionados (por ejemplo, rituales de paso a la edad adulta como el matrimonio o el servicio militar). En cambio, ahora se detecta la tendencia social de intentar prolongar indefinidamente la etapa de *juventud* a través de determinados estilos de vida. Además, la presencia en el mundo laboral, que también determinaba de manera acentuada los diferentes momentos vitales, está sufriendo importantes modificaciones, como veremos a continuación.

#### 2.4.2 LA “JUBILACIÓN”

Una de las cuestiones que más se ha evidenciado en este proyecto es hasta qué punto **muchas personas adultas mayores siguen formando parte de la economía productiva**. Según las informaciones recabadas por Urbal10mayores, en países como Perú haber llegado a una edad avanzada no significa forzosamente al cese definitivo de la actividad laboral. Así nos lo indican, por un lado, las experiencias municipales citadas consistentes en la promoción y apoyo de las actividades remuneradas realizadas por personas mayores en alianza con el tejido productivo local; por otro lado, se han recabado diversas referencias a las actividades que muchas mujeres mayores deben llevar a cabo para garantizarse la subsistencia en estos mismos países, como la venta ambulante<sup>25</sup>.

Así mismo, debemos tener en cuenta que, debido al tradicional rol femenino, **muchas mujeres siguen realizando un gran volumen de trabajo en el seno familiar tras abandonar el mercado laboral**, tanto en Europa como en Latinoamérica. El hecho de abandonar la vida laboral al alcanzar una determinada edad no constituye, para muchas de ellas, la misma experiencia que en el caso de los hombres. De hecho, las responsabilidades domésticas y familiares que asumen las mayores pueden llegar a ser considerables, e incluso excesivas, cuando deben cuidar a sus nietos y nietas o a familiares discapacitados/-as o enfermos/-s, y eso es así si se da una falta de políticas públicas de apoyo a la familia o de conciliación laboral y familiar (en España, profesionales del ámbito socio-sanitario han acuñado la expresión *síndrome de*

---

<sup>25</sup> En relación con esto, recordemos que las estadísticas oficiales consultadas sobre los países latinoamericanos socios del proyecto arrojan un alto porcentaje de pobreza y analfabetismo entre las personas adultas mayores, y especialmente entre las mujeres (véase el Instrumento de Identificación y Análisis de Urbal10mayores).

*la abuela agotada* para hacer referencia a cómo este fenómeno puede afectar negativamente a la mujer a una edad avanzada).

Por otro lado, **gran parte de la población jubilada puede experimentar una precariedad económica creciente** en muchos países de ambos continentes, a causa de dificultades económicas generales, de la reducción de las medidas de protección social o del encarecimiento general de la vida. Sin olvidar que las mujeres mayores suelen tener pensiones de jubilación inferiores a las de los hombres, a causa de su menor participación laboral.

Además, **prolifera las prejubilaciones y el abandono anticipado del trabajo en muchas economías europeas**; dichos fenómenos afectan a personas relativamente jóvenes que, de otro modo, tendrían ante sí un período de 10 e incluso 15 años más de actividad laboral antes de llegar a la edad de la jubilación. Las personas mayores de 45 años suelen ser uno de los sectores sociales que más experimenta este riesgo; quienes pierden su empleo a esta edad sufren una alta probabilidad de instalarse en la temporalidad laboral o en el paro intermitente o definitivo. Tal vez tengan dificultades para volver a trabajar en su sector en condiciones laborales equivalentes e incluso no puedan mantenerse en el mercado de trabajo. Estas personas, **jubiladas precoces**, se ven afectadas por un riesgo de exclusión social parecido al de la población mayor.

Todas estas nuevas realidades nos hacen pensar que, en la actualidad, **la población de personas jubiladas es muy distinta de la que existía en la Europa de los años cincuenta y sesenta**: mientras un sector de mayores goza de un cierto bienestar material y social, otro intenta sobrevivir en una precariedad económica creciente; al mismo tiempo, personas relativamente jóvenes sufren las consecuencias negativas de una prejubilación forzosa para la que quizás no estaban preparadas.

#### **2.4.3 ESTEREOTIPOS APLICADOS A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y AL ENVEJECIMIENTO**

En *Urbal10mayores*, y más concretamente durante el debate virtual, se ha podido reflexionar sobre algunos de los estereotipos que más afectan a las personas mayores en cada territorio participante en el proyecto.

Entre algunas ideas consideradas falsas sobre la población adulta mayor, se ha citado la inactividad laboral como equivalente a **improductividad social**, una forzosa **falta de salud**, la **decrepitud**, la **homogeneidad**, la **asexualidad**, la **incapacidad** para aprender o enseñar, la **segregación** del resto de la sociedad o la jubilación entendida como **tiempo libre**. Puesto que empobrecen el conocimiento real de las personas mayores y limitan sus potencialidades, se trata de ideas que conviene evitar en el diseño de cualquier política de intervención y en las prácticas que las acompañan.



Diversos estudios han ahondado en estos estereotipos y han revelado la heterogeneidad de la población mayor, heterogeneidad que los profesionales del ámbito social ya suelen conocer sobre el terreno. Según estos estudios, factores como el sexo, la situación familiar, el nivel de estudios y, sobre todo, la extracción social condicionan tanto o más que la edad la inclusión de una persona mayor en el **estereotipo de viejo o vieja**. Esto equivale a afirmar que hay personas mayores que son *socialmente más viejas que otras*<sup>26</sup>.

Otro lugar común al hablar sobre población adulta mayor es que **el envejecimiento de las poblaciones supone considerables peligros** para el sistema de pensiones, el estado de bienestar o el suministro continuado de mano de obra al mercado de trabajo. El demógrafo Julio Pérez Díaz desafía esta idea al opinar que estas alarmas son injustas con las personas mayores, puesto que se basan en el **estereotipo inmutable del viejo como una rémora social y económica**. Pérez expone, en cambio, que el aumento de la supervivencia permite nuevas formas de familia, descendencias reducidas, una mayor inversión en los hijos e hijas y una superior estabilidad del proyecto y de las estrategias familiares. Pone énfasis en el hecho de que las personas mayores *cada vez están mejor*, pero puntualiza también que esta circunstancia aún se reduce a un grupo selecto de países ricos<sup>27</sup>.

Además, como ya hemos afirmado, socios peruanos de *Urbal10mayores* han considerado especialmente absurda la idea de la persona mayor como **una carga su familia**, puesto que en muchas ocasiones sigue trabajando para complementar sus pensiones o contribuir al bienestar familiar.

Se ha añadido, a los tópicos citados, el de la **superior longevidad de las mujer adultas como un indicador meramente positivo**: si bien es cierto que las mujeres suelen vivir más años que los hombres en muchos países, los años faltos de una verdadera autonomía y una buena calidad de vida son también muchos más que en el caso de los hombres. La mujer mayor a menudo cuida a las personas dependientes de su familia, y posteriormente *debe resolver ella sola sus problemas de dependencia*, como se ha recordado desde el Consell Comarcal de l'Alt Empordà. Evitar el discurso habitual sobre la superior longevidad de las mujeres y centrar el debate en sus condiciones de vida nos ayudará a contemplar con mayor realismo la situación de la población femenina de edad avanzada.

---

<sup>26</sup> Salvado, Antoni (1994): *Les condicions de vida de la població vella de la regió metropolitana de Barcelona* (Las condiciones de vida de la población mayor de la región metropolitana de Barcelona). Resum de la ponencia presentada a la Asociación Catalana de Sociología. Disponible en línea desde la dirección [www.iec.es/scs/pantalla/Resums20.htm](http://www.iec.es/scs/pantalla/Resums20.htm) (consulta 17-01-05).

<sup>27</sup> Pérez Díaz, Julio (2002): *Avantatges internacionals de l'envelliment demogràfic* (Ventajas internacionales del envejecimiento demográfico). Artículo aparecido en la revista *dCIDOB*, núm. 82, p.14-17. Disponible en línea desde la dirección [www.cidob.org](http://www.cidob.org) (consulta 18-01-05).



#### 2.4.4. DEPENDENCIAS

La edad media de la población de muchas zonas del planeta ha aumentado considerablemente a causa de dos factores: el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la fecundidad. Con ello **ha aumentado también la proporción de personas que dependen de otras** para poder realizar las actividades corrientes en la vida diaria y que, por tanto, necesitarán unas atenciones de larga duración. Las previsiones demográficas en los países europeos y latinoamericanos indican que la tendencia al envejecimiento de la población se acentuará en los próximos años, por lo que podemos esperar también nuevas necesidades en torno a la dependencia asociada a la edad.

Pero el hecho de que aumente el número de personas adultas mayores no significa necesariamente que aumenten las personas dependientes: la dependencia **no sólo viene determinada por la edad, sino por el estado de salud, el nivel educativo y, en general, la trayectoria vital (alimentación, condiciones laborales, etc.)**<sup>28</sup>. Así pues, cabe actuar también sobre estos factores para mejorar el nivel de autonomía funcional de la población adulta mayor.

Tres son las posibles fuentes de provisión de las atenciones que requiere una persona con dependencia: la familia, el sector público y el sector privado. Tradicionalmente, se ha respondido al problema de la dependencia mediante el **apoyo informal que presta la familia y, muy especialmente, la mujer**. Podemos ilustrar este hecho citando un estudio sociológico realizado en diferentes localidades de Cataluña. En este estudio se llegó a la conclusión de que las decisiones sobre las responsabilidades familiares de cuidado responden a una determinada norma social no escrita según la cual las personas mayores deben ser atendidas en su casa y por sus familias. La responsabilidad filial del cuidado de las personas mayores se transmite tanto a los hijos como a las hijas, pero **en el caso de los hijos las verdaderas responsables son las nueras** o hijas políticas. Además, el hecho de que esta norma no escrita dé **prioridad a la permanencia de las personas mayores en su entorno familiar** explicaría la práctica, habitual en Cataluña, de rotación de la persona mayor por los domicilios de diferentes familiares; con esto se intentaría distribuir más equitativamente la sobrecarga de trabajo que puede suponer el cuidado de la persona dependiente<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Casado, David; López, Guillem (2001): *Vellesa, dependència i atencions de llarga durada* (vejez, dependencia y atenciones de larga duración). Colección *Estudis Socials*, núm. 6. Barcelona: Fundació “la Caixa”.

<sup>29</sup> Mora, Montse (1999): *La cura familiar de les persones grans* (los cuidados familiares de las personas mayores). Comunicación presentada en el III Congrés Català de Sociologia. Lleida.

A pesar de lo anterior, **nuevas circunstancias sociales** vienen a modificar sustancialmente este escenario de apoyo informal a las personas mayores dependientes.

Por un lado, la creciente **incorporación de la mujer a los mercados de trabajo** de muchos países está reduciendo el potencial de apoyo informal que puede prestar a las personas dependientes. Al mismo tiempo, desaparecen muchos de los mecanismos de solidaridad de las sociedades tradicionales (recordemos cómo nuestros informantes de Ate citaban la proliferación *valores de egoísmo* en la ciudad). Tampoco hay que menospreciar la mayor movilidad laboral de las personas y las **distancias cada vez mayores entre los domicilios** de los familiares, así como la **aceleración del ritmo de vida**. Todo ello afecta particularmente a quienes necesitan un mayor apoyo de forma permanente.

Por otro lado, desde Cataluña se detecta una **mayor autonomía de las personas mayores en su propio domicilio**. Vivir en su propio hogar y en el entorno habitual es uno de los valores más significativos entre las personas mayores, según diversas investigaciones empíricas realizadas<sup>30</sup>. Incluso en caso de sufrir alguna dependencia funcional, mantienen esta voluntad y prefieren recibir servicios socio-sanitarios formales en el domicilio, atención informal o bien compartir la vivienda antes que ser internados en un centro especializado, como una residencia u hospital geriátrico.

Ante la insuficiencia de recursos para las personas mayores dependientes que los socios Urbal10mayores han manifestado, surge la necesidad de orientar estos recursos a quienes más los necesitan. Una posible forma de hacerlo es **tener en cuenta el nivel de ingresos de la persona adulta mayor beneficiaria y su grado de dependencia**. Ahora bien, esta selección no debería crear una *doble red* de asistencia que termine estigmatizando a las personas más necesitadas, sino hacer posibles **diferentes vías de financiación** (gratuita, semi-gratuita, privada, etc.) para recibir un mismo servicio<sup>31</sup>.

Finalmente, en algunos territorios se ha detectado **una preparación insuficiente de algunos/-as profesionales de la atención a sectores específicos** de personas mayores, por ejemplo a aquellas que envejecen con discapacidades psíquicas<sup>32</sup>. Así pues, será necesario diseñar los perfiles profesionales adecuados y poner en marcha **programas de formación**

---

<sup>30</sup> Generalitat de Catalunya: IV Pla d'Actuació Social 2003-2006. Disponible en línea en la dirección [www.gencat.net/benestar/pas](http://www.gencat.net/benestar/pas) (consulta 14-01-05)

<sup>31</sup> Casado, David; López, Guillem (2001): *Vellesa, dependència i atencions de llarga durada* (Vejez, dependencia y atenciones de larga duración). Colección *Estudis Socials*, núm. 6. Barcelona: Fundació "la Caixa".

<sup>32</sup> Peralta, Antoni (1999): *Necessitats residencials de la gent gran que envellaix amb discapacitat psíquica* (Necesidades residenciales de las personas mayores que envejecen con discapacidad psíquica) . Resumen de la ponencia presentada en el III Congreso de Sociología de Lleida.

**especializados** para el cuidado y la promoción de estos sectores (discapacidades físicas y psíquicas, demencias, enfermos y enfermas mentales de edad avanzada, etc.).

#### 2.4.5 LA SITUACIÓN ESPECÍFICA DE LAS MUJERES

Ante el fenómeno del envejecimiento, **las mujeres se pueden ver afectadas negativamente de dos maneras**: por un lado, en los países analizados las mujeres mayores suele vivir en peores condiciones materiales que los hombres de la misma edad a causa de un múltiples dinámicas sociales y económicas que las perjudican (menor y peor participación en el mercado de trabajo, pensiones inferiores, mayor discriminación por edad a muchos niveles, etc.); por otro lado, la mujer adulta, tanto joven como mayor, ha sido tradicionalmente cuidadora informal de personas dependientes (niños/-as, enfermos/-as, mayores, etc.) en el seno familiar, cosa que con frecuencia la lleva a ver reducidas sus posibilidades laborales. Podríamos decir que se trata de un círculo vicioso originado por razones de **género**, es decir, de las conductas socialmente consideradas apropiadas para cada sexo en un momento y en un lugar determinado.

Desde los países latinoamericanos socios de *Urbal10 mayores* se ha mencionado con frecuencia el **abandono** que sufren las personas mayores en el seno de la familia, puesto que los miembros más jóvenes concentran su tiempo y energía en trabajar. Esta situación puede ser parecida en Europa, pero añadiríamos la percepción de que, en muchos hogares españoles con ciertos recursos económicos, **mujeres latinoamericanas cuidan a las personas mayores con dependencias**, gracias a la considerable entrada de inmigrantes de este origen (tal vez muchas de esas mujeres se hayan visto forzadas, paradójicamente, a dejar a sus propios familiares dependientes en el país de origen para llevar a cabo el proyecto migratorio).

En el caso de los adultos mayores frágiles y dependientes o postrados, los informantes latinoamericanos de *Urbal10 mayores* han manifestado que, con frecuencia, las administraciones deben **sensibilizar a la familia para que asuma su respectivo rol**. A tenor de esta afirmación sobre la responsabilidad familiar en el bienestar de las personas dependientes, cabría preguntarse en qué ocasiones esta responsabilidad recae principal o exclusivamente sobre las mujeres, como hemos planteado con anterioridad.

En cambio, los socios europeos no han mencionado tanto esta responsabilidad familiar como la necesidad de **mejorar las políticas públicas de apoyo a las familias** y de **ejercer una sensibilización social** en bien de las personas mayores. Añadiríamos a estos deseos el de fomentar la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en las tareas de cuidado a dichas personas.

## 2.4.6 TABLA DE CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

### Situación, consideración social y participación de las personas adultas mayores en su entorno

CONCLUSIONES	PROPUESTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ El envejecimiento demográfico debe considerarse un <b>éxito</b>, puesto que demuestra el nivel de bienestar que ha alcanzado la población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Evitar la visión del envejecimiento demográfico como un fenómeno negativo y considerarlo un <b>reto</b> que debe encararse con optimismo e imaginación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Existen importantes <b>desigualdades</b> en la esperanza y la calidad de vida entre países latinoamericanos y países europeos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Intervenir a todos los niveles para que aumente la <b>esperanza y la calidad de vida</b> en cada país</li> <li>♦ Poner en marcha medidas para mejorar las <b>oportunidades educativas y laborales</b> de toda la población para contribuir a su bienestar a edades avanzadas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ La población adulta mayor es <b>heterogénea</b> Por la <b>diversidad</b> de posibles situaciones, es problemático tratar a la población mayor como si fuera un solo <i>colectivo</i> o grupo social.</li> <li>♦ Se atribuyen a las personas mayores muchos estereotipos negativos asociados a la edad, pero su <b>consideración social</b> depende, sobre todo, de otros factores (el nivel de estudios, el nivel de renta, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ No definir a las personas mayores sólo por sus necesidades sino también por sus <b>potencialidades y posibilidades</b>.</li> <li>♦ No intervenir sobre <i>colectivos</i> sino sobre <b>grupos de incidencia</b> para realismo y eficacia. Estos subgrupos pueden elaborarse a partir del estado físico o de salud, la ubicación geográfica, el género, la motivación por participar, el nivel de estudios, los intereses comunes, los valores o estilos de vida, las necesidades formativas, etc.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ La <b>osteoporosis</b> y las <b>deficiencias alimentarias</b> parecen ser una problemática particularmente grave en la población mayor de algunos países de Latinoamérica mientras que, en Europa, el <b>Alzheimer</b> es una preocupación prioritaria asociada a una mayor esperanza de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Centrar la <b>investigación</b>, la <b>prevención</b> y la <b>atención sanitaria</b>, a estas y otras enfermedades de especial incidencia en cada territorio.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ La mujer suele sufrir antes y más intensamente que el hombre la <b>discriminación</b> y los <b>estereotipos</b> negativos asociados a la edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Intensificar las acciones de atención y de movilización para las <b>mujeres mayores</b> con el objeto de aumentar su autoestima y participación a todos los niveles</li> </ul>

<p>♦ Muchas personas adultas mayores quieren seguir participando en diferentes esferas de la sociedad. La falta de participación pública puede generar aislamiento y tendencias depresivas.</p>	<p>♦ Facilitar la <b>participación</b> en actividades sociales, culturales, deportivas, recreativas, productivas, políticas, de voluntariado, etc.</p>
<p>♦ En algunos países de Latinoamérica, las personas adultas mayores continúan realizando <b>actividades laborales</b> para contribuir a su subsistencia, ayudar a sus familias o participar en la economía local (venta ambulante, artesanía, cultivo de hortalizas, elaboración de productos químicos, etc.). Algunas de estas actividades laborales y empresariales de las personas mayores son fomentadas desde las administraciones locales.</p>	<p>♦ Velar porque las actividades laborales o remuneradas que realizan las personas mayores en algunos países sean <b>inocuas y adecuadas</b> a su condición física, psíquica y social.</p>
<p>♦ En general, se detecta poco o nulo <b>prestigio social</b> de la persona adulta mayor.</p>	<p>♦ Integrar a la población mayor en las <b>decisiones colectivas</b> del territorio o ciudad así como a sus cuidadores/-as, en el caso de personas dependientes.</p> <p>♦ Permitir una mayor presencia de estas personas en los <b>órganos de decisión</b> municipales.</p> <p>♦ Destinar espacios en <b>radio, televisión y prensa</b> orientados a este sector de población y que den una imagen positiva del mismo.</p>

### Intervenciones orientadas a las personas adultas mayores

CONCLUSIONES	PROPUESTAS
<p>♦ Existen <b>deficiencias en las fuentes estadísticas</b> sobre personas mayores, sobre todo a nivel local o municipal. Esto reduce la eficacia de las intervenciones y limita las propuestas preventivas (por ejemplo, las dependencias por razón de edad suelen aparecer mezcladas con las discapacidades generales).</p>	<p>♦ Elaborar fuentes estadísticas <b>fiables y detalladas</b> sobre diferentes aspectos de la población mayor (estado de salud, nivel de protección social, grado de autonomía o dependencia, etc.).</p> <p>♦ <b>Ampliar la investigación</b> sobre la población adulta mayor y sus subgrupos, tanto desde el ámbito académico como desde los servicios públicos y privados que les atienden.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Las instancias más cercanas a la ciudadanía (<b>ayuntamientos, municipalidades, gobiernos comarcales y regionales</b>, etc.) son quienes mejor pueden conocer los subgrupos y las características de las personas mayores en cada territorio y responder así a sus necesidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ <b>Aumentar los recursos y el nivel de competencias</b> de las administraciones y entidades más cercanas a la población adulta mayor de cada territorio</li> <li>♦ Conseguir la <b>máxima colaboración dentro de un mismo gobierno local</b> (servicios sociales, sanidad, vivienda, urbanismo, empleo, educación, cultura, etc.)</li> <li>♦ Realizar una auto-evaluación sistemática de los programas y servicios disponibles para garantizar su <b>calidad</b>.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ A causa de los estereotipos que se aplican a las personas mayores, como la pasividad y la falta de autonomía, <b>no siempre se les permite decidir</b> libremente dónde o con quién vivir u otros aspectos de su estilo de vida.</li> <li>♦ Existe cierto riesgo de infantilizar a las personas mayores al considerarlas <b>objeto</b> de asistencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Orientar las intervenciones a las <b>preferencias</b> de las personas destinatarias.</li> <li>♦ Fomentar la participación de las personas mayores como <b>conductoras</b> y no como meras destinatarias de las acciones llevadas a cabo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Las personas mayores dependientes suelen preferir <b>permanecer en su hogar y entorno habitual</b> que ser institucionalizadas en un centro especializado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ <b>Brindar el apoyo y los servicios domiciliarios necesarios</b> para hacer posible la vida independiente de las personas adultas mayores, tanto a ellas como a los/-as familiares con los que convivan.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Se detecta una <b>insuficiencia general de recursos</b> para las personas mayores dependientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Ante la escasez de recursos y la necesidad de orientarlos a quien más los necesita, <b>tener en cuenta el nivel de ingresos de la persona adulta mayor beneficiaria y, si es el caso, el grado de dependencia</b> al suministrar servicios y prestaciones (pero sin crear una <i>doble</i> red de asistencia).</li> <li>♦ <b>Incorporar la participación</b>, en el diseño y puesta en marcha de políticas, a la administración pública, el sector privado, las asociaciones de personas mayores, las organizaciones de usuarios/-as, de familiares, de voluntariado, etc.</li> <li>♦ <b>Fomentar el partenariado</b> entre las administraciones o gobiernos locales y el tejido asociativo, la iniciativa privada, el tercer sector, etc.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Se apunta una cierta <b>selección y diferenciación social de las personas mayores al solicitar el ingreso en residencias geriátricas</b><sup>33</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ <b>Garantizar la igualdad</b> en el acceso a los servicios y las prestaciones. Aumentar la cobertura pública de las plazas residenciales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Desde algunos gobiernos locales se han llevado a cabo y valorado positivamente actividades que ponen en contacto las personas mayores con las de <b>otras franjas de edad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ <b>Extender la perspectiva intergeneracional</b> en la acciones orientadas a las personas mayores</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ La situación de <b>dependencia</b> no sólo viene determinada por la edad, sino por <b>factores</b> como el nivel educativo, la renta, el estado de salud y los hábitos a lo largo de la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Cabe actuar sobre el <b>nivel educativo</b>, el nivel de <b>renta</b> y los <b>hábitos socio-sanitarios</b> de toda la población para reducir su nivel de dependencia a edades avanzadas.</li> </ul>

## Mujer, envejecimiento y pobreza

CONCLUSIONES	PROPUESTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Las mujeres suelen tener una superior esperanza de vida, pero viven más años <b>faltos de autonomía y de calidad de vida</b> que los hombres a causa de su rol familiar y social de <i>cuidadoras</i> de otras personas, así como por su menor participación laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ <b>Centrar el debate en la calidad de vida</b> de que disfrutaran las mujeres adultas mayores para contemplar con mayor realismo sus necesidades y posibilidades</li> <li>♦ Fomentar el <b>reparto equitativo de las responsabilidades familiares</b> entre hombre y mujer en todas las franjas de edad</li> <li>♦ Presionar a los gobiernos competentes para que elaboren elaborar un <b>Plan de apoyo a la mujer adulta mayor</b> que luche contra la desigualdad en las pensiones, la pobreza, el aislamiento (rural o urbano) y el poco reconocimiento social.</li> <li>♦ Crear programas de <b>reciclaje laboral</b> para personas que hayan cuidado familiares dependientes durante largos períodos (muchas de ellas son mujeres).</li> </ul>

<sup>33</sup> Roca, Enric (1994): *L'accés a les residències d'avis: la selecció com a procés de diferenciació social* (El acceso a las residencias de mayores como proceso de diferenciación social). Resumen de la ponencia presentada en el II Congreso Catalán de Sociología. Girona.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Introducir o ampliar las <b>ayudas económicas y las desgravaciones fiscales</b> para personas con familiares dependientes a su cargo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ante la insuficiencia de servicios públicos de atención a la infancia, con frecuencia las abuelas ejercen de cuidadoras de sus nietos/-as, con la consiguiente <b>sobrecarga de trabajo</b> y merma de tiempo disponible para la diversión o la participación pública.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ampliar las <b>medidas de apoyo</b> a las familias con personas dependientes (niños/-as, mayores, enfermos/-as, etc.)</li> <li>◆ Fomentar y ampliar las acciones de <b>conciliación entre la vida laboral, personal y familiar.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Las personas, muchas de ellas mujeres, que tienen a su cargo una persona mayor dependiente suelen pasar por <b>dificultades emocionales</b> como la culpabilidad, la tristeza, el miedo, el nerviosismo, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Organizar sesiones de <b>apoyo emocional, grupos de autoayuda y formación socio-sanitaria</b> para las personas con familiares mayores dependientes a su cargo, con el objetivo de atenuar o prevenir las dificultades emocionales que pueden sufrir.</li> </ul>

### Promoción económica y empleo

CONCLUSIONES	PROPUESTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ En España las personas adultas mayores son importantes <b>consumidoras de bienes y servicios especializados</b> suministrados por el sector público y el privado, mientras que no parece ser así en las ciudades socias de Latinoamérica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Mejorar la situación socioeconómica general</b> y las prestaciones monetarias para las personas mayores (con ello se refuerza su papel de consumidoras y generadoras de actividad económica y de empleos).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Se detecta que algunas empresas de servicios de atención a las personas mayores del sector privado operan <b>sin certificación oficial</b> (empresas de catering, residencias, centros de estancia diurna, ayuda a domicilio, servicios de tele-asistencia, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Introducir mecanismos para que todos los profesionales y servicios orientados a la población mayor dispongan de una certificación que garantice su <b>calidad</b> y su <b>evaluación</b> sistemática por parte de las personas usuarias, de las familias y de las administraciones.</li> </ul>

## Formación y capacitación para la atención a personas adultas mayores

CONCLUSIONES	PROPUESTAS
<p>♦ Se detecta una <b>preparación insuficiente</b> de algunos profesionales de la atención a sectores específicos de personas mayores, por ejemplo de aquellas que envejecen con discapacidades psíquicas.</p>	<p>♦ Diseñar los perfiles profesionales adecuados y poner en marcha <b>programas de formación especializados</b> para el cuidado de los diferentes sectores de personas mayores (discapacidades físicas y psíquicas, demencias, enfermos y enfermas mentales de edad avanzada, etc.).</p>
<p>♦ Las <b>mujeres adultas</b>, en Europa, y también los <b>niños y niñas</b> en Latinoamérica, se apuntan como los principales cuidadores de las personas adultas mayores cuando las medidas públicas son insuficientes.</p>	<p>♦ Dar <b>apoyo continuado</b> a los familiares cuidadores, fomentando la incorporación de la mujer al mercado laboral y a programas de formación y la asistencia escolar de niños, niñas y adolescentes.</p>
<p>♦ Más allá de los gobiernos locales y la familia, la <b>sociedad civil</b> (ONG, voluntariado, entidades religiosas, etc.) también da asistencia a las personas mayores en muchos territorios.</p>	<p>♦ <b>Detectar, difundir y aprovechar las buenas prácticas</b> de los diversos actores implicados. Fomentar las actuaciones de partenariado entre éstos y las administraciones públicas.</p>

## 2.5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

### 2.5.1. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Casado, David; López, Guillem (2001): *Vellesa, dependència i atencions de llarga durada* (Vejez, dependencia y atenciones de larga duración). Colección *Estudis Socials*, núm. 6. Barcelona: Fundació "la Caixa".

Generalitat de Catalunya: *IV Pla d'Actuació Social 2003-2006*. Disponible en línea en la dirección [www.gencat.net/benestar/pas](http://www.gencat.net/benestar/pas) (consulta 14-01-05)

Mora, Montse (1999): *La cura familiar de les persones grans* (El cuidado familiar de las personas mayores). Comunicación presentada en el III Congreso Catalán de Sociología. Lleida.

Peralta, Antoni (1999): *Necessitats residencials de la gent gran que envelleix amb discapacitat psíquica* (Necesidades residenciales de las personas mayores que envejecen con discapacidad psíquica). Resumen de la ponencia presentada en el III Congreso Catalán de Sociología. Lleida.

Pérez Díaz, Julio (2002): *Avantatges internacionals de l'envelliment demogràfic* (Ventajas internacionales del envejecimiento demográfico). Artículo aparecido en la revista *dCIDOB*, núm. 82, p.14-17. Disponible en línea desde la dirección [www.cidob.org](http://www.cidob.org).

Roca, Enric (1994): *L'accés a les residències d'avis: la selecció com a procés de diferenciació social* (El acceso a las residencias de mayores como proceso de diferenciación social). Resumen de la ponencia presentada en el II Congreso Catalán de Sociología. Girona.

Salvado, Antoni (1994): *Les condicions de vida de la població vella de la regió metropolitana de Barcelona* (Las condiciones de vida de la población mayor de la región metropolitana de Barcelona). Resumen de la ponencia presentada a la Asociación Catalana de Sociología. Disponible en línea desde la dirección [www.iec.es/scs/pantalla/Resums20.htm](http://www.iec.es/scs/pantalla/Resums20.htm) (consulta 17-01-05)

## 2.5.2. RECURSOS DIGITALES

*Carta dei servizi* del ITIS o *Istituto Triestino per Interventi Sociali*, disponible en línea en la dirección <http://static.triesteincontra.it/gems/tsicdaltis/cartaservizi.doc> (consulta 10-1-2005)

<http://cepad.org>

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

[www.gencat.net](http://www.gencat.net)

[www.goiania.go.gov.br/html/temporarios/felizcidade/felizcidade.htm](http://www.goiania.go.gov.br/html/temporarios/felizcidade/felizcidade.htm)

[www.urbal10mayores.org](http://www.urbal10mayores.org)