

Protección Social para adultos mayores en municipios rurales de Bolivia



Los derechos de las
personas mayores

también son derechos
humanos

Guillermo Aponte

Expreso mi agradecimiento por el apoyo brindado a James Blackburn y Pilar Contreras de HelpAge International, a la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia, a Patricia Fernández de Aponte por su colaboración en la revisión de este texto, al Licenciado Erick Schulze Muñoz por la dirección de la investigación de campo en los municipios seleccionados.

Protección Social para adultos mayores en municipios rurales de Bolivia

Guillermo Aponte R.O.*

* Licenciado en Economía con especialización en seguros y seguridad social en España (Escuela de Organización Industrial y Organización Iberoamericana de Seguridad Social), en Suiza (Centro Suizo de Formación Aseguradora), en México (Conferencia Interamericana de Seguridad Social). Fue Presidente de la Asociación de Supervisores de Seguros de América Latina. Fue Superintendente de Pensiones, Valores y Seguros, Viceministro de Pensiones y Seguros, Subsecretario de Seguros Médicos, Gerente General de la Caja Nacional de Salud. Nominado al Premio Internacional Natalie Massé de la Universidad de París por la creación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (Actualmente SUMI), creador del Seguro Nacional de Vejez, (actualmente SSPAM) Consultor de la Universidad de Harvard, del Banco Mundial, de la OPS-OMS, de la OIT y de la CAF. Es docente de post grado en la Universidad Privada de Santa Cruz y Universidad Andina Simón Bolívar.

Proyecto

Protección Social para el Adulto Mayor en América Latina

Responsable del proyecto

Pilar Contreras

Autor

Guillermo Aponte

Revisión

Pilar Contreras

Lisett Larico

Publicado por HelpAge International • 27 de noviembre de 2009

Registro de caridad N° 288180, Reino Unido

Diseño y diagramación

Molina & Asociados

INDICE

Presentación

Introducción 1

1. Envejecimiento 2

1.1. Vejez y ancianidad 2

1.2. Tercera edad y adulto mayor 3

1.3. Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento 4

2. Pobreza 7

2.1. Los indicadores de pobreza 8

2.2. Índice de Desarrollo Humano 10

3. Protección Social 11

3.1. Aseguramiento 13

3.2. Asistencia Social 14

4. Derechos económicos y sociales 16

4.1. Pensión Social 16

4.2. Acceso a la salud 19

5. Situación del Adulto Mayor en Bolivia 22

5.1. Transición demográfica 22

5.2. Niveles de pobreza 25

5.3. Participación laboral 26

5.4. Pensión Social 28

5.5. Seguro de salud 29

6. Análisis de casos 32

6.1. Metodología 32

6.2. Información general 34

6.2.1. Vivienda 34

6.2.2. Trato que reciben los adultos mayores 35

6.2.3. Edad y documentos 35

6.3. Estrategias formales de financiamiento de gastos 36

6.3.1. Acceso a la salud	36
6.3.2. Renta Dignidad	40
6.3.2.1. Periodo de cobro de la Renta Dignidad	42
6.3.2.2. Tiempo que le tomó cobrar la Renta Dignidad	43
6.3.2.3. Renta dignidad e ingresos	43
6.3.2.4. Seguro de Salud y Renta Dignidad	43
6.3.3. Trabajo	45
6.3.3.1. Rama de Actividad	45
6.3.3.2. Categoría Ocupacional	46
6.4. Estrategias no formales de financiamiento de gasto	46
6.4.1. Remesas	46
6.4.2. Lugar de Procedencia de Remesas	46
6.4.3. Periodicidad de las Remesas	47
6.4.4. Monto de las Remesas	47
6.4.5. Remesas por Rama de Actividad	47
6.4.6. Remesas por categoría ocupacional	48
6.4.7. Remesas y SSPAM	49
6.4.8. Remesas y Renta Dignidad	49
6.4.9. Remesas, Seguro de Salud y Renta Dignidad.	49
7. Conclusiones	51
8. Recomendaciones	56
9. Bibliografía	60
10. Anexo estadístico	64

PRESENTACIÓN

¿Por qué un estudio sobre la protección social del adulto mayor en Bolivia? Una mirada rápida de la literatura revelará que existen muchos estudios sobre este campo en los países del Cono Sur y Brasil, muchos menos en los países andinos y caribeños, y aún menos en Bolivia. No debería ser así porque Bolivia ha avanzado mucho en políticas de protección del adulto mayor. La Renta Dignidad es el único ejemplo en América Latina de una pensión no contributiva universal, y es llamativo que sea el país más pobre de América del Sur el que tenga una norma de este tipo. Bolivia además cuenta con un Seguro de Salud específico para personas mayores de 60 años que no están cubiertos por otro seguro. Esto también llama la atención. La tendencia en la región es contar con seguros mal llamados universales, los cuales tienden a priorizar las necesidades de salud de otros sectores de la población, dejando de lado al adulto mayor.

Este estudio es único en el análisis de la situación de la población boliviana más pobre: la población mayor rural. Además nos permite reflexionar sobre cuán efectivas son este tipo de políticas en la lucha contra la pobreza y responde a preguntas tan importantes como las siguientes: ¿ayudan estas políticas a las personas mayores a cubrir sus necesidades más básicas?, ¿cuáles son las barreras que impiden que parte de la población mayor rural acceda a los beneficios que otorgan estas políticas?, ¿refuerzan las remesas la protección social que ofrece el Estado? y ¿cómo afecta la migración de jóvenes, sobre las personas mayores que se quedan al cuidado de los hijos de quienes 'se han ido'?

Este estudio empieza a encontrar respuestas a estas preguntas, y plantea recomendaciones y propuestas prácticas para hacedores de políticas. Lo innegable es que sin las políticas de protección social impulsadas por Bolivia, la población mayor se encontraría en un estado crítico de desprotección. La Renta Dignidad tiene excelente cobertura, aunque un porcentaje todavía inaceptable de personas mayores aún no cuenta con el documento de identidad que le permita acceder a ella. En contraste, al seguro de salud para el adulto mayor le falta mucho para llegar a la población mayor rural en su conjunto. Allí existen dificultades de tipo institucional que son complejas de resolver para asegurar una mejor cobertura. Por otro lado las remesas ayudan, sin

duda, pero se necesita indagar más para entender la relación entre remesas, políticas de protección social, y los movimientos migratorios, a fin de identificar cuál es la población mayor más vulnerable, la que necesita una atención más cuidadosa.

HelpAge International trabaja para que las personas mayores ejerzan y exijan el cumplimiento de sus derechos. En América Latina nos apoyamos -en 14 países- en redes de organizaciones que representan a personas mayores vulnerables y en organizaciones que los apoyan. Este estudio no solo tiene relevancia para Bolivia, sino para todos aquellos países que sufren del continuo éxodo rural que deja a una población mayor más desprotegida que nunca, y muchas veces, además con la responsabilidad de cuidar a sus nietos. Para esta población sumamente vulnerable es necesario encontrar respuestas sobre cómo asegurar su protección social. Es un deber moral dado que se trata de personas que hoy son mayores, pero que trabajaron desde su juventud por el futuro de sus países; han criado a sus hijos; han contribuido al crecimiento y al desarrollo. Las ventajas con las cuales contamos hoy son el resultado muchas veces de su esfuerzo hace años atrás. Su protección es por lo tanto impostergable y este estudio nos da importantes pistas para asegurar que así sea.

Introducción

“No hay materia de mayor importancia que el envejecimiento de la población y la provisión de protección social para personas mayores, cuestiones que afectan la esencia de nuestra sociedad y conciernen no sólo a los adultos mayores sino a todos los sectores de la población”¹.

Helpage Internacional y GTZ han acordado realizar una investigación sobre la protección social de los adultos mayores en seis municipios rurales de Bolivia. El objetivo del estudio es, identificar los factores determinantes del financiamiento de sus gastos de subsistencia y la relación entre los mecanismos formales y no formales de protección social. El presente trabajo contiene un marco conceptual, un análisis de la situación de los adultos mayores y el resultado de los casos estudiados.

En el marco teórico se incorporan algunos conceptos sobre vejez, pobreza, la relación entre ambas, seguridad social, asistencia social y protección social la cual tiene el objeto de asegurar a las personas contra los riesgos que enfrentan tales como la incertidumbre sobre los años que van a vivir y durante cuánto tiempo van a poder percibir un ingreso. La situación del adulto mayor en Bolivia contextualiza los resultados de la investigación basada en una encuesta² levantada en los municipios seleccionados con la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia en los departamentos de Cochabamba, La Paz, Oruro, Santa Cruz y Tarija, Por último, se formulan algunas propuestas para que los mecanismos de protección social en el país, contribuyan a aliviar las necesidades de financiamiento de los gastos de subsistencia de la población objetivo, que en su mayoría viven en condición de pobreza.

1 Stiglitz Joseph Premio Nobel y ex Economista Jefe del Banco Mundial. Seminario Helpage Internacional Washington 2002

2 La encuesta elaborada por ASEVAP fue dirigida por el experto en estadística y matemáticas Lic. Erick Schulze Muñoz

Foto: Elizabeth Mayta



1. Envejecimiento

“Envejecer no es tan malo cuando se piensa en la alternativa.”³

1.1. Vejez y ancianidad

Es necesario establecer una diferencia entre la vejez, como una etapa de la vida y el envejecimiento, como un proceso en el ser humano que se inicia desde su nacimiento. Existen vocablos similares o equivalentes al de adulto mayor, algunos aceptables y otros despectivos.

El diccionario terminológico de ciencias médicas define la palabra “viejo” como: edad senil, senectud, periodo de la vida humana, cuyo comienzo se fija comúnmente a los sesenta años, caracterizado por la declinación de todas las facultades.

3 Maurice Chevalier, Escritor, cantante y actor francés (1888-1972)

La vejez debería ser como describía Séneca: “la edad avanzada llena de satisfacciones... la verdadera vejez no se relaciona con los años y sí con la sabiduría”.

1.2. Tercera edad y adulto mayor

La denominación de Tercera Edad⁴ surgió en Francia en 1950, esta expresión abarcó a personas de cualquier edad, jubiladas, pensionadas o consideradas como de baja productividad, posteriormente se precisó a jubilados y pensionados de más de 60 años de edad.

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término Adulto Mayor para las personas de 65 o más años, esta edad ha sido tradicionalmente aplicada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.

No obstante, si destacamos que el “envejecimiento” es un proyecto de autorrealización que se va desarrollando a lo largo de la vida, entonces la “vejez” es, la última etapa para concluir satisfactoriamente nuestro proyecto de vida.

Las definiciones existentes sólo describen un conjunto de características de la vejez, el anciano no puede ser definido en su totalidad por un sólo enfoque o disciplina, ya que en él se involucran al menos tres áreas principales: la psicológica, la biológica y la social⁵.

Las teorías sobre el envejecimiento tienen un enfoque sociológico, psicológico, teológico y fisiológico, que tratan del deterioro del organismo, las más importantes son la teoría de la desvinculación⁶ y la de la actividad⁷.

A pesar de que pueda parecer lejano, todos llegaremos a ser viejos y necesitaremos de protección. A nivel mundial se prevé que entre los

4 El concepto se atribuye al Dr. J. A. Huet, uno de los iniciadores de la gerontología en Francia

5 <http://vejez.galeon.com/page2.html>

6 Las personas van haciéndose cargo del declive de sus habilidades a medida que envejecen y en ese mismo grado se van desvinculando y reduciendo actividades.

7 Cuanto más activo se mantenga el anciano, más satisfactoriamente envejecerá

años 2000 y 2050 la proporción de personas de 60 y más años de edad se duplicará y pasará del 10% al 20%, se proyecta en cambio que el porcentaje correspondiente a los niños se reducirá en un tercio y pasará del 30% al 21%.

En el año 2050 el porcentaje de adultos mayores en los países en desarrollo aumentará del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%.

Actualmente una inmensa cantidad de personas mayores en los países desarrollados viven en zonas urbanas, a diferencia de los países en desarrollo donde la mayoría viven en zonas rurales. La población mayor de sesenta años en Bolivia alcanzó a 579.259 en el año 2001 que en un alto porcentaje vive en situación de pobreza: en 2020 llegaría a más de 1.007.000 personas según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Latino América cuenta con 70 millones de adultos mayores de 60 años. Para los próximos 50 años crecerá hasta los 188 millones. Un tercio de las personas mayores en áreas urbanas y la mitad en áreas rurales vive en pobreza. Treinta por ciento de la población mayor vive sin ningún tipo de ingreso⁸.

1.3. Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento

El Plan Madrid fue aprobado en el año 2002, por 159 países miembros de las Naciones Unidas que aprobaron 11 temas entre los que se destacan:

- El Envejecimiento en condición de seguridad eliminando la pobreza en la vejez.
- La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de la tercera edad, así como de sus derechos civiles y políticos y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación.

8 Helpage, International. Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento, Madrid .2002.

El Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento establece la necesidad de otorgar atención de salud, y protección social. El plan es muy amplio y tomará muchos años implementar todas sus recomendaciones. Helpage International recomienda que las organizaciones que trabajan con los gobiernos prioricen reducir a la mitad la proporción de personas mayores que viven en extrema pobreza para el 2015 se puede lograr esta meta con un paquete de pensiones sociales (no contributivas) universales, salud gratuita, legislación contra la discriminación y una mayor participación de las personas mayores en los procesos de toma de decisiones⁹.

Entre el 4 y el 6 de diciembre de 2007 en Brasilia (Brasil) se llevó a cabo la segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe; hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos.

La Declaración de Brasilia destacó:

- La responsabilidad de los gobiernos de promover y prestar los servicios sociales y de salud básicos y de facilitar el acceso a ellos, teniendo en cuenta las necesidades de las personas adultas mayores¹⁰.
- La preocupación de los Estados por los derechos de las personas de edad ha ido en aumento y se ha traducido en la creación de marcos legales de protección, aunque se mantienen brechas de implementación de estos derechos y muchas personas de edad aun no acceden a prestaciones de seguridad social, de salud o a servicios sociales¹¹.
- La importancia de examinar de manera amplia e integral, los efectos de la migración en la dinámica del envejecimiento de las comunidades de origen, tránsito y destino, prestando especial atención al impacto de los flujos migratorios en los propios migrantes, sus familias, la comunidad y la sociedad, así como en el desarrollo económico y social de los países¹².

⁹ Horizontes, Número 68, Helpage, Febrero 2007 Pág. 5

¹⁰ Declaración de Brasilia, Brasilia 2007, HelpAge Internacional (folleto)

¹¹ Ibíd.

¹² Ibíd.

- Hacer todos los esfuerzos por ampliar y mejorar la cobertura de pensiones, sean contributivas o no contributivas, así como adoptar medidas para incorporar mayor solidaridad a nuestros sistemas de protección social¹³.
- La necesidad de impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integral, oportuna y de calidad, de acuerdo con las políticas públicas de cada país, y fomentar el acceso a los medicamentos básicos de uso continuado para las personas de edad¹⁴.

13 Ibid.

14 Ibid.



2. Pobreza

" Hay pobreza que obliga vender la libertad para vivir¹⁵"

Hay al menos dos métodos convencionales para medir la pobreza¹⁶.

El primero es denominado Método de Líneas de Pobreza, mide el ingreso y define como pobres a aquellos hogares que no logran percibir los recursos suficientes para adquirir una canasta de bienes y servicios que les asegure una alimentación adecuada y que satisfaga otras necesidades consideradas básicas, como la vestimenta y el combustible para cocinar. En algunos casos distinguen dos líneas de pobreza, donde consideran "pobres" a aquellos que no tienen ingresos suficientes para cubrir sus necesidades de servicios, vivienda, vestimenta y

15 Jesús Quintero escritor español

16 Indicadores de Pobreza Indígena, John Renshaw y Natalia Gras, BID, enero de 2004.

alimentos, mientras los hogares “de extrema pobreza” o “indigentes” son aquellos que ni siquiera tienen suficiente ingreso para asegurar una alimentación adecuada a todos los miembros del hogar.

En la práctica, es muy difícil calcular los requerimientos y los ingresos del hogar, tarea que se torna más compleja en el área rural y más aún para los adultos mayores, donde se debe evaluar los beneficios no-monetarios y la seguridad alimentaria derivada de sus cultivos, de sus animales, de la caza, pesca o de combustibles utilizados.

El otro método para medir la pobreza, desarrollado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en los años ‘80 es de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Utiliza los datos disponibles en los censos nacionales y, aunque se refiere al hogar como unidad básica, mide el acceso a los servicios y los bienes y no a la capacidad adquisitiva de los miembros del hogar.

El método integrado, desarrollado entre otros por Boltvinic que combina los dos métodos anteriores y analiza la insuficiencia de las fuentes de bienestar como expresión de la pobreza de las personas y los hogares¹⁷.

2.1. Los indicadores de pobreza

La pobreza es un fenómeno complejo y no hay indicadores precisos que puedan captar las distintas situaciones de necesidades básicas insatisfechas. La medición de los parámetros de pobreza no deben confundir las causas estructurales con sus síntomas.

Un análisis de la pobreza debe considerar aspectos como la falta de recursos, de ingresos, de bienes, servicios y el reconocimiento de los derechos que los adultos mayores tienen.

Parecería insuficiente limitarse a indicadores cuantitativos como: la cantidad de médicos o enfermeras, el número de centros de salud o la extensión de tierra que pertenece a la comunidad. Estos indicadores

¹⁷ Cuadros Falla, Julia. Vejez y pobreza en el Perú: La visión de las personas de edad. CooperAccion. Abril 2004. Pág. 24

tienden a enfatizar el número ignorando aspectos como la calidad, la participación o la adecuación a la realidad del entorno. Es más difícil traducir los indicadores de calidad en términos operativos, pero de acuerdo al campo específico se debería analizar la información, combinando indicadores más objetivos con otros subjetivos preguntando a los individuos sobre la percepción de su situación, de la provisión de bienes y servicios, etc.

El concepto de actividad económica no es fácilmente aplicable a ciertas comunidades que no asignan un valor monetario al trabajo. Existen casos donde no se discriminan las actividades productivas: el trabajo remunerado, el comercio y la producción de subsistencia, de las actividades reproductivas, el cuidado de los niños, la preparación de alimentos y otras actividades que las estadísticas clasifican como tareas domésticas.

El ingreso es uno de los principales indicadores que se utiliza para medir la pobreza. En sectores rurales que cultivan para su subsistencia, el ingreso es un indicador con doble sentido. Por un lado, el dinero es necesario para tener acceso a los bienes del mercado; por el otro, es un indicador de dependencia. Las poblaciones que aún mantienen un buen nivel de autonomía y satisfacen ciertas necesidades de la agricultura no requieren el mismo nivel de ingresos que otras poblaciones sin tierras que deben comprar todo lo que requieren, de tal forma que el ingreso es un buen indicador del bienestar si está integrado a otros indicadores que muestren el grado de independencia económica.

En el área rural, el análisis de la disponibilidad de los recursos ofrece una base más sólida para medir la pobreza, como el acceso y la propiedad de la tierra. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la tenencia de la tierra es considerada, en algunos casos como propiedad comunal.

Las condiciones de la vivienda y el acceso a los servicios de agua potable, saneamiento básico y electricidad son indicadores importantes en los esquemas convencionales de medición de la pobreza. Así como los materiales de la vivienda: techos, paredes y pisos, y el número de dormitorios.

El acceso a servicios de agua y alcantarillado es, en algunos casos, más crítico para los pobladores que habitan en áreas urbanas o periurbanas que para otros grupos que viven dispersos en las áreas rurales. El hecho de no tener agua por cañería no necesariamente debe considerarse un indicador de pobreza para poblaciones que tienen fuentes permanentes de agua limpia cerca de sus viviendas.

El acceso vial y la electricidad tienden a reflejar el grado de integración de la comunidad más que el nivel de bienestar o pobreza. Otro elemento que refleja ambigüedad es el combustible utilizado para cocinar. En comunidades que tienen tierras propias utilizan la leña, por ser de menor costo. Sin embargo, aunque el uso de la leña en sí no debería considerarse un indicador de pobreza, hay situaciones en las cuales, por la escasez de tierras o bosques y por la concentración de la población, la leña tiene valor comercial.

2.2. Índice de Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador multidimensional de desarrollo, que parte de la premisa que existen capacidades esenciales para el bienestar de las personas, como ciertos logros mínimos en materia de salud, educación e ingresos.

Los indicadores que sirven para medir las tres dimensiones que refleja el IDH son:

- Longevidad¹⁸ : cuantificada a través de la Esperanza de Vida.
- Nivel educacional¹⁹ : calculada a través de la combinación de la tasa de alfabetización de adultos (ponderación $\frac{1}{2}$), de la tasa neta de matriculación combinada (ponderación $\frac{1}{4}$) y de los años promedio de escolaridad (ponderación $\frac{1}{4}$).
- Nivel de vida²⁰ : estimada mediante el índice de consumo per cápita

De donde: $IDH = \frac{1}{3} (\text{Índice de salud}) + \frac{1}{3} (\text{Índice de educación}) + \frac{1}{3} (\text{Índice de consumo})$.

18 Tener una vida larga y sana

19 Poseer conocimientos necesarios

20 Tener ingresos suficientes



3. Protección Social

"Lo más terrible de la vejez no es la soledad,
sino la dependencia²¹"

La Seguridad Social es un derecho inalienable del ser humano. Se concibe como garantía para la consecución del bienestar de la población y como factor de integración permanente, estabilidad y desarrollo armónico de la sociedad²².

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia²³.

21 Discurso de Isabel Allende en la Condecoración Gabriela Mistral, Chile, 1994

22 El Código Iberoamericano de Seguridad Social 1995.

23 La Declaración Universal de Derechos Humanos, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948.

Así mismo, toda persona tiene derecho a que la seguridad social le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad, que proveniente de cualquier causa ajena a su voluntad le imposibilite física o mentalmente, para obtener los medios de subsistencia²⁴.

Los principios de la Seguridad Social sustenta la política social en la solidaridad, universalidad, equidad y subsidiaridad del Estado moderno, coadyuvan al logro de los fines de bienestar e integración social²⁵.

Es una responsabilidad indeclinable de los Estados establecer programas de protección social que tiendan a garantizar a la población su derecho a la Seguridad Social cualquiera sea el modelo de organización institucional, los modos de gestión y el régimen financiero de los respectivos sistemas protectores que, dependiendo de sus propias circunstancias económicas, políticas y sociales hayan sido elegidos²⁶.

La Protección Social se define como una serie de intervenciones públicas para:

- Ayudar a las personas, familias y comunidades a administrar mejor el riesgo.
- Apoyar a los más pobres en situación crítica.

Esta definición tiene dos componentes. El primero busca una mejor administración del riesgo y corresponde al concepto de aseguramiento. El segundo, procura prestar ayuda a los más pobres y se refiere a una intervención de carácter asistencial²⁷.

Existe una relación de complementariedad entre ambos, que sustenta la noción de sistema de protección social. El mercado laboral juega un papel central como articulador de los dos componentes del sistema.

24 La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre Bogotá 1948.

25 Resolución N° 113, de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social México 1992.

26 Código Iberoamericano de Seguridad Social 1995

27 A definición de Holzmann y Jorgensen (2000),

3.1. Aseguramiento

Los sistemas de seguridad social, desde un punto de vista económico protegen a los asegurados y particularmente a los adultos mayores frente a posibles pérdidas de ingresos originadas por una de tres causas: salud, desempleo o vejez.

Dos grandes hitos se destacan en la historia de la seguridad social:

1. La contribución del Canciller Otto Bismark y su famoso mensaje al parlamento alemán, del 17 de noviembre de 1881, en el que propuso normas para una seguridad social basada en los aportes de los empleadores y los trabajadores industriales. A este modelo se lo llamó “contributivo”
2. El Informe de William Beveridge al gobierno británico del 20 de noviembre de 1942 sobre un modelo no contributivo financiado mediante impuestos, que tiende hacia la universalización de la cobertura para convertirse en el objetivo primero y básico de todo sistema de protección social.

Los problemas de salud pueden afectar la situación económica de una persona porque pierde su capacidad de trabajo y/o porque debe pagar una suma desproporcionada de dinero en un tratamiento, como ocurre con las enfermedades catastróficas. Un empobrecimiento similar puede resultar de una situación de desempleo prolongado. Así mismo, la vejez está asociada a una pérdida de capacidad de trabajo y por lo tanto de generación de ingresos.

El común denominador de tres temas tan aparentemente distintos como la salud, la vejez y el desempleo, es la pérdida de ingresos. Así, la lógica que hay detrás del concepto de seguridad social es particularmente económica.

El término salud debe entenderse en un sentido amplio para incorporar la enfermedad y para cobijar la invalidez que disminuye la capacidad de trabajo sea por accidente, enfermedad o por el paso de los años. Este se denomina seguro de invalidez y vejez.

El seguro de muerte busca proteger el ingreso de la familia del asegurado en caso de que éste fallezca.

La organización institucional de la seguridad social en el mundo ha cambiado. En un principio los seguros sociales se ofrecían a través de instituciones públicas que actuaban en condiciones de monopolio, con el tiempo, se ha evolucionado hacia esquemas en los que se separa más claramente la función de regular (siempre a cargo del Estado), de la de administrar los seguros. Tanto en salud como en pensiones se ha concedido un espacio para que instituciones privadas presten los servicios de aseguramiento bajo un esquema de competencia regulada.

El aseguramiento es un conjunto de seguros regulados y financiados con contribuciones de trabajadores, empleadores y el Estado, que protegen a las personas al menos frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y la invalidez.

3.2. Asistencia Social

Cuando una elevada proporción de personas y familias está insuficientemente dotada de capital físico y humano, la pobreza tiende a ser alta y también la inequidad en la distribución del ingreso, puesto que la riqueza nacional se concentra en pocas personas que tienen la capacidad de generarla.

Una estrategia para enfrentar la pobreza y mejorar la distribución del ingreso consiste en redistribuir las dotaciones de capital, de manera que toda la población esté en condiciones de generar un ingreso aceptable. Esta se denomina estrategia estructural.

La segunda, busca remediar sus consecuencias. Es preciso que el Estado intervenga para captar recursos de las personas con altos ingresos mediante la tributación, para redistribuirlos entre los más necesitados. Esta se denomina estrategia asistencial, que consiste en otorgar subsidios a los sectores de la población que no tienen suficiente capacidad de generar ingresos.

La Asistencia Social es un conjunto de intervenciones estatales orientadas a reducir la pobreza a través de las estrategias Estructural²⁸ y Asistencial²⁹.

La seguridad Social otorga amparo frente a disminución de ingresos, en tanto que los programas asistenciales, pretenden garantizar un mínimo nivel de vida a quienes no tienen suficiente capacidad de generación de ingresos. Existe una relación de complementariedad entre el aseguramiento y la asistencia social, que da origen a la noción de sistema de la Protección Social.



Con un poco de apoyo
las personas mayores

hacen una gran
diferencia

28 Busca dotar a la población de un nivel suficiente de capital humano y físico de manera que todos puedan generar un ingreso aceptable

29 Otorga subsidios en especie o en dinero en favor de las personas con insuficiente capacidad de generar ingresos.

Foto: Lisset Larico



4. Derechos económicos y sociales

En los países en desarrollo, a medida que los hombres y mujeres envejecen, enfrentan una carga cada vez más pesada de endeudamiento, hambre, aislamiento e indigencia. La tercera edad trae consigo una reducción de la capacidad de trabajo, así como dificultades para acceder a la atención de salud y otros servicios esenciales, aumentando con ello las probabilidades de las personas mayores de caer en la pobreza y permanecer en ella³⁰.

4.1. Pensión Social

Un mecanismo comprobado para reducir la pobreza en la tercera edad y brindar apoyo a los hogares multigeneracionales es la introducción de una renta social básica. Las pensiones sociales pueden regenerar

las economías locales y redistribuir la riqueza. Elevan el nivel nutricional de los niños/as y adolescentes, impulsan la asistencia escolar y mejoran la salud de todos los miembros del hogar³¹.

La introducción de pensiones sociales permitiría a los gobiernos cumplir con su obligación de otorgar el derecho a protección social, que se encuentra establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y ha sido reforzado por tratados de derechos subsiguientes, entre ellos el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento³². Una pensión otorgada a las personas mayores les permite acceder a servicios básicos como atención de salud y agua³³.

Las transferencias de dinero en efectivo focalizadas en las personas mayores pueden ser vistas como un componente fundamental de un paquete de protección social integral, diseñado para proteger a los niños y niñas, las mujeres y los hombres pobres a todo lo largo de sus vidas. Otras rentas se focalizan en grupos de desventajas, tales como las personas con discapacidad y las minorías, por medio de servicios de educación y salud accesibles y costeables, acceso al agua salubre, alimentación y vivienda, así como protección en tiempos de conflicto o desastres naturales³⁴.

Las personas pobres necesitan ayuda en el curso de toda su vida y no solamente en la tercera edad, también otros grupos vulnerables demandan protección social. Sin embargo las características particulares de la pobreza en la vejez requieren una acción más urgente.

El caso de la pensión social no es sólo teórico, un significativo número de países en desarrollo están actualmente haciendo transferencias en efectivo, no contributivas a personas mayores³⁵.

La pensión social es necesaria porque contribuye a:

- Mejorar la salud y la posición social de los beneficiarios, el acceso a servicios básicos como crédito, atención de salud y agua.

31 Ibid.

32 Envejecimiento y seguridad. Resumen de informe. Hefpage Internacional. Pág. 3

33 Envejecimiento y seguridad. Resumen de informe. Hefpage Internacional. Pág. 4

34 Envejecimiento y seguridad. Resumen de informe. Hefpage Internacional. Pág. 5

35 En el Anexo Estadístico Cuadro N° 1 se muestran los datos de Pensiones Sociales vigentes en 14 países

- Generar ingresos familiares en salud y educación.
- Reducir la pobreza crónica.
- Incentivar la inversión en capital físico, humano y social.

En muchos casos la pensión social es el único ingreso regular para la mayoría de las personas de la tercera edad en los países en vías de desarrollo.

Existe un intenso debate entre la universalidad o la focalización de esta pensión. Los argumentos que sostienen que la Pensión Social debería ser universal y no focalizada, son: su mayor efectividad, requiere menos costo de administración, es más costo/efectiva, genera menos controversia y contribuye de mejor forma a la cohesión social.

Aún en los países que tienen altos ingresos, donde los gobiernos poseen gran cantidad y calidad de información sobre la población y la mayoría de las personas trabajan en empleos formales, las pensiones focalizadas son problemáticas, muchas veces hay errores significativos de inclusión que hacen que algunas personas reciban el beneficio que no deberían y existen también errores de exclusión que hacen que otras personas que deberían recibir la pensión, no lo hagan.

Por ejemplo, en el Reino Unido que tiene un sistema singular de protección social, aunque 2.5 millones de pensionados han reclamado un beneficio focalizado, más de dos millones que son elegibles no lo han hecho a pesar de la campaña masiva de información y concientización que puso en práctica el Gobierno³⁶.

Estos errores son mucho mayores en los países en desarrollo donde los mecanismos para identificar a las personas más pobres no han sido implementados aun. Tal es el caso de la India en que gran cantidad de personas pobres quedan excluidas cuando paradójicamente las pensiones sociales están dirigidas a ellas.

Identificar a quienes están debajo de la línea de pobreza es administrativamente complicado, en especial en países pobres que tienen

36 Horizontes Numero 70. Helpage International. Acción global sobre envejecimiento. Londres Febrero 2008

poca y deficiente información sobre su población. Los sistemas de pensiones sociales con prueba de ingresos son considerablemente más caros de administrar que los programas universales.

Las pensiones focalizadas requieren un redireccionamiento continuo ya que los beneficiarios se mueven dentro y fuera de los umbrales de pobreza. En cambio las pensiones sociales universales no requieren cumplir este requisito, pues las personas son retiradas únicamente cuando fallecen.

En el focalizado es menos probable que algunos ahorren para la edad mayor o que inviertan en programas de pensión privados o de seguridad social, ya que esto los descalificaría para recibir la pensión social.

Los errores de inclusión asociados con los sistemas de pensión focalizada implican que las personas que están por encima de la línea de pobreza reciban la pensión. Como resultado, estos programas están frecuentemente bajo la crítica pública y se genera además mayor posibilidad de corrupción. Con programas universales, los criterios de elegibilidad claros hacen menos probable la corrupción y hay por consecuencia menos probabilidades de controversia en los medios de comunicación y en la población en general.

Algunas formas de direccionamiento que se utilizan en los países en desarrollo pueden exacerbar las tensiones en las comunidades. Generalmente se selecciona a una persona pobre para que reciba la pensión, mientras que otra en condiciones similares es excluida. Los problemas pueden hacerse mayores, especialmente si la selección es considerada injusta. Las pensiones universales tienen un criterio de selección que no es disputable ya que se basa en la edad. Este sistema se considera más justo, todos saben que recibirán la pensión social cuando alcancen la edad. Las pensiones sociales son efectivas para fortalecer el contrato social. Todos reciben la pensión como un derecho por parte del Estado.

4.2. Acceso a la salud

Muchas personas en los países en desarrollo tienen una exposición al riesgo de enfermedad durante toda la vida, sufren enfermedades

crónicas y discapacidades, sin acceso adecuado a los servicios de salud. Están, por lo tanto, funcionalmente “viejos” para cuando alcanzan los 40 o 50 años. Esto es particularmente cierto para las mujeres, quienes después de años de trabajo físico, mala nutrición y múltiples embarazos, están en el umbral de la edad mayor para cuando terminen su edad reproductiva³⁷.

Una preocupación de los adultos mayores es su salud personal, que afecta su habilidad para trabajar y poder jugar un rol activo en sus comunidades³⁸, por ello, es importante que cuenten con protección social en salud.

El seguro de salud es sin duda de vital importancia para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en condición de pobreza. La mayoría de ellos llegan con buena salud mental al final de sus días. Pero para muchos, en especial los millones que viven en extrema pobreza, la vejez puede traer cada vez más estrés, aflicción y depresión³⁹.

La probabilidad de contraer una enfermedad puede crecer significativamente en la medida que transcurre la edad. “Aproximadamente uno de cada diez mayores de 65 años sufre de depresión y es más alta la tasa entre residentes de asilos”⁴⁰ “Los Adultos mayores que sufren problemas de salud suelen tender al alcoholismo, entre el 4 y 23 por ciento de los examinados por el personal médico del Reino Unido, tienen problemas con el alcohol”⁴¹.

En casos extremos, la coexistencia de pobreza y la falta de cobertura en salud pueden traer consecuencias fatales. A nivel mundial, los adultos mayores son el grupo de más alto riesgo por suicidios. “En Hong Kong, la tasa de suicidios, es cuatro a cinco veces más alta que en la población en general”⁴².

37 Ibid.

38 El informe sobre el Envejecimiento y el Desarrollo. Un resumen. Pobreza, Independencia y las personas Mayores del Mundo. Helpage Internacional. Pág. 12

39 Horizontes Número 65. Helpage Internacional. Julio 2005. Pág. 2

40 Horizontes Número 65. Helpage Internacional. Julio 2005. Pág. 4

41 Horizontes Número 65. Helpage Internacional. Julio 2005. Pág. 4

42 Ibid.

Las enfermedades crónicas son un problema serio. En una encuesta sobre perfiles de salud de las personas mayores en India, que cubrió 5.000 hogares en áreas urbanas y rurales, “el 45 por ciento tanto de hombres como de mujeres reportaron enfermedades crónicas”⁴³.

Generalmente los programas de los gobiernos dedicados al VIH Sida ponen énfasis en la población joven y no consideran que:

1. Conforme las personas envejecen, es más probable que tengan enfermedades. La epidemia de VIH SIDA significa que millones de personas, especialmente en África, están sufriendo no sólo la pérdida de sus pares, sino también de sus hijos⁴⁴.
2. “El 90 por ciento de la atención al SIDA es brindada en los hogares generalmente por mujeres mayores”⁴⁵.
3. “En cinco distritos de Tanzania, la mitad de las personas mayores cuidan a personas que viven con enfermedades relacionadas con el VIH”⁴⁶.
4. “En Tailandia cerca de dos terceras partes de los adultos que mueren de enfermedades relacionadas con el VIH son atendidos por sus padres”⁴⁷.
5. “En cinco aldeas del norte de Mozambique, más de la mitad de las personas mayores cuida huérfanos”⁴⁸.

Los cambios biológicos asociados con el envejecimiento, los cambios los estilos de vida y las enfermedades físicas, que causan dolor y temor de volverse discapacitados, justifican contar con un mecanismo de Protección Social como lo es un Seguro de Salud destinado a otorgar cobertura a los adultos mayores contra el riesgo de enfermedad.

43 Ibid.

44 Horizontes Número 65. Helpage Internacional. Julio 2005. Pág. 9

45 Revisión Anual 2004 2005 Helpage Internacional. Pág. 8

46 Ibid.

47 Ibid.

48 Ibid.

Foto: Lisset Larico



5. Situación del Adulto Mayor en Bolivia

5.1. Transición demográfica

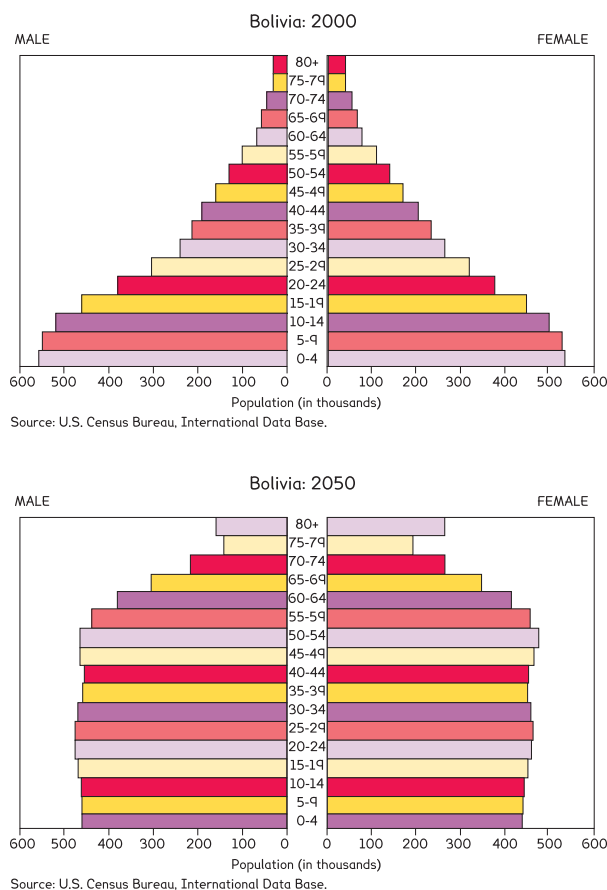
Según los datos obtenidos en los Censos de Población y Vivienda realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en los años 1976 y 2001, la tasa de fecundidad en el país ha disminuido de 6.5 a 4.4 hijos por mujer y se ha reducido también la tasa de mortalidad. En consecuencia, la esperanza de vida de las personas que tienen 60 años se ha modificado de 17,1 años en el quinquenio 1990-1995 a 17,9 años en 2000-2005⁴⁹.

⁴⁹ En el Anexo Estadístico Cuadro N° 2 se muestra la Esperanza de Vida a los 60 años en Bolivia según quinquenios por género.

El continuo descenso de la fecundidad tiene una implicancia directa e inmediata en la reducción de la población en edades menores. El descenso paulatino de la mortalidad en edades adultas tiene por consecuencia el incremento de la población en ese grupo etáreo. Ambos efectos provocan el consecuente envejecimiento de la población.

Según el INE⁵⁰ las tasas de crecimiento de la población de 60 años y más para el año 2020 será de 3.3% mientras que la tasa de crecimiento de la población total será sólo de 1.7%. Para el 2050 estas proyecciones son más críticas pues la tasa de crecimiento de la población mayor de 60 años (3.2%) será más de cuatro veces superior a la tasa de crecimiento de la población total (0.7%).

Gráfico 1: Bolivia: Pirámide Poblacional 2000 - 2050



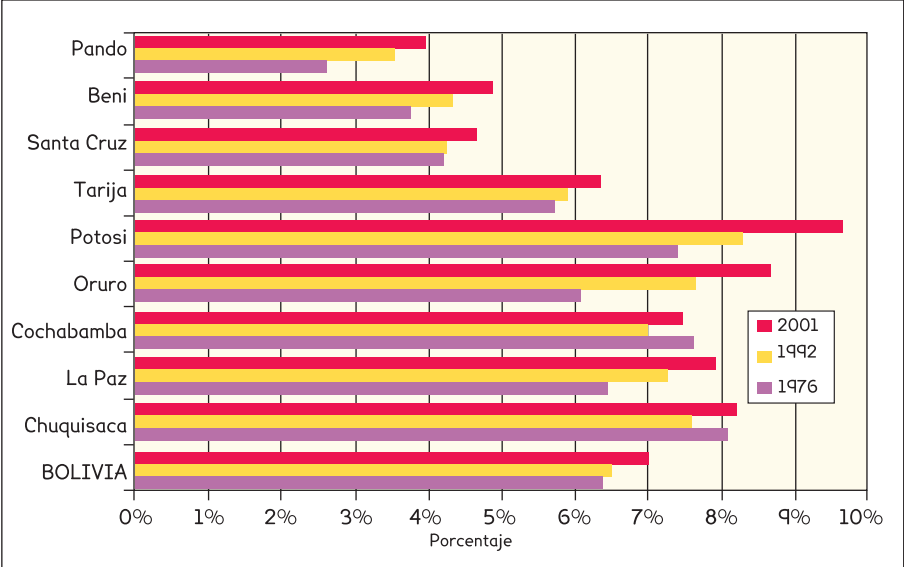
50 INE: Situación Socio Demográfica de la Población Adulta Mayor. La Paz Bolivia. 2003 pagina 4.

El gráfico anterior muestra el cambio radical en la pirámide poblacional en Bolivia entre el año 2000 y el 2050.

En el año 2001, la población mayor de sesenta años en Bolivia fue de 579.259 personas mientras que según el INE en 2010 llegaría a más de 1.007.000. El índice de masculinidad es de 86 hombres por cada 100 mujeres.

Gráfico 2: Bolivia: Población mayor de 60 años por Departamento

BOLIVIA: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD POR DEPARTAMENTO, CENSOS 1976, 1992 Y 2001



Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda 1976, 1992 y 2001

Los departamentos con mayor porcentaje de población adulta mayor son Potosí y Oruro con 9.6% y 8.7 % respectivamente. La mayor cantidad se encuentra concentrada en los departamentos de La Paz y Cochabamba, aunque Santa Cruz tiene mayor población que Cochabamba, ésta tiene mayor población de 60 y más años de edad. La tasa intercensal de crecimiento de la población es de 2.74% mientras que la población adulta crece al 3.54%.

El envejecimiento en el área rural se acentúa debido a que la población joven emigra hacia las ciudades en busca de oportunidades de trabajo, las personas mayores en el área rural se quedan a cargo de los niños y el porcentaje de ésta población llega al 9.2% del total mientras en el área urbana es de 5.7 por ciento.

El índice de dependencia de la tercera edad mide la cantidad de población de 60 y más años de edad por cada cien personas que tienen 15 a 59 años. El índice del país alcanza a 12.9% que se compone de 9.8% en el área urbana y más del doble (19%) en el área rural, lo que significa que por cada cien personas entre 15 y 59 años, veinte son personas mayores.

5.2. Niveles de pobreza

El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas que utiliza el INE para elaborar el Mapa de Pobreza, está basado en seis indicadores:

- **Materiales de construcción:** son considerados inadecuados si la vivienda tiene paredes hechas de caña, palma o piedra, piso de tierra y/o techo de paja, caña o materiales de desecho.
- **Espacio disponible:** las personas viven por debajo de los mínimos establecidos, si hay más de cinco personas durmiendo en dos habitaciones y no tienen por lo menos una habitación adicional para comer o vivir y/o no tienen una habitación separada para cocinar.
- **Agua y servicios sanitarios:** son inadecuados si una vivienda no tiene agua corriente, facilidades sanitarias o un pozo séptico. Estos parámetros son menos rigurosos en las áreas rurales.
- **Energía:** es inadecuada si no hay electricidad en la vivienda y/o los residentes usan carbón, estiércol, leña o querosén para cocinar.
- **Educación:** el nivel educativo se considera inadecuado si algunos de los miembros de la familia no pueden leer o escribir, o si hay niños que no asisten, y/o están retrasados en la escuela.

- Salud: es inadecuada si solamente una pequeña proporción de mujeres recibe tratamiento por parte de personal médico, enfermería u otros profesionales

Se consideran pobres a los habitantes residentes en viviendas que no reúnen las condiciones apropiadas, carecen de servicios de agua y saneamiento, utilizan combustibles no adecuados para cocinar, tienen bajos niveles de educación o manifiestan deficiente atención en salud. Al momento del Censo del 2001, en el ámbito rural 91 de cada 100 personas se encontraban en condición de pobreza.

Esta condición se acentúa en la tercera edad. El 63 % de la población adulta mayor en Bolivia vive en condiciones precarias, 357.610 personas mayores de 60 años residen en viviendas que no reúnen las condiciones apropiadas, carecen de servicios de agua y saneamiento, utilizan combustibles no adecuados para cocinar, tienen bajos niveles de educación y presentan una inadecuada atención de salud. La población adulta mayor “no pobre” representa sólo el 37%, de los cuales el 56% tienen sus necesidades básicas satisfechas y el restante 44% está en el umbral de la pobreza⁵¹. Los adultos mayores en extrema pobreza o marginales son 32.175, carecen de servicios de agua y saneamiento, residen en viviendas precarias, tienen bajos niveles educativos y severo déficit de atención de salud.

5.3. Participación laboral

A pesar de que por definición las personas mayores deberían ser consideradas “Inactivas”, según la Encuesta Permanente de Hogares (MECOVI) realizada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2002, el 60% de los adultos mayores se considera parte de la Población Económicamente Activa (PEA). El 40% restante conforma la Población Económicamente Inactiva (PEI) compuesta por amas de casa, jubilados, rentistas de riesgo profesional u otras formas de inactividad.

La tasa de participación de la población de la tercera edad en la actividad económica es más baja en el género femenino que, más que por

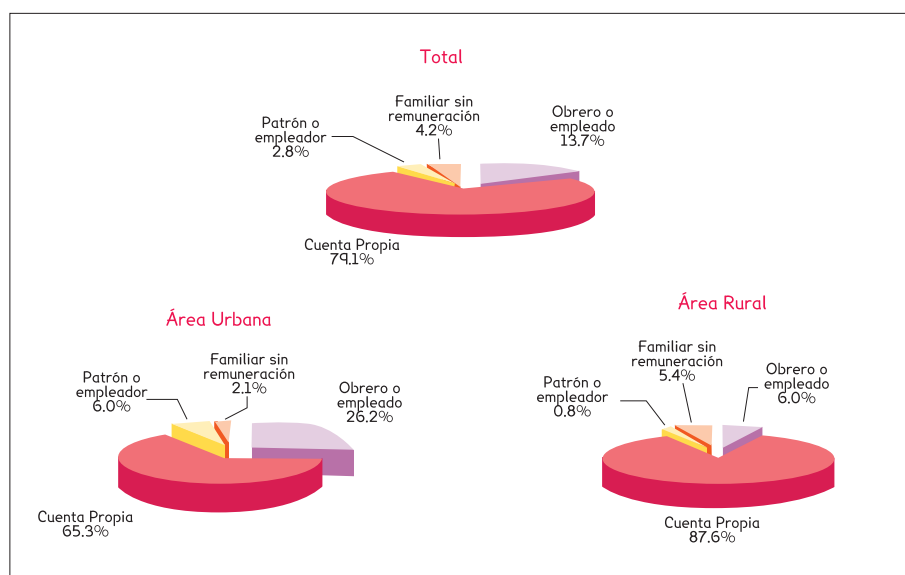
51 En Anexo Estadístico Cuadro Nº 3 se muestra el índice de pobreza en Bolivia y particularmente en la población mayor de 60 años.

decisión voluntaria, es posible responder a factores culturales y a las características del mercado laboral. El 98% de los adultos mayores que se consideran parte de la PEA declararon en la encuesta citada, que aun están ocupados en las diferentes ramas de actividad económica. Esto muestra la necesidad que tienen las personas mayores de buscar la sostenibilidad de sus medios de subsistencia. La baja cobertura del antiguo sistema de jubilación obliga a que un gran porcentaje de la población de la tercera edad recurra a alguna actividad laboral para obtener ingresos.

El 79% de las personas mayores de 60 años deben recurrir a trabajar por cuenta propia y sólo el 13% son empleados u obreros, mientras que en la PEA total, los trabajadores por cuenta propia son solamente el 36.6% y los empleados y obreros son 29%.

Gráfico 3: Bolivia Población Adulta Mayor por Categoría

BOLIVIA: POBLACIÓN ADULTA MAYOR OCUPADA POR CATEGORÍA OCUPACIONAL SEGÚN ÁREA CENSO 2001



Fuente: INE, Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001

5.4. Pensión Social

Los derechos de las personas mayores están reconocidos en la Constitución Política del Estado⁵², las leyes en vigencia y los Convenios Internacionales sobre Derechos Humanos, en particular sobre los derechos económicos, sociales y culturales de los adultos mayores.

El Sistema de Seguridad Social en Bolivia otorga a las personas mayores, pensiones de jubilación e incluye una pensión social universal básica, denominada Renta Dignidad originalmente creada como un Bono Solidario (Bonosol). Además el Seguro de Salud para el Adulto Mayor otorga prestaciones universales a las personas mayores de sesenta años.

La Ley de Pensiones Nº 1732 creó el Bonosol⁵³. Sin embargo a pesar de que existe el derecho establecido por ley, que se empezó a pagar el 1 de mayo de 1997, muchos beneficiarios no podían acceder al pago por falta de documentos de identificación y desconocimiento de sus derechos.

Para ayudar a estas personas a hacer valer su derecho legal, un grupo de instituciones como el Arzobispado de La Paz, el Obispado de El Alto, el Servicio de Identificación Nacional, El Registro Único Nacional (RUN) y la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Mayor de San Andrés se unieron para crear el Centro de Orientación Socio Legal para ayudar en la tramitación de cedulas de identidad de los beneficiarios que no tenían documentos para efectuar el cobro del beneficio.

52 Artículo 67: Además de los derechos reconocidos en esta Constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana. El Estado proveerá una renta vitalicia de vejez, en el marco del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con la ley.

Artículo 68 El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades. Se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

Artículo 69: Los Beneméritos de la Patria merecerán gratitud y respeto de las instituciones públicas, privadas y de la población en general, serán considerados héroes y defensores de Bolivia y recibirán del Estado una pensión vitalicia, de acuerdo con la ley.

53 Artículo 3ro: Los recursos provenientes de las acciones de propiedad del Estado en las empresas capitalizadas, transferidos en beneficio de los ciudadanos bolivianos especificados en el artículo 6 de la Ley de Capitalización, serán destinados al pago de una anualidad vitalicia denominada Bono Solidario (Bonosol) y al pago de gastos funerarios, de conformidad a la presente ley.

El 28 de Noviembre de 2007 mediante la Ley de la Renta Universal de Vejez se crea la Renta Dignidad en sustitución al Bonosol.

La eliminación del Bonosol por la transferencia de su fuente de financiamiento a un fin distinto del pago de la pensión, y la implementación de la Renta Dignidad financiada con los recursos del Impuesto a los Hidrocarburos (IDH), altamente dependiente de los precios internacionales de los hidrocarburos, han creado una situación que necesita ser estudiada mediante el diseño de una Pensión Social y de un Fondo que sea sostenible en el tiempo y que restablezca los fundamentos en base a los principios de la seguridad social. Esta pensión contribuye a la reducción de la pobreza crítica, al crecimiento económico, la generación de ingresos, el financiamiento de la salud y la educación, en las familias donde habita un beneficiario de la pensión.

El aspecto más importante, es que le otorga dignidad y un lugar respetable en la familia, porque ya no es considerado una carga sino más bien contribuye al presupuesto familiar.

La renta social es un mecanismo para reducir la pobreza en la tercera edad y brindar apoyo a los hogares multigeneracionales, focaliza la asistencia en las personas mayores, regenera economías locales y redistribuye la riqueza, eleva el nivel nutricional en los niños y adolescentes que viven con el adulto mayor, impulsa la asistencia escolar y mejora la salud de los miembros del hogar⁵⁴.

Las pensiones sociales son factibles y financiables debido a su simplicidad, transparencia y evidente justicia lo que debe concitar un respaldo público y político generalizado. En el proceso de pago de una pensión social se debe incurrir en mínimos costos administrativos como porcentaje del costo total⁵⁵.

5.5. Seguro de salud

"La vejez es una larga enfermedad"⁵⁶

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del año 2002, en lo que concierne a la atención sanitaria y el acceso

54 Skinner Emmeline. "Proteger y mejorar los medios de subsistencia de los adultos mayores: el rol del Bonosol en La Paz".

55 Durante los diez años en que se pagó el Bonosol y el Bolivida, las AFP no cobraron ninguna comisión por este concepto.

56 Alberto Crespo Rodas historiador boliviano.

a la salud, establece que se deben plantear objetivos para mejorar el estado de salud de las personas de la tercera edad y reducir las discapacidades y la mortalidad, alentar a las personas a que mantengan modos de vida activos y saludables y prestar especial atención a las deficiencias nutricionales y enfermedades conexas.

El 20 de diciembre de 1996 se creó el Seguro Nacional de Vejez⁵⁷ con el propósito de brindar asistencia médica obligatoria y gratuita a las personas mayores de 65 años de edad residentes en el territorio nacional, que no se encuentren aseguradas en el Régimen de Seguridad Social de corto plazo.

Los Gobiernos Municipales tenían la función de elaborar un registro de este grupo de personas que habitaban en su jurisdicción y debían afiliarlas en la Caja Nacional de Salud.

Las prestaciones del Seguro Nacional de Vejez estaban a cargo de la Caja Nacional de Salud conforme a lo establecido en el Código de Seguridad Social y sus Reglamentos. Éste se financiaba con el aporte de la Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad que consistía en el 85% de los recursos provenientes del canon de concesión y el 100% de los importes correspondientes a los premios prescritos que serían abonados a las Alcaldías en proporción al número de beneficiarios del Seguro Nacional de Vejez, residentes en su jurisdicción territorial. Los excedentes que pudieran resultar en el caso de que los recursos asignados superen la prima del seguro, debían ser destinados al financiamiento de otros seguros en favor de la población. En caso de que los recursos fueran insuficientes para cubrir las cotizaciones correspondientes al total de asegurados de su municipio, los Gobiernos Municipales cubrirían este faltante, aplicando al 85% de gastos de inversión.

El Seguro Nacional de Vejez entró en vigencia a partir del primero de enero de 1997 con la afiliación respectiva por parte de los Gobiernos Municipales y las prestaciones se iniciaron el primero de abril de ese mismo año.

57 Decreto Supremo N° 24448 de 20 de diciembre de 1996.

En diciembre de 1998 se sustituyó el Seguro Nacional de Vejez por el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), se cambió la fuente de financiamiento asignando esa responsabilidad al Tesoro General de la Nación (TGN), se redujo la edad a 60 años, se amplió la atención a todas las Cajas de Salud y se determinó la función de afiliación a los Gobiernos Municipales. La Ley 1886 de Derechos y Privilegios de las personas adultas mayores estableció el SMGV y fijó un régimen de descuentos del 20% aplicables a las tarifas de servicios públicos como energía eléctrica, agua y transporte.

El 16 de enero de 2006 se creó el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio nacional, con carácter integral y gratuito. Otorga prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, a ciudadanos mayores de 60 años de edad con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud. El financiamiento del SSPAM, debe ser cubierto con recursos municipales incluyendo los provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos. Las disposiciones de la Ley son de orden público, tienen carácter obligatorio y coercitivo para el Sistema Nacional de Salud, Gobiernos Municipales y el Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo. Las Alcaldías tienen la responsabilidad de implementar el SSPAM afiliándolos gratuitamente, donde tienen fijada su residencia permanente y esta debe ser actualizada anualmente.

El Gobierno Municipal debe suscribir convenios específicos para cada nivel de atención con las instituciones prestadoras de servicios. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención son la puerta de ingreso al seguro.

El SSPAM comprende la atención médica integral y gratuita basada en el Código de Seguridad Social vigente que consiste en: Atención ambulatoria, servicios complementarios, diagnóstico, atenciones odontológicas, hospitalización, tratamientos médicos y quirúrgicos, provisión de insumos y medicamentos.



Foto: Gustavo Trigo

6. Análisis de casos

6.1. Metodología

En marzo de 2009 Helpage International ha contratado a ASEVAP⁵⁸ para realizar el trabajo de levantamiento de datos para la investigación sobre los adultos mayores en seis municipios rurales del país. Este informe contiene los resultados obtenidos en la encuesta⁵⁹.

El propósito general del estudio fue caracterizar a la población objetivo identificando pautas de comportamiento, con relación a la estrategia que adoptan para obtener medios de vida sostenibles. Los objetivos específicos fueron recabar información de la población de adultos mayores que permitiera tener un conocimiento sobre:

58 Asesoría Seguros, Valores y Pensiones es responsable de la redacción del presente informe.

59 La encuesta fue dirigida por el Licenciado Erick Schulze Muñoz

- La generación de recursos para sí mismos y sus dependientes,
- Los problemas más comunes de la exclusión y discriminación en relación a la pensión social y al seguro universal de salud, y
- El efecto de las remesas en la continuidad de sus medios de subsistencia

Se realizó una encuesta a adultos mayores con el apoyo de la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia (ANAMBO)⁶⁰, en seis municipios rurales representativos de las tres zonas geográficas del país: altiplano, valles y llanos.

Los criterios para la identificación de municipios a estudiar fueron los siguientes:

- Representar a diversas zonas geográficas del país.
- La proximidad a las fronteras con Argentina, Chile, Perú y Brasil.
- Incorporar un municipio de la zona que tradicionalmente se lo conoce como emigrante.
- Municipios expulsores de migración.
- Características socio económicas con determinado nivel de pobreza.
- Contar con apoyo de la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia y sus filiales departamentales, para aminorar el rechazo que se puede producir en los adultos mayores al momento de proporcionar información.

El estudio se basó en la obtención de información cuantitativa de personas mayores de 59 años en cinco Departamentos, en los municipios de San Lo-

60 La Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia, nace el 12 de mayo de 2001 en el primer Encuentro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores, evento impulsado por Defensa del Anciano y el Parlamento Nacional del Adulto Mayor-hoy ANAMBO-con el objetivo central de lograr la integración y fortaleza de las organizaciones de adultos mayores del país, centralizando sus demandas y reivindicaciones

renzo (Tarija), La Guardia y Montero (Santa Cruz), Arbieta (Cochabamba), Batallas (La Paz) y Pazña (Oruro). El Departamento de Tarija limita con la República Argentina, el Departamento de Santa Cruz con el Brasil, La Paz con Perú y Oruro con Chile.

Se relevaron un total de 387 entrevistas donde se obtuvo información de 487 personas mayores de 59 años de una muestra de los municipios citados. Se utilizó una boleta con 42 preguntas, que fue consensuada con HelpAge y ANAMBO.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tomó en cuenta una estimación a nivel de toda la población con la mayor dispersión posible ($p = q = 0,5$), y con un nivel de confianza del 95%.

6.2. Información general

Los resultados principales muestran que los rasgos distintivos de los hogares encuestados son los siguientes:

- Una mayoría de mujeres (52.8%), sin embargo la diferencia no es significativa.
- La mitad de los entrevistados señaló ser casado o conviviente (49,9%) y más de una tercera parte viudo (36.7%).
- El tamaño promedio de los hogares es de 3,41 personas.
- En promedio 1,79 personas aportan al mantenimiento del hogar, en prácticamente la mitad de los hogares (48.1%) es sólo una persona la que aporta para su mantenimiento.
- En el 24,5% de los hogares, uno de los aportantes vive fuera del municipio.

6.2.1. Vivienda

El 80% de los entrevistados contestó que habita en una vivienda propia, observándose diferencias entre municipios. En Batallas el 10% señaló que reside en vivienda de familiares y en la Guardia el 19,4% indicó que habita en una vivienda cedida o prestada.

Más de la mitad de los entrevistados tiene entre una y tres habitaciones en su vivienda. En San Lorenzo casi el 80% vive en una vivienda con cuatro o más habitaciones. Cuatro de cada cinco hogares tiene una habitación exclusiva para cocinar.

Prácticamente todos los entrevistados cuentan en su vivienda con los servicios de agua y luz; siete de cada diez tiene televisor, y sólo dos de cada cinco tiene alcantarillado. Debe observarse que en los municipios de la Guardia el 11,9% y en Pazña el 14,6% de las viviendas tiene alcantarillado.

6.2.2. Trato que reciben los adultos mayores

Los adultos mayores entrevistados contestaron sobre el trato que reciben de los funcionarios públicos que es en la mayoría de los casos (52,2%) bueno o muy bueno. Sin embargo, en el municipio de San Lorenzo el 35,4% señaló que recibía este tipo de trato. La percepción de los adultos mayores entrevistados sobre la atención que reciben de las entidades privadas es en su mayoría (58,6%) bueno o muy bueno. Calificación que supera al criterio que los entrevistados tienen sobre el trato que reciben de los funcionarios públicos. El 31,2% de los entrevistados en el municipio de Pazña señalaron que reciben regular o mala atención de los funcionarios de las entidades privadas.

Por lo establecido en la ley 1886, los adultos mayores cuentan con descuentos del 20% en los servicios de agua potable, energía eléctrica y transporte interdepartamental e interprovincial. Los resultados de la encuesta muestran el incumplimiento de la norma legal en vigencia.

6.2.3. Edad y documentos

La mitad de la población de adultos mayores sobre los que se obtuvo información son menores de 70 años (50,7%). Debe observarse que el 5,7% no recuerda la edad que tiene, el porcentaje es del 24,1% en el caso de Batallas y del 8,2% en Pazña.

Los resultados obtenidos muestran que todos los entrevistados en los municipios de San Lorenzo, Batallas y Arbieto cuentan con al menos un documento que acredita su identidad (Carnet de Identidad, Regis-

tro Único Nacional (RUN) o Libreta de Servicio Militar), entretanto el 3,2% de los adultos mayores no cuenta con ningún documento de identidad.

6.3. Estrategias formales de financiamiento de gastos

A continuación se examinan las estrategias formales que tienen los adultos mayores para financiar sus gastos a través de la pensión social y sus ingresos.

Pero previamente se analiza el Seguro de Salud para el Adulto Mayor, pues no sólo es parte importante de la protección social garantizada por ley, es también un gasto que las personas de la tercera edad no deberían realizar pues la atención médica, medicamentos e insumos ya cuentan con financiamiento por parte del Estado.

6.3.1. Acceso a la salud

Efectivamente, el 37% de los encuestados contestó que no está afiliado al Seguro de Salud para el Adulto Mayor. En Pazña aun resta afiliarse al 20 % de la población mientras que en La Guardia (28%), Batallas (32 %) y Arbieta (34%) el porcentaje es mayor. En tanto que en Montero y en San Lorenzo más de la mitad de las personas adultas mayores respondieron que aún no se han afiliado al seguro.

En estos casos el financiamiento de los gastos de subsistencia se encuentra afectado por estas erogaciones, pues si estuvieran afiliados al seguro, podrían acudir a los establecimientos de salud sin tener que pagar suma alguna de dinero y tendrían mayor disponibilidad de recursos para destinar a la satisfacción de otras necesidades.

Uno de cada dos adultos mayores que recibe pensión de jubilación no está afiliado al seguro de salud, la misma proporción se presenta para aquellos que siguen trabajando. Tampoco está afiliado el 35% de los que no perciben ningún ingreso, ni el 40% de los que reciben remesas.

Se destaca el desconocimiento que tiene el 46% de los encuestados respecto al derecho que los asiste para recibir las prestaciones del

Gráfico 4: Afiliación al Seguro de Salud para el Adulto Mayor según municipio

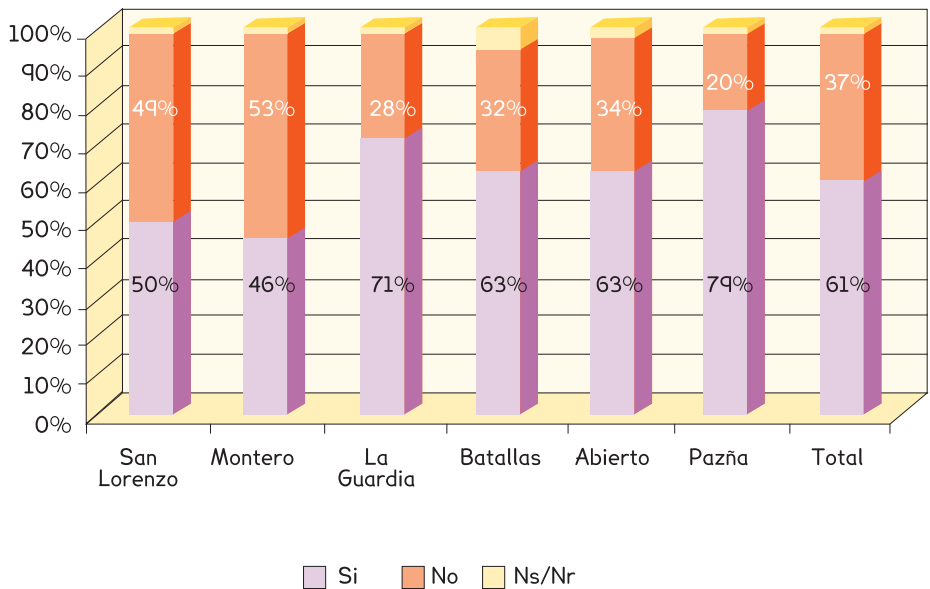
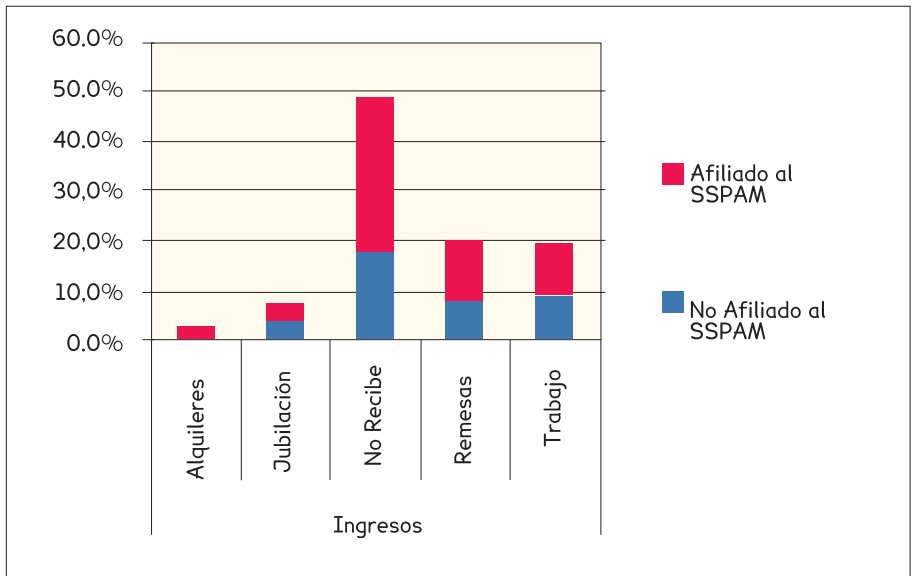


Gráfico 5: Afiliación al Seguro de Salud para el Adulto Mayor según ingresos

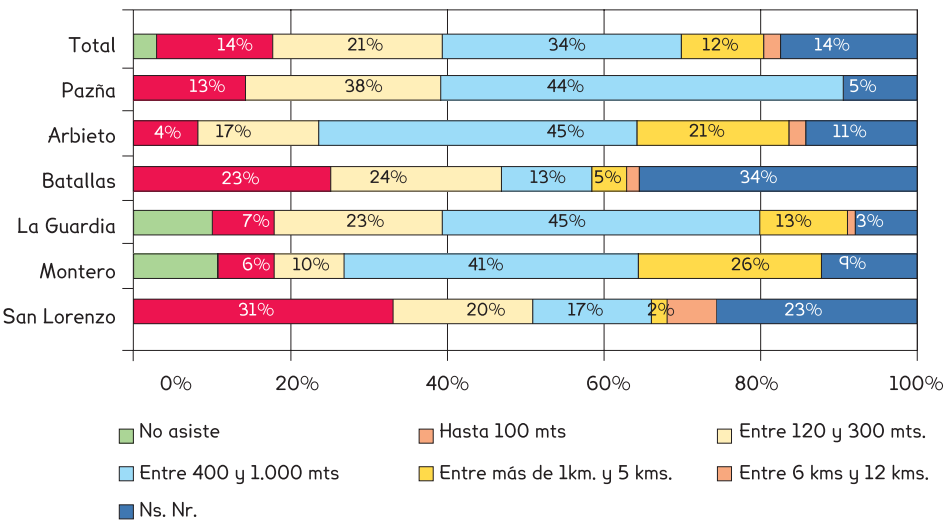


seguro de salud: No saben donde afiliarse (2.8%), falta de información (1,7%), no conocen (14.4%), no responden (27,1%)⁶¹.

Las personas mayores enfrentan numerosas barreras para recibir atención de salud efectiva. Es evidente que la mayoría de las instalaciones de salud se encuentran en áreas urbanas, mientras que un significativo número de personas mayores del país está concentrada en áreas rurales. El transporte y los costos de los tratamientos son una barrera adicional⁶².

Para indagar a cerca de la distancia que existe entre el hogar y el Centro de Salud más próximo, se preguntó la distancia entre ambos y los resultados son los siguientes:

Gráfico 6: Distancia del Centro de salud mas próximo según municipio

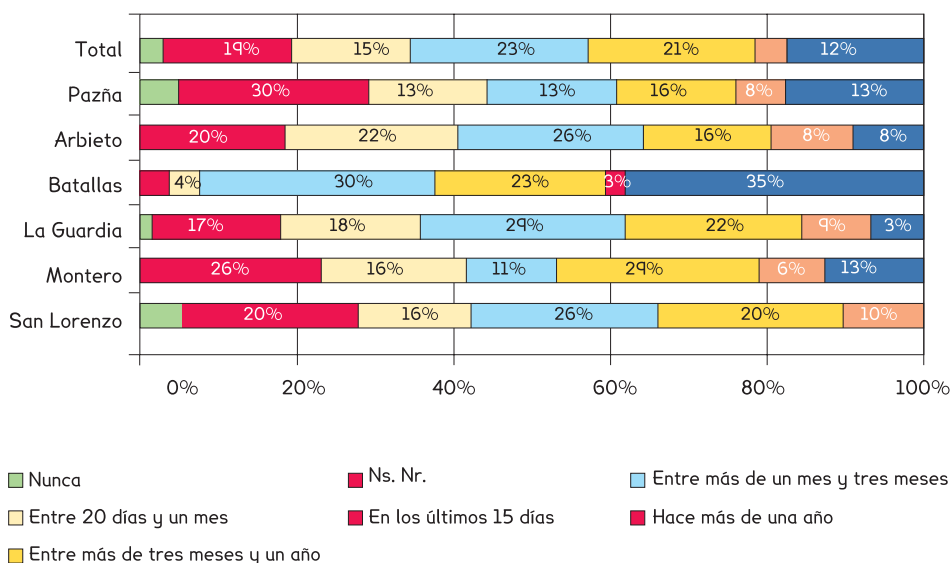


61 Ver Anexo estadístico.

62 Ibid.

El 69% de los encuestados manifestó que el Centro de Salud más próximo a su hogar se encuentra a menos de 1.000 metros y el 56,9% de los adultos mayores asistieron a consulta médica en los últimos tres meses.

Gráfico 7: Cuando consultó por última vez según municipio

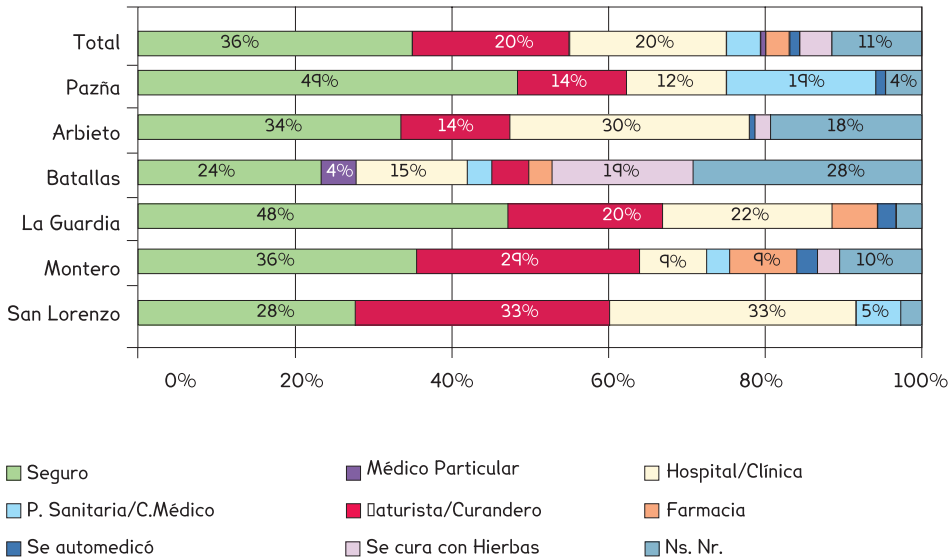


Algunos entrevistados recurren al auto-tratamiento, por ejemplo comprar medicinas sin prescripción, y/o consultar con curanderos tradicionales. De otra manera, deben sopesar la seriedad de la enfermedad y el costo de la curación con los efectos a consecuencia de vender activos o contraer deudas⁶³.

Para verificar esta afirmación en los municipios objeto de estudio, se consultó sobre donde acudió el adulto mayor en caso de enfermedad y casi la mitad de las personas adultas mayores (47,5%) tuvo que pagar para recibir atención médica. El 19,6% acudió a un médico particular, el 20,3% a un hospital o clínica, el 4,4% a una posta sanitaria o centro médico y el 3,2% a farmacia. Sólo el 0,6% contestó que acudió a un naturista o curandero, el 3,8% manifestó que se cura con hierbas y el 1,5% afirmó que se automedica.

63 Ibid.

Gráfico 8: Donde acudió para la consulta según municipio



En caso de enfermedad los encuestados dijeron que pagaron por concepto de la última consulta médica efectuada, cuando en realidad por mandato de la Ley 3323 existe un Seguro de Salud para el Adulto Mayor que es financiado con los impuestos pagados por los contribuyentes precisamente para que las personas de la tercera edad no tengan que erogar esos gastos. El 28,9% de las personas mayores manifestaron que pagaron hasta Bs.100 por concepto de consulta médica.

6.3.2. Renta Dignidad

El ingreso es un tema clave para los adultos mayores, sólo una minoría de ellas recibe pensión en Bolivia, por lo que adquiere mayor importancia la Pensión Social Universal que se paga desde el 1 de mayo de 1997. Por más pequeña que fuera la pensión social puede hacer una gran diferencia entre las personas mayores pobres, pues no sólo se benefician financieramente, sino también psicológicamente, ya que la renta les brinda más independencia y les da una mejor posición dentro de la familia. Durante los últimos doce meses, el 92,2% de la población en los municipios estudiados cobró al menos una vez la Renta Dignidad. Se observa que el porcentaje que no cobró este beneficio durante el último año fue del 16,0% en Montero, 13,1% en Pazña y 9,2% en la Guardia.

Gráfico 9: Monto de la consulta según municipio

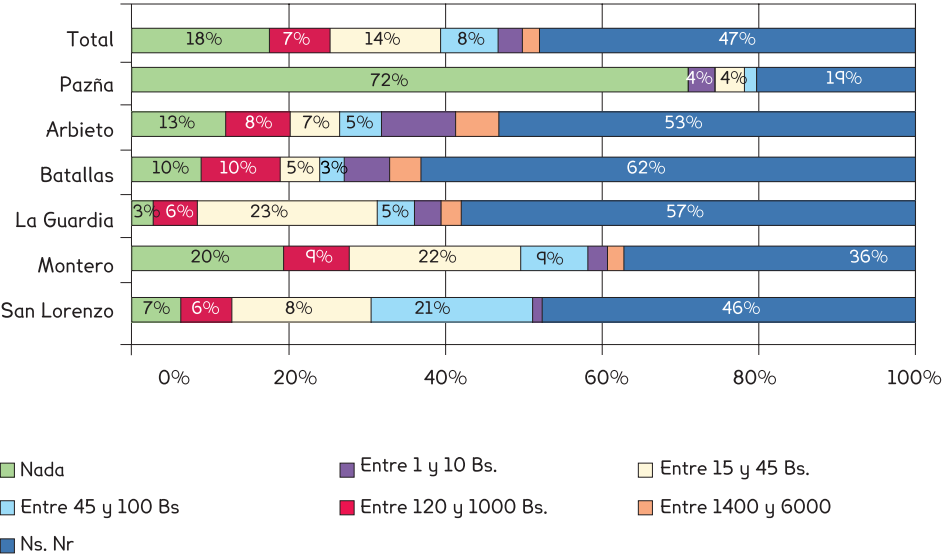
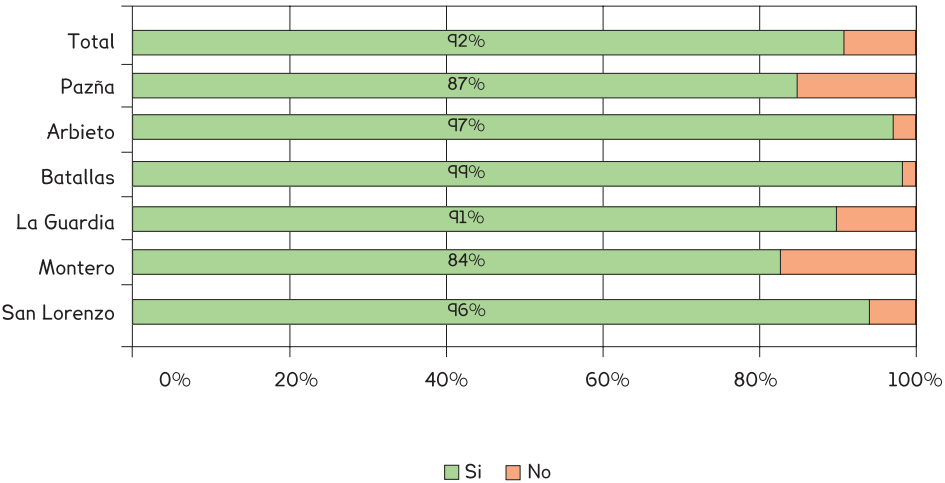
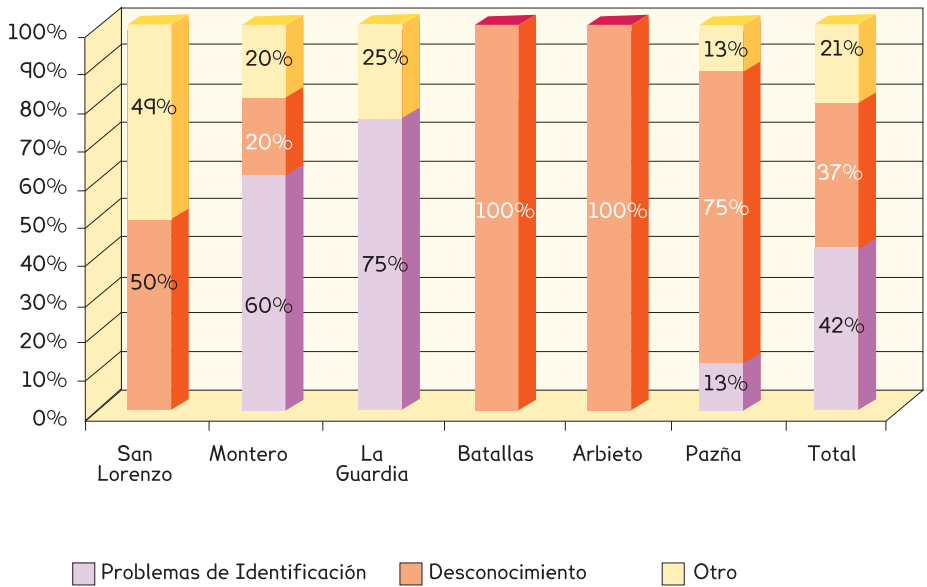


Gráfico 10: Renta Dignidad según municipio



En los municipios de Montero (60%) y La Guardia (75%) la principal razón que contestaron los encuestados para el no cobro de la Renta Dignidad se refiere a problemas con sus documentos de identificación como: partidas duplicadas, pérdida de documentos, mal registro del apellido en el documento de identidad y otros. En el municipio de Pazña la principal causa por la que no se cobró la Renta Dignidad es la falta de conocimiento.

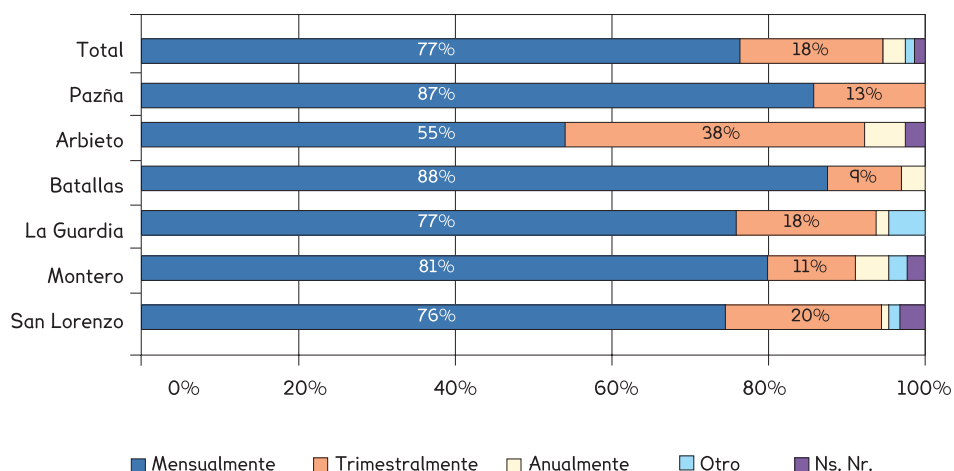
Gráfico 11: Razón de no cobro de la Renta Dignidad según municipio



6.3.2.1 Periodo de cobro de la Renta Dignidad

El 77% de los adultos mayores cobra la Renta Dignidad mensualmente, observándose únicamente para el municipio de Arbieto un porcentaje menor (55,4%).

Gráfico 12: Período en el que cobra la Renta Dignidad según municipio



6.3.2.2. Tiempo que le tomó cobrar la Renta Dignidad

El 60% de los beneficiarios señalaron que en el último cobro de la Renta Dignidad tardaron un máximo de media hora.

Se recalca que para el caso de Batallas, el 62,8% de los adultos mayores manifestaron que el cobrar la Renta Dignidad les tomó entre 3 $\frac{1}{2}$ y 10 horas debido a que deben esperar su turno en la institución financiera desde la madrugada.

6.3.2.3. Renta Dignidad e ingresos

Considerando el 7,4% de las personas que no reciben Renta Dignidad, en el Anexo Estadístico se observa que 2,2% trabajan, el 0,9% reciben remesas, 0,4% perciben ingresos por concepto de alquileres, 0,2% cobran pensiones de jubilación y la mayoría (3,7%) contestaron a la encuesta afirmando que no tienen ningún ingreso.

6.3.2.4. Seguro de Salud y Renta Dignidad

El 5% de los adultos mayores en los municipios analizados no reciben Renta Dignidad y tampoco están afiliados al SSPAM. El 34% de los adultos mayores que perciben la pensión social no está afiliado al Seguro de Salud.

Gráfico 13: Adultos mayores que reciben Renta Dignidad y otros ingresos

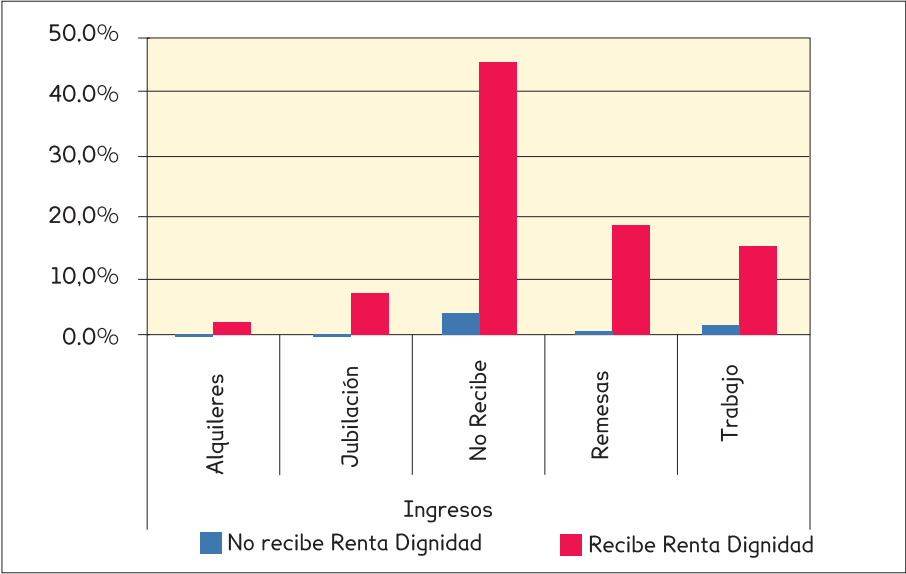
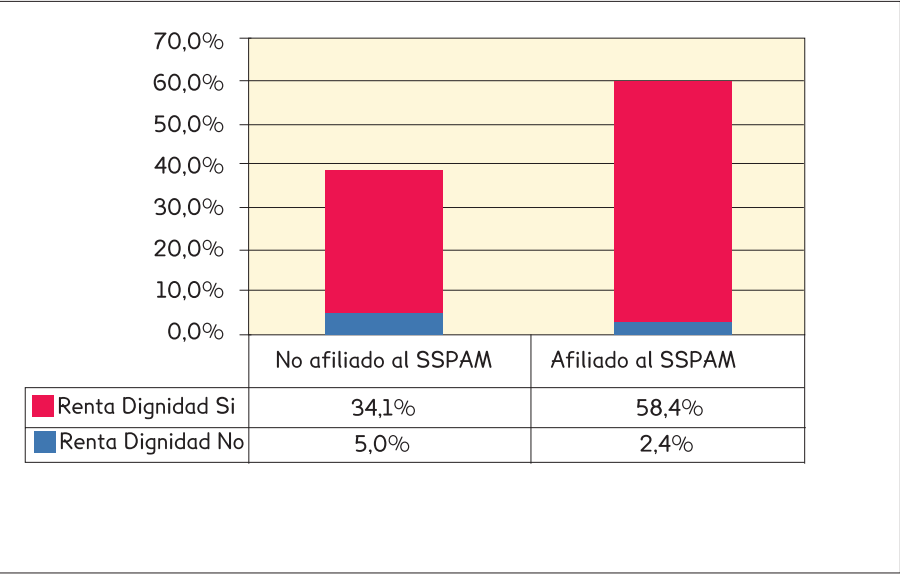


Gráfico 14: Adultos mayores que reciben Renta Dignidad y están afiliados al SSPAM



6.3.3. Trabajo

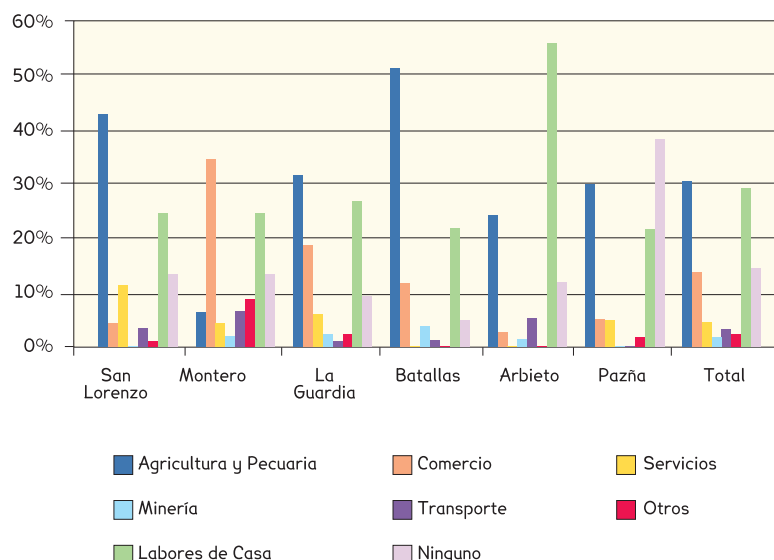
El trabajo es otra de las estrategias que los miembros de la tercera edad deben adoptar para financiar sus gastos de subsistencia. A pesar de su edad las necesidades insatisfechas obligan a las personas a buscar trabajo para obtener ingresos.

A continuación se muestran brevemente los resultados de la encuesta obtenidos en los seis municipios estudiados en relación al sector económico al que pertenecen y la categoría ocupacional que tienen⁶⁴.

6.3.3.1. Rama de Actividad

El 55,5% de los adultos mayores señaló que trabaja habitualmente, más de la mitad de ellos se dedican a la agricultura o pecuaria, uno de cada tres a la minería y uno de cada cuatro al comercio.

Gráfico 15: Rama de Actividad en la que trabajan los adultos mayores según municipio



64 Los datos obtenidos se asemejan a los publicados por el INE y Celade en: Situación Socio Demográfica de la Población Adulta Mayor.

La mayoría de los entrevistados en Batallas (50,6%), San Lorenzo (42,2%), La Guardia (31,0%) y Pazña (29,5%) se dedican a la actividad agropecuaria. En Montero el 34% de las personas mayores contestaron que trabajan habitualmente en el comercio. Mientras que en Arbieto el 55,3% contestó que se dedica en forma exclusiva a las labores de casa.

6.3.3.2. Categoría Ocupacional

El 67% de los adultos mayores trabaja por cuenta propia y el 11,3% como trabajador familiar no remunerado. El 8,8% no precisó cual era su categoría ocupacional, no sabe o simplemente no contestó.

6.4. Estrategias no formales de financiamiento de gasto

6.4.1. Remesas

Uno de cada seis encuestados señaló que parte de sus ingresos proceden de remesas que reciben de familiares, notándose diferencias significativas de acuerdo al municipio del cual se trate, por un lado en Arbieto el 28,9% señaló recibir remesas y por el otro en el municipio de Pazña sólo el 6,6% de los adultos mayores señaló que las recibe.

6.4.2. Lugar de Procedencia de Remesas

Respecto del lugar de residencia de los aportantes, se observan diferencias entre municipios. En el caso de San Lorenzo el 47,4% radica en la Argentina, en Arbieto el 60% vive en Estados Unidos de Norteamérica, en cambio proceden de España las remesas que reciben los adultos mayores de Montero (38,9%) y de la Guardia (57,1%).

A diferencia de estos municipios donde el primer aportante vive en el exterior, en el altiplano el lugar de residencia del primer aportante del municipio de Batallas es en un 70%, en La Paz; en tanto que para el municipio de Pazña es en un 72,7%, en Oruro.

En el anexo estadístico se incluye el cuadro con la información sobre la procedencia de remesas y otros ingresos con que cuentan los adultos mayores en los municipios estudiados.

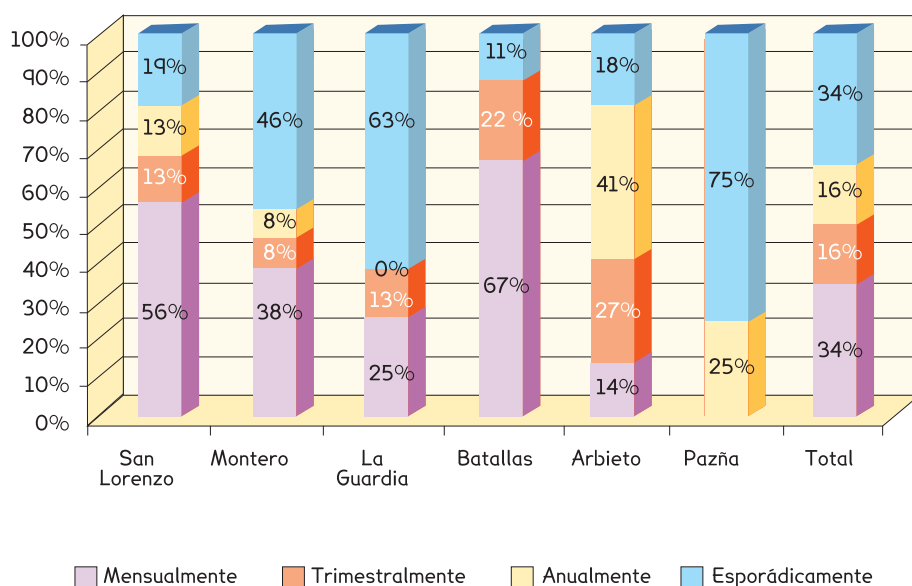
Un significativo porcentaje (42,2%) desconoce o no recuerda el lugar de procedencia de las remesas que recibe, con esta salvedad,

se observa que el lugar de procedencia de las remesas varía según municipio.

6.4.3. Periodicidad de las Remesas

Es importante señalar que la recepción de remesas es esporádica en el 33,8% de los casos, porcentaje igual a los que señalaron recibir remesas mensualmente.

Gráfico 16: Periodicidad de las remesas según municipio



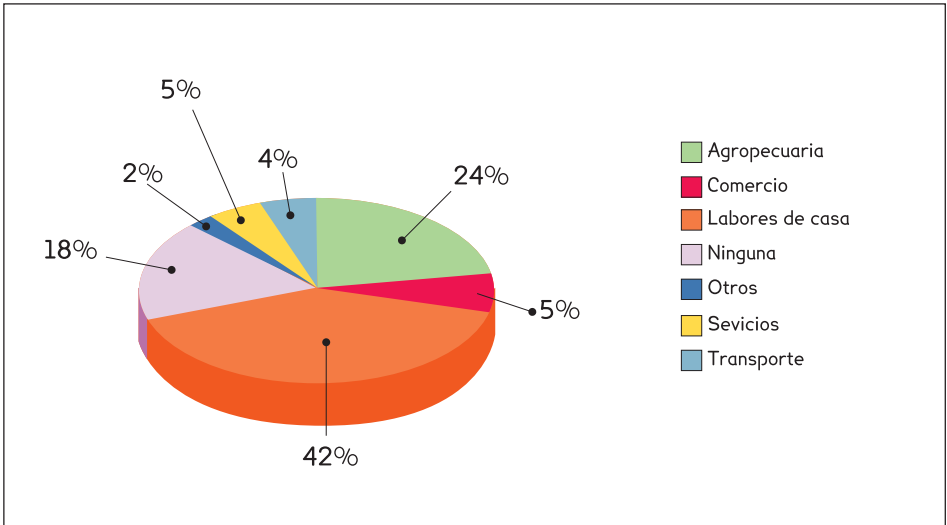
6.4.4. Monto de las Remesas

Se observa en el anexo el importe señalado por los encuestados en relación a las remesas que reciben, el monto se ha convertido en moneda nacional para efectos de comparación.

6.4.5. Remesas por Rama de Actividad

Dos de cada cinco adultos mayores que reciben remesas afirmaron que se dedican a labores de casa, el 24% trabaja en la agricultura el 5% en el comercio y un porcentaje igual en servicios.

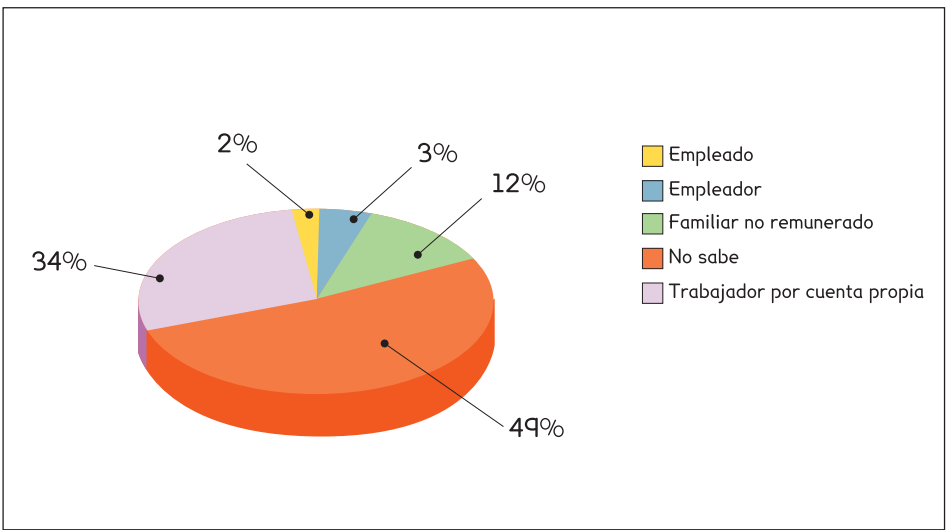
Gráfico 17: Perceptores de remesas por rama de actividad



6.4.6. Remesas por categoría ocupacional

Uno de cada dos adultos mayores contestó que no sabe a que categoría ocupacional pertenece, el 34% es trabajador por cuenta propia y el 12% es familiar no remunerado.

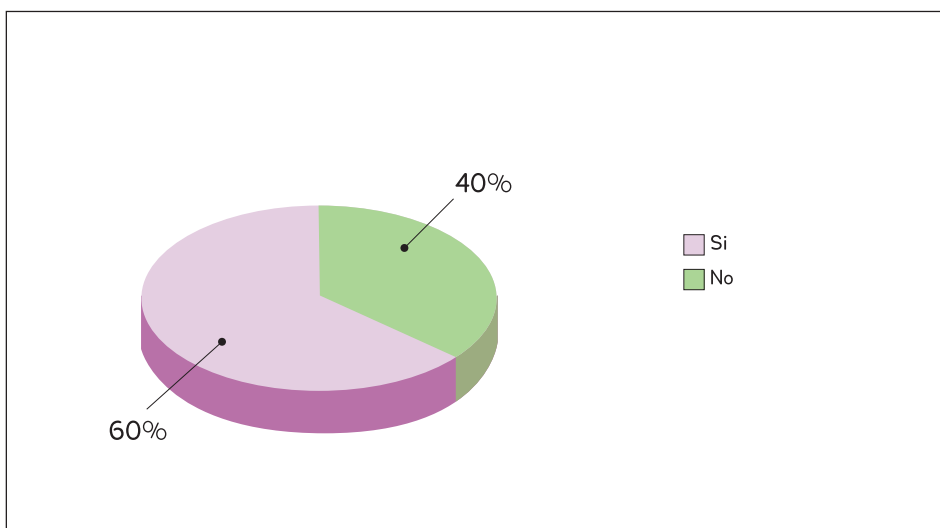
Gráfico 18: Perceptores de remesas por categoría ocupacional



6.4.7. Remesas y SSPAM

El 40% de los entrevistados que reciben remesas no están afiliados al Seguro de Salud para el Adulto Mayor.

Gráfico 19: Reciben remesas y están afiliados al SSPAM



6.4.8. Remesas y Renta Dignidad

El 4% de las personas adultas mayores que reciben remesas no han cobrando su Renta Dignidad durante los últimos doce meses.

6.4.9. Remesas, Seguro de Salud y Renta Dignidad.

El 4.3% de las personas mayores que reciben remesas no han cobrado su Renta Dignidad durante los últimos doce meses y tampoco se encuentran afiliados al SSPAM.

Gráfico 20: Reciben remesas y Renta Dignidad

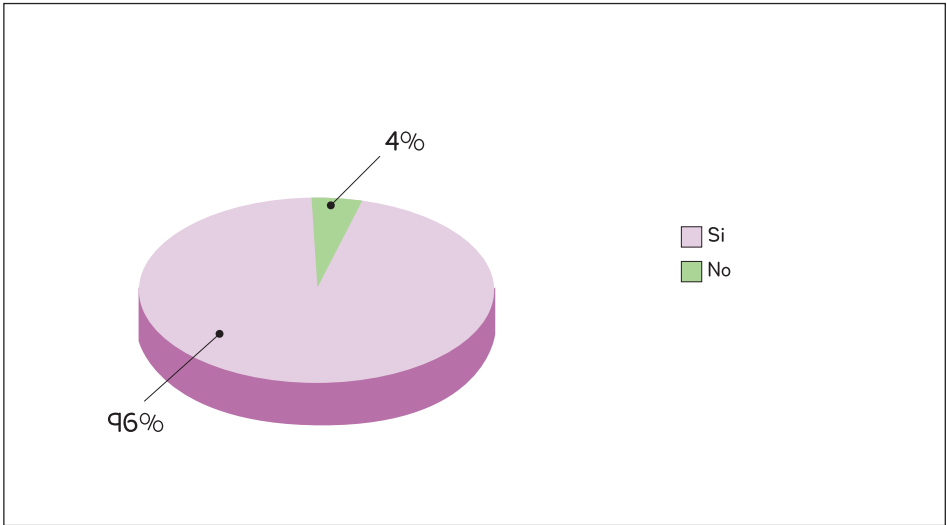


Gráfico 21: Adultos Mayores que están afiliados al seguro de salud, reciben remesas

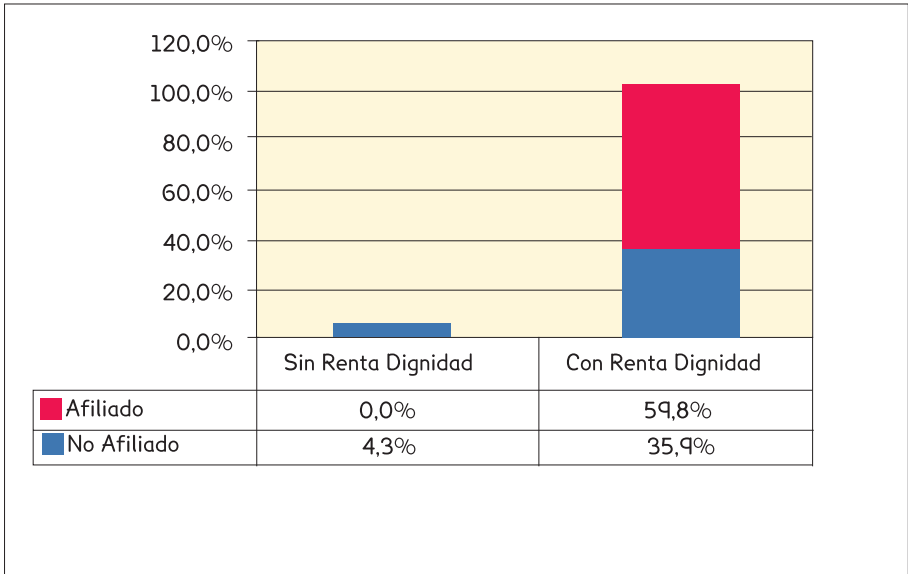




Foto: Lisset Larico

7. Conclusiones

La investigación realizada en seis municipios rurales ha identificado la estrategia utilizada por los adultos mayores para encarar el financiamiento de sus gastos de subsistencia y cual es la relación que existe entre los mecanismos formales y no formales de protección social. Las conclusiones son las siguientes:

1. Financiamiento de Gastos:

Las fuentes de financiamiento que utilizan las personas mayores para financiar sus gastos de subsistencia son la pensión de jubilación, la pensión social no contributiva, las remesas y los ingresos percibidos por concepto de trabajo.

2. Trabajo:

- a. El 55,5% de los adultos mayores señaló que trabaja habitualmente, más de la mitad de ellos se dedican a la agricultura o pecuaria, uno de cada tres a la minería y uno de cada cuatro al comercio.
- b. La mayoría de los entrevistados de Batallas en La Paz (50,6%), San Lorenzo en Tarija (42,2%), La Guardia en Santa Cruz (31,0%) y Pazña en Oruro (29,5%) se dedican a la actividad agropecuaria. En Montero (Santa Cruz) el 34% contestó que trabaja habitualmente en el comercio. Mientras que en Arbieta (Cochabamba) el 55,3% contestó que se ocupa de forma exclusiva a las labores de casa.
- c. El 67% trabaja por cuenta propia y el 11,3% como trabajador familiar no remunerado. El 8,8% no precisó cual era su categoría ocupacional, no sabe o simplemente no contestó.

3. Pensión:

Menos del 10% de los encuestados manifestaron recibir una renta o pensión de jubilación.

4. Renta Dignidad:

- a. Durante los últimos doce meses, el 92,2% de los adultos mayores en los municipios estudiados cobró al menos una vez la Renta Dignidad. La población que no cobró este beneficio durante el último año fue del 16,0% en Montero, 13,1% en Pazña y 9,2% en la Guardia.
- b. En Montero (60%) y La Guardia (75%) la principal respuesta que dieron los encuestados, para el no cobro de la Renta Dignidad, se refiere a problemas con sus documentos de identificación como: partidas duplicadas, pérdida de documentos, mal registro del apellido en el documento de identidad y otros. En el municipio de Pazña la principal causa es la falta de conocimiento.
- c. El 77% cobra la Renta Dignidad mensualmente, observándose únicamente para el municipio de Arbieta un porcentaje menor (55,4%).

- d. El 60% de los beneficiarios señalaron que en el último cobro de la Renta Dignidad tardaron un máximo de media hora. En el caso de Batallas, el 62,8% de los adultos mayores manifestaron que les tomó entre 3 $\frac{1}{2}$ y 10 horas.
- e. El 7,4% no cobra la Renta Dignidad, entre estos el 2,2% trabaja, el 0,9% recibe remesas, 0,4% percibe ingresos por concepto de alquileres, 0,2% cobra pensiones de jubilación y la mayoría (3,7%) contestó a la encuesta afirmando que no tiene ningún ingreso.
- f. El 5 por ciento de los beneficiarios en los municipios analizados no recibe Renta Dignidad y tampoco está afiliados al SSPAM. El 34% de los adultos mayores que percibe la pensión social no está afiliado al Seguro de Salud.

5. Remesas:

- a. Uno de cada seis de los encuestados señaló que parte de sus ingresos proceden de remesas que reciben de familiares, notándose diferencias significativas de acuerdo al municipio del cual se trate, por un lado en Arbieta el 28,9% señaló recibir remesas y por el otro en el municipio de Pazña sólo el 6,6% de los adultos mayores respondió que las recibe.
- b. Respecto del lugar de residencia de los aportantes, se observan diferencias entre municipios. En el caso de San Lorenzo el 47,4% radica en la Argentina, en Arbieta el 60% vive en Estados Unidos de Norteamérica, en cambio proceden de España las remesas que reciben los adultos mayores de Montero (38,9%) y de la Guardia (57,1%). A diferencia de estos municipios donde el primer aportante vive en el exterior, en los municipios del altiplano el lugar de residencia del primer aportante es el 70% en La Paz para Batallas y el 72,7% en Oruro para el municipio de Pazña.
- c. Un significativo porcentaje de las personas adultas mayores (42,2%) desconoce o no recuerda el lugar de procedencia de las remesas que recibe, el lugar de procedencia de las remesas varía según el municipio.

- d. La recepción de remesas es esporádica en el 33,8% de los casos, porcentaje igual a los que señalaron percibir remesas mensualmente.
- e. Dos de cada cinco personas mayores que reciben remesas afirmaron que se ocupan de las labores de casa, el 24% se dedica a la agricultura el 5% al comercio y un porcentaje igual a servicios. Uno de cada dos adultos mayores contestó que no sabe a qué categoría ocupacional pertenece, el 34% es trabajador por cuenta propia y el 12% es familiar no remunerado.
- f. El 40% de la población de la tercera edad que recibe remesas no está afiliado al Seguro de Salud para el Adulto Mayor.
- g. El 4% de los adultos mayores que reciben remesas no han cobrando su Renta Dignidad durante los últimos doce meses.
- h. El 4.3% que recibe remesas no ha cobrando su Renta Dignidad durante los últimos doce meses y tampoco se encuentra afiliado al SSPAM.

6. Seguro de Salud

- a. El 37% de las personas mayores encuestadas contestó que no está afiliado al Seguro de Salud para el Adulto Mayor. En Pazña aun resta afiliar al 20 % de la población mientras que en La Guardia (28%), Batallas (32 %) y Arbieto (34%) el porcentaje es mayor. En tanto que en Montero y en San Lorenzo más de la mitad respondieron que aún no se han afiliado al seguro.
- b. Uno de cada dos encuestados que recibe pensión de jubilación no está registrado en el seguro de salud, la misma proporción se presenta para aquellos que siguen trabajando. Tampoco está afiliado el 35% de los que no perciben ningún ingreso ni el 40% de los que reciben remesas.
- c. Se destaca el desconocimiento que tiene el 46% de la población objetivo respecto al derecho que los asiste para recibir las prestaciones del seguro de salud: No saben donde afiliarse (2.8%), falta de información (1,7%), no conocen (14.4%), no responden (27,1%).

- d. La afiliación al seguro de salud creció en forma significativa en el Municipio de la Guardia (45%) entre los años 2005 y 2007 y este último año también en Montero, como resultado de las actividades realizadas dentro del proyecto “Defendiendo los derechos de las personas mayores marginadas de Bolivia y Perú” ejecutado por la Fundación Horizontes con el apoyo de Helpage, la Lotería del Reino Unido (BLF), la Cooperación Irlandesa (Irish Aid) y la Cooperación Sueca (ASDI), a través de los Centros de Orientación Socio Legal, eficaces mecanismos de defensoría del adulto mayor.
- e. El 69 por ciento de los encuestados manifestó que el centro de salud más próximo a su hogar se encuentra a menos de 1.000 metros de distancia y el 56,9% de los adultos mayores asistieron a consulta médica en los últimos tres meses.
- f. Casi la mitad de las personas de la tercera edad (47,5%) tuvo que pagar para recibir atención médica. El 19,6% acudió a un médico particular, el 20,3% a un hospital o clínica, el 4,4% a una posta sanitaria o centro médico y el 3,2% a farmacia. Sólo el 0,6% contestó que acudió a un naturista o curandero, el 3,8% manifestó que se trata con hierbas y el 1,5% afirmó que se automedica.
- g. El 28,9% manifestó que pagó hasta Bs. 100 (US\$ 14 aproximadamente) por concepto de consulta médica.



8. Recomendaciones

1. La preocupación del Estado por los derechos de las personas de edad ha ido en aumento y se ha traducido en la creación de marcos legales de protección, aunque se mantienen brechas de implementación de estos derechos y muchos adultos mayores aun no acceden a prestaciones de salud. Por ello es imprescindible encarar acciones tendentes a que el Poder Ejecutivo (central, departamental y municipal), cumpla con su obligación de informar sobre sus derechos, pues por mandato de la Ley 3323 existe un Seguro de Salud para el Adulto Mayor, que es financiado con los impuestos pagados por los contribuyentes, precisamente para que las personas de la tercera edad no tengan que realizar esos gastos.

El financiamiento de los gastos de subsistencia se encuentra afectado por las erogaciones efectuadas por las personas adultas mayores en materia de atención sanitaria. Si se encontrasen afiliados al seguro podrían acudir a los establecimientos de salud sin tener que pagar suma alguna de dinero y tendrían mayor disponibilidad de recursos para destinar a la satisfacción de otras necesidades.

2. Promover un envejecimiento activo no se limita sólo a la promulgación de leyes y normas, se requieren políticas orientadas a generar las condiciones adecuadas para que puedan ejercer el derecho que los asiste.

El organismo regulador de pensiones cuenta con una base de datos debidamente depurada que contiene información de todos los afiliados al Seguro Social Obligatorio, los rentistas del Sistema de Reparto, los beneficiarios de la Renta Dignidad, el Registro Único Nacional y los datos de la Corte Nacional Electoral.

Para que los adultos mayores puedan acceder a la Protección Social se debería aprovechar la información para cotejarla con la procedente del Instituto Nacional de Seguro de Salud y así contar con una Base de Datos del Sistema de Seguridad Social Integrado.

3. Es imprescindible que las distintas instancias gubernamentales coordinen labores para optimizar esfuerzos para ampliar y mejorar la cobertura de pensiones, sean contributivas o no contributivas, impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales, oportunos y de calidad considerando que es una responsabilidad indeclinable de los estados establecer programas de protección social que tiendan a garantizar a la población su derecho a la Seguridad Social.
4. La implementación de la Renta Dignidad financiada con los recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos, altamente dependientes de los precios internacionales, ha creado una situación que necesita ser estudiada mediante el diseño de una Pensión Social y de un Fondo que sea sostenible en el tiempo y

que restablezca los fundamentos en base a los principios de la seguridad social.

5. Para las personas mayores las pensiones son el elemento clave de un sistema de protección social. La principal razón que contestaron los encuestados para el no cobro de la Renta Dignidad se refiere a problemas con sus documentos de identificación como: partidas duplicadas, pérdida de documentos, mal registro del apellido en el documento de identidad y otros. Es imprescindible afrontar el problema de documentos de identificación de los personas mayores, apoyando el sistema de control instituido en el organismo regulador de pensiones desde hace más de diez años.
6. La importancia de promover investigaciones sobre los efectos de las migraciones en la dinámica del envejecimiento de las comunidades de origen, tránsito y destino, prestando especial atención al impacto de las personas que soportan el peso de la responsabilidad de los hijos de los emigrantes, para velar por sus familias, otorgando protección social efectiva.
7. Los adultos mayores pobres son más vulnerables que el resto de la población a muchos de los riesgos y tienen menos posibilidades para enfrentar una crisis cuando esta ocurre. La pobreza y la vulnerabilidad se refuerzan mutuamente en un círculo vicioso. La exposición al riesgo no resulta únicamente en sustanciales pérdidas financieras sino en la incertidumbre. Las estrategias informales para asumir el riesgo tienden a cubrir solo una pequeña porción de la pérdida, de manera que los adultos mayores en condición de pobreza tienen que soportar el riesgo y recurrir a una variedad de fuentes para asumirlo.

Por ello es importante normar, regular e incentivar el microseguro que reduce la vulnerabilidad en la medida en que las personas de bajos ingresos reemplazan la incierta perspectiva de las pérdidas, con la certidumbre de pequeños y regulares pagos de prima que puede ser cubierta por el Estado

El microseguro puede ser un Negocio Inclusivo como servicio

financiero vital para las personas de bajos ingresos y segmento de mercado rentable para los aseguradores convencionales, o bien puede ser parte de la Protección Social como una extensión de la cobertura de la seguridad social orientada a los adultos mayores de bajos ingresos.

La Paz Octubre de 2009

9. Bibliografía

1. Aponte Reyes Ortiz, Guillermo. "Development Discussion Papers, Central América Project Series, Pension System Reform; THE BOLIVIAN CASE. Harvard Institute for International Development. Harvard University. Cambridge, USA Julio 1998.
2. Aponte Reyes Ortiz, Guillermo. "Bonosol: aspectos institucionales y políticos de la aplicación del Seguro Universal de Ancianidad". En: **La inversión prudente. Impacto del Bonosol sobre la familia, la equidad social y crecimiento económico**. Fundación Milenio, Center for International Private Enterprise. Segunda edición. La Paz, Bolivia. Marzo 2008"
3. Aponte Reyes Ortiz, Guillermo y Juan Cristóbal Urioste. "Reformas al sistema de pensiones de la Seguridad Social en Bolivia 1956-2008, en: **Pensiones y jubilación en Bolivia**. Fundación Milenio. La Paz, Bolivia. Septiembre 2008.
4. Bertranou, Fabio M, Carmen Solorio y Wouter Van Ginneken Editores. **Pensiones no contributivas y asistenciales**. Organización Internacional del Trabajo. Chile. 2002.
5. Churchill, Craig. Editor. **Protegiendo a los pobres. Un compendio sobre microseguros**. MFC Artes Gráficas. España. 2009.
6. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Resolución No. 113. México 1992.
7. **Constitución Política del Estado**. Gaceta oficial de Bolivia. 2009
8. **Código de Seguridad Social**. Gaceta Oficial de Bolivia. 1956.
9. "Código Iberoamericano de Seguridad Social" en **Instrumentos Internacionales en materia de Seguridad Social**. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Madrid. 1996.
10. Cuadros Falla, Julia. **Vejez y pobreza en el Perú: La visión de las personas de edad**. CooperAccion. Abril 2004

11. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre. Bogotá. 1948
12. Declaración de Brasilia, Brasilia 2007. HelpAge Internacional (folleto).
13. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1948.
14. Dueñas Ruiz, Oscar José. **Las pensiones**. Editorial Librería Ediciones del Profesional Limitada. Bogotá Colombia. agosto 2003 (segunda edición).
15. El informe sobre el Envejecimiento y el Desarrollo. Un resumen. Pobreza, Independencia y las personas Mayores del Mundo. HelpAge Internacional.
16. Envejecimiento y seguridad. Resumen de informe. HelpAge Internacional.
17. Holzmann, en Publicaciones Horizontes. HelpAge Internacional.
18. Horizontes Número 65. HelpAge Internacional. Julio 2005.
19. Horizontes Número 66. HelpAge Internacional. Enero 2006.
20. Horizontes Número 68. HelpAge Internacional. Febrero 2007.
21. Horizontes Número 69. HelpAge Internacional. Junio 2007.
22. Horizontes Número 70. HelpAge Internacional. Acción global sobre envejecimiento. Londres. Febrero 2008.
23. La Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia ANAMBO. HelpAge Internacional.
24. Ley de Pensiones 1732. Gaceta Oficial de Bolivia. Noviembre. 1996.
25. Ley 3323. Gaceta Oficial de Bolivia. Enero 2006.

26. Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento. Madrid 2002. HelpAge Internacional.

27. Personas mayores saliendo de la sombra. Voces de Bolivia 2007 HelpAge Internacional.

28. Personas mayores saliendo de la sombra. Voces de Latinoamérica 2007 HelpAge Internacional.

29. Renshaw, John y Natalia Gras. **Indicadores de Pobreza Indígena**. BID. Enero 2004.

30. Revisión Anual 2004 2005 Helpage Internacional.

31. Saavedra de Blomberg, Sussy. **Sistema de Reparto**. Segunda edición. Producciones Gráficas AVC. La Paz, Bolivia. Febrero 2003.

32. Situación Socioeconómica del Adulto Mayor. Bolivia. HelpAge Internacional.

33. Situación Socio Demográfica de la Población Adulta Mayor. INE Instituto Nacional de Estadística. La Paz, Bolivia, 2003.

34. Skinner, Enmeline. "Proteger y mejorar los medios de subsistencia de los adultos mayores: el rol del Bonosol en La Paz". En: **La inversión prudente. Impacto del Bonosol sobre la familia, la equidad social y crecimiento económico**. Fundación Milenio, Center for Internacional Private Enterprise. Segunda edición. La Paz, Bolivia. Marzo 2008" .

35. Stiglitz Joseph Premio Nóbel y ex Economista Jefe del Banco Mundial. Seminario Helpage Internacional Washington 2002.

PÁGINAS WEB

1. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salaprensa/library/documents/DocNewsNo14297DocumentNo1405>

2. <http://vejez.galeon.com/page3.html>

3. <http://www.latinsalud.com/articulos/00452.asp>
4. Fundación Quiéreme y Protégeme A.C <http://www.espaciovisual.org/fundacion/id16.html> México
5. Red Latinoamericana de Gerontología. Dra. María Magdalena Rodríguez Fernández <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=665>
6. <http://www.latinsalud.com/articulos/00452.asp?ap=2>
7. <http://vejez.galeon.com/page>
8. Red Latinoamericana de Gerontología. Dra. María Magdalena Rodríguez Fernández <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=665>

10. Anexo estadístico

Cuadro 1: Pensiones Sociales

País	Tipo	Edad	% + 65 años	Pensión mensual (US\$)
Argentina	Ingresos	70 +	13	153
Bangladesh	Ingresos	57 +	5	2
Bolivia	Universal	60 +	6	20
Botswana	Universal	65 +	5	24
Brasil (RMV)	Ingresos	70 +	8	87
Brasil (BPC)	Ingresos	67 +	n.d	87
Brasil (PR)	Ingresos	60 y 55 +	n.d	87
Chile	Ingresos	65 +	11	60
Costa Rica	Ingresos	65 +	8	39
India	Ingresos	65 +	8	2
Mauritius	Universal	60 +	9	58
Namibia	Universal	60 +	6	26
Nepal	Universal	75 +	6	2
Sudáfrica	Ingresos	65 y 60 +	6	93
Sri Lanka	Ingresos	60 +	10	1.25
Uruguay	Ingresos	70 +	17	90

Fuente: Helpage International Acción Global sobre el envejecimiento. Pensiones Sociales

RMV = Renta Mensual Vitalicia
BPC = Beneficio de Prestación Continuada
PR = Pensión Rural

Cuadro 2: Bolivia Esperanza de vida a los 60 años

Quinquenio	Total	Hombres	Mujeres
1990-1995	17.1	16.2	17.9
1995-2000	17.5	16.5	18.4
2000-2005	17.9	16.9	18.8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Cuadro 8: ¿Donde acudió para la consulta?
según Municipio

		Municipio						Total
		San Lorenzo	Montero	La Guardia	Batallas	Arbieto	Pazña	
¿Donde acudió?	Seguro	23 28,0%	34 36,2%	41 47,7%	19 24,1%	26 34,2%	28 49,1%	171 36,1%
	Médico Particular	27 32,9%	27 28,7%	17 19,8%	3 3,8%	11 14,5%	8 14,0%	93 19,6%
	Hospital / Clínica	27 32,9%	8 8,5%	19 22,1%	12 15,2%	23 30,3%	7 12,3%	96 20,3%
	P.Sanitaria / C.Médico	4 4,9%	3 3,2%	0 0,0%	3 3,8%	0 0,0%	11 19,3%	21 4,4%
	Naturista / Curandero	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 3,8%	0 0,0%	0 0,0%	3 0,6%
	Farmacia	0 0,0%	8 8,5%	5 5,8%	2 2,5%	0 0,0%	0 0,0%	15 3,2%
	Se automedicó	0 0,0%	3 3,2%	2 2,3%	0 0,0%	1 1,3%	1 1,8%	7 1,5%
	Se cura con Hierbas	0 0,0%	2 2,1%	0 0,0%	15 19,0%	1 1,3%	0 0,0%	18 3,8%
	Ns./Nr.	1 1,2%	9 9,6%	2 2,3%	22 27,8%	14 18,4%	2 3,5%	50 10,5%
	Total	82 100,0%	94 100,0%	86 100,0%	79 100,0%	76 100,0%	57 100,0%	474 100,0%

Cuadro 9: Monto de la consulta según Municipio

		Municipio						Total
		San Lorenzo	Montero	La Guardia	Batallas	Arbieto	Pazña	
Costo de la consulta	Nada	6 7,3%	19 20,2%	3 3,5%	8 10,1%	10 13,2%	41 71,9%	87 18,40%
	Entre 1 y 10 Bs.	5 6,1%	8 8,5%	5 5,8%	8 10,1%	6 7,9%	2 3,5%	34 7,2%
	Entre 15 y 40 Bs.	15 18,3%	21 22,3%	20 23,3%	4 5,1%	5 6,6%	2 3,5%	67 14,1%
	Entre 45 y 100 Bs.	17 20,7%	8 8,5%	4 4,7%	2 2,5%	4 5,3%	1 1,8%	36 7,6%
	Entre 120 y 1.000 Bs.	1 1,2%	2 2,1%	3 3,5%	5 6,3%	7 9,2%	0 0,0%	18 3,8%
	Entre 1.400 y 6.000 Bs.	0 0,0%	2 2,1%	2 2,3%	3 3,8%	4 5,3%	0 0,0%	11 2,3%
	Ns./Nr.	38 46,3%	34 36,2%	49 57,0%	49 62,0%	40 52,6%	11 19,3%	221 46,6%
	Total	82 100,0%	94 100,0%	86 100,0%	79 100,0%	76 100,0%	57 100,0%	474 100,0%

Cuadro 12: Período en el que se cobra la Renta Dignidad por Municipio

		Municipio						Total
		San Lorenzo	Montero	La Guardia	Batallas	Arbieto	Pazña	
Cada cuanto cobra la Renta Dignidad	Mensual	65	64	61	69	41	46	346
		75,6%	81,0%	77,2%	88,5%	55,4%	86,8%	77,1%
	Trimestral	17	9	14	7	28	7	82
		19,8%	11,4%	17,7%	9,0%	37,8%	13,2%	18,3%
	Anual	1	3	1	2	4	0	11
		1,2%	3,8%	1,3%	2,6%	5,4%	0,0%	2,4%
	Otro	1	2	3	0	0	0	6
		1,2%	2,5%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
	Ns./Nr.	2	1	0	0	1	0	4
		2,3%	1,3%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,9%
Total		86	79	79	78	74	53	449
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro 13: Tiempo que le tomó cobrar la Renta Dignidad por Municipio

[illegible]

Cuadro 16: Otros ingresos de los adultos mayores por Municipio

		Municipio						Total
		San Lorenzo	Montero	La Guardia	Batallas	Arbieto	Pazña	
Otros ingresos con los que cuenta	Trabajo	7	8	3	12	5	7	42
		7,8%	8,5%	3,4%	15,2%	6,6%	11,5%	8,6%
	Venta	1	18	12	9	7	5	52
		1,1%	19,1%	13,8%	11,4%	9,2%	8,2%	10,7%
	Trabajo y Venta	0	0	0	2	1	0	3
		0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	1,3%	0,0%	0,6%
	Alquileres	3	4	4	1	0	1	13
		3,3%	4,3%	4,6%	1,3%	0,0%	1,6%	2,7%
	Jubilación	9	9	2	1	1	3	25
		10,0%	9,6%	2,3%	1,3%	1,3%	4,9%	5,1%
	Trabajo y Jubilación	9	0	0	0	1	0	10
		10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	2,1%
	Venta y Jubilación	1	2	0	0	0	0	3
		1,1%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
	De Familiares	7	2	2	2	1	1	15
		7,8%	2,1%	2,3%	2,5%	1,3%	1,6%	3,1%
	Trabajo y de Familiares	0	0	0	1	0	0	1
		0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,2%
	Venta y de Familiares	0	0	0	2	0	0	2
		0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,4%
	Trabajo, Venta y de Familiares	0	0	0	1	0	0	1
		0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,2%
	Venta, Alquileres y de Familiares	0	0	0	1	0	0	1
		0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,2%
	Jubilación y de Familiares	1	0	0	0	0	0	1
		1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	Trabajo, Jubilación y de Familiares	1	0	0	0	0	0	1
		1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	Remesas	6	3	1	7	15	4	36
		6,7%	3,2%	1,1%	8,9%	19,7%	6,6%	7,4%
	Trabajo y Remesas	0	0	1	1	1	0	3
		0,0%	0,0%	1,1%	1,3%	1,3%	0,0%	0,6%
	Venta y Remesas	0	1	4	1	1	0	7
		0,0%	1,1%	4,6%	1,3%	1,3%	0,0%	1,4%
	Alquileres y Remesas	0	0	1	0	1	0	2
		0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	1,3%	0,0%	0,4%
	Jubilación y Remesas	2	0	0	0	1	0	3
		2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,6%
	De Familiares y Remesas	7	6	9	0	3	0	25
		7,8%	6,4%	10,3%	0,0%	3,9%	0,0%	5,1%



Foto: Gustavo Trigo

¿Cual es la mejor forma de
llegar a todo el mundo?

Trabajando en red

**HelpAge
International**

personas mayores
protagonistas

HelpAge International
Centro de Desarrollo Regional para
América Latina
Calle Vincenti No. 576 Sopocachi
Telf./Fax: (591-2) 2416830 - 2410957
info@helpagela.org
Casilla: 2217
La Paz • Bolivia
www.helpage.org