

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS JURÍDICAS
SEMINARIO DE GRADUACIÓN EN CIENCIAS JURÍDICAS, AÑO 2008
PLAN DE ESTUDIO 1993



**“EL IMPACTO QUE GENERAN LOS DIVERSOS
INSTRUMENTOS JURÍDICOS EN LA REALIDAD SOCIAL DE
LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL SALVADOR”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS

PRESENTAN:

**CLAUDIA MARIA BONILLA GARCIA
OSCAR DIEGO RIVERA MENJIVAR
LIDIA BEATRIZ SANTACRUZ SANCHEZ**

LIC. WILFREDO ESTRADA MONTERROSA
DOCENTE DIRECTOR DE SEMINARIO

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 2008.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ING. RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ
RECTOR

ARQ. MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS
VICERRECTOR ACADÉMICO

LIC. OSCAR NOÉ NAVARRETE ROMERO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ
SECRETARIO GENERAL

DR. RENE MADECADEL PERLA JIMÉNEZ
FISCAL GENERAL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

DR. JOSÉ HUMBERTO MORALES
DECANO

LIC. OSCAR MAURICIO DUARTE GRANADOS
VICE-DECANO

LIC. FRANCISCO ALBERTO GRANADOS
SECRETARIO

LICDA. BERTHA ALICIA HERNÁNDEZ ÁGUILA
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE SEMINARIO DE GRADUACIÓN

LIC. WILFREDO ESTRADA MONTERROSA
DOCENTE DIRECTOR DE SEMINARIO

ÍNDICE

	Págs.
INTRODUCCIÓN	i
CAPITULO I:	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MANEJO	
METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento y delimitación del problema	1
1.1.1 Planteamiento	1
1.1.2 Delimitación	6
1.2 Justificación y objetivos de la investigación	9
1.2.1 Justificación	9
1.2.2 Objetivos	14
1.2.2.1 Objetivo general	14
1.2.2.2 Objetivos específicos	14
1.3 Sistema de hipótesis y operacionalización	15
1.3.1 Hipótesis general	15
1.3.2 Hipótesis específicas	15
1.3.3 Operacionalización de hipótesis en variables e indicadores	16
1.3.3.1 Variable independiente	16
1.3.3.2 Variable dependiente	16
1.3.3.3 Indicadores	16
1.4 Metodología Utilizada	18
1.4.1 Nivel y Tipo de la Investigación	18
1.4.2 Población, muestra y unidades de análisis	18
1.4.3 Métodos e instrumentos	19
1.4.4 Procedimientos de ejecuciones	19

CAPITULO II:

ANTECEDENTES SOCIO-HISTÓRICOS Y LEGISLACIÓN

VIGENTE A FAVOR DEL ADULTO MAYOR -----	20
2.1 A nivel internacional -----	20
2.1.1 1996, Pacto internacional de los derechos civiles y políticos (ONU) -----	20
2.1.2 1996, Pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales -----	21
2.1.3 1969, Convención americana sobre derechos humanos, Pacto de San José (OEA) -----	21
2.1.4 1982, Resolución 37/51 de la ONU: “Plan de Viena” -----	22
2.1.5 1991, Asamblea General de las Naciones Unidas; adopción de principios para los adultos mayores -----	24
2.1.6 1996, La resolución de las Naciones Unidas: 50/141, establece la denominación de “Personas Adultas Mayores” -----	27
2.1.7 1997, Organización Panamericana para la Salud (OPS/OMS); Declaración sobre política de protección integral al envejecimiento y la vejez saludable (Montevideo) -----	28
2.1.8 2002, Los países aprueban el plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento -----	31
2.1.9 2003, Los países de América Latina acuerdan en Santiago de Chile la estrategia regional para la implementación del plan sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe -----	35

2.1.10	2005, Organización Mundial de la Salud (OMS), da a conocer su informe de ejecución del plan de acción internacional sobre el envejecimiento, 14 abril 2005 -----	37
2.1.11	2006, La Comisión de Desarrollo Social adopta la resolución 44/1 sobre “modalidades del primer examen y evaluación del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento (Plan Madrid)”, 17 febrero 2006 --	38
2.1.12	2007, Comisión de Desarrollo Social: informe sobre el 45º periodo de sesiones (22 de marzo de 2006 y 7 a 16 de febrero de 2007) -----	39
2.1.13	2008, Comisión de Desarrollo Social: 46º periodo de sesiones; del 6 al 15 y 22 de febrero de 2008. Primer examen y evaluación del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento, 2002 -----	41
2.1.14	El plano de El Salvador según la influencia internacional	42
2.2	A nivel nacional -----	48
2.2.1	Situación del adulto mayor según los censos de poblaciones nacionales -----	48
2.2.1.1	Resultados del I censo de población de 1930 -----	50
2.2.1.2	Resultados del II censo de población de 1950 -----	51
2.2.1.3	Resultados del III censo de población de 1961 -----	53
2.2.1.4	Resultados del IV censo de población de 1971 -----	54
2.2.1.5	Resultados del V censo de población de 1992 -----	55
2.2.1.6	Resultados del VI censo de población de 2007 -----	57
2.2.2	Legislación vigente a favor del adulto mayor -----	59
2.2.2.1	Constitución de la Republica de El Salvador -----	59
2.2.2.2	Código de familia -----	60
2.2.2.3	Ley contra la violencia intrafamiliar -----	69

2.2.2.4 Ley de atención integral para la persona adulta mayor -----	72
2.2.2.5 Ley del sistema de ahorro para pensiones -----	81
2.2.2.6 Ley del instituto de previsión social de la fuerza armada -----	84
2.2.2.7 Código de salud -----	86
2.2.2.8 Código de trabajo -----	90
2.2.2.9 Código penal -----	93
2.2.2.10 Código procesal penal -----	94
2.2.2.11 Procedimientos para la protección de la persona adulta mayor, en caso de violencia, abuso o abandono -----	98

CAPITULO III:

INSTITUCIONES DEDICADAS A LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE ADULTOS MAYORES Y SUS DIFERENTES PROGRAMAS -----	100
3.1 Departamento de Santa Ana -----	100
3.1.1 Instituciones gubernamentales -----	100
3.1.1.1 Hogar “Narcisa Castillo” -----	100
3.1.2 Instituciones no gubernamentales -----	103
3.1.2.1 Hogar “San José” -----	103
3.1.2.2 Casa de los pobres San Vicente de Paúl -----	105
3.1.2.3 Residencia de ancianos “Madre Cecilia Bermejo” ---	107
3.1.2.4 Comedor manutención al necesitado adulto “MANA” -----	110
3.2 Departamento de San Salvador -----	114
3.2.1 Instituciones gubernamentales -----	114
3.2.1.1 Secretaria Nacional de la Familia -----	114

3.2.1.2 Centro de atención a ancianos,"Sara Zaldivar" -----	119
3.2.1.3 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -----	124
3.2.1.4 Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos -----	130
3.2.1.5 Departamento de prestaciones sociales IPSFA -----	133
3.2.1.6 Departamento de atención a pensionados del INPEP -----	136
3.2.1.7 Departamento de programas a pensionados del ISSS -----	145
3.2.2 Instituciones no gubernamentales -----	147
3.2.2.1 Centro integral de día "Maria Álvarez de Stahl" FUSATE -----	147
3.2.2.2 Comedor mama Margarita -----	152
3.2.2.3 Asociación parkinson de El Salvador -----	155
3.2.2.4 Sociedad de San Vicente de Paúl en El Salvador, "Hogar de ancianos Ramón Meléndez" -----	157
3.3 Departamento de San Miguel -----	161
3.3.1 Instituciones no gubernamentales -----	161
3.3.1.1 Asilo San Antonio y casa de la misericordia -----	161

CAPITULO IV:

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO -----	164
4.1 Metodología aplicada -----	164
4.2 Datos generales de la población adulta mayor encuestada -----	165
4.2.1 Departamento de Santa Ana -----	165
4.2.2 Departamento de San Salvador -----	169
4.2.3 Departamento de San Miguel -----	174

4.3 Crecimiento poblacional de la categoría adulta mayor -----	178
4.3.1 Registros nacionales -----	178
4.3.2 Registros departamentales -----	179
4.3.3 Registros por cabeceras -----	180
4.4 Población adulta mayor por área y sexo -----	181
4.4.1 Registros nacionales -----	181
4.4.2 Registros departamentales -----	182
4.5 Estado familiar de la población adulta mayor por área y sexo --	183
4.5.1 Registros nacionales -----	183
4.5.2 Registros departamentales -----	184
4.6 Fecundidad de la mujer adulta mayor, por hijos tenidos, hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes, según el área de residencia -----	186
4.6.1 Registros nacionales -----	186
4.6.2 Registros departamentales -----	187
4.7 Personas adultas mayores portadoras de su Documento Único de Identidad (DUI), según género y área de residencia -----	187
4.7.1 Registros nacionales -----	187
4.7.2 Registros departamentales -----	188
4.8 Condición de alfabetismo gerontológico, según área de residencia y género -----	189
4.8.1 Registros nacionales -----	189
4.8.2 Registros departamentales -----	190
4.9 Población adulta mayor, por condición de actividad económica, género y área -----	190
4.9.1 Registros nacionales -----	190
4.9.2 Registros departamentales -----	192

4.10 Datos de opiniones profesionales sobre la atención integral del adulto mayor -----	193
4.11 Comprobación de hipótesis -----	196
4.12 Presentación de resultados -----	203

CAPITULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES -----	241
5.1 Conclusiones -----	241
5.2 Recomendaciones -----	243
BIBLIOGRAFÍA -----	248
ANEXOS -----	253

INTRODUCCIÓN

El presente documento esta basado en el estudio del tema “El Impacto que Generan los Diversos Cuerpos Normativos en la Realidad Social de la Población Adulta Mayor en El Salvador”.

El Objetivo General de nuestra investigación es “Determinar El Resultado del Impacto que generan Los Diversos Cuerpos Normativos en la Realidad Social de la Población Adulta Mayor En El Salvador”.

Este objetivo se pretende alcanzar con la realización de los objetivos específicos siguientes: a) Verificar que políticas implementa el Estado Salvadoreño en beneficio de las personas Adulto Mayor; b) Identificar cuales son las principales necesidades de las Personas Adultas Mayores en nuestra realidad social; c) Determinar el grado de importancia que tiene la familia en la contribución de brindar una mejor calidad de vida a las personas adultas mayores dentro del seno familiar; d) Identificar cual es el grado de eficacia que generan los programas a favor de las personas Adultas Mayores que ayude a brindar una verdadera Atención Integral, e) Determinar cuál es el papel de las Instituciones Publicas y Privadas en la ejecución de los programas a favor de las personas Adultas Mayores.

El propósito que tenemos como autores de esta investigación, es recopilar información teórica y practica, que nos lleve a demostrar, que aunque a nivel mundial contamos con mas población joven que población Adulta Mayor, no significa que no hay que preocuparse del tema, sino por el contrario, es ahora el momento para buscar toda la ayuda posible, es decir

de países que cuenten con estudios en esa materia como Suecia, España, Alemania, e Israel por mencionar algunos, y así, nos faciliten sus estudios y por medio de su ejemplo se creen en nuestro país las condiciones para que se mejore la atención que es brindada actualmente a este sector.

Con el propósito de lograr nuestro objetivo, hemos dividido nuestra investigación en seis capítulos, siendo el Primero de ellos el “Planteamiento del Problema de la Investigación”, con el cual se pretende brindar un enfoque amplio, de aquello que nuestra investigación comprenderá e irá tomando forma a medida que se desarrollen el resto de capítulos.

EL Segundo Capitulo lleva por nombre, “Antecedentes Socio-Históricos y Legislación Vigente a favor del Adulto Mayor”, que como el nombre lo indica se comienza haciendo una recopilación tanto a nivel internacional como nacional, de toda la legislación que existe sobre el tema y que con el transcurso de los años a tomado forma, como la creación de un Proyecto de Ley Marco sobre Promoción Integral de los Adultos Mayores destinado a crear en los países miembros de la ONU, un ordenamiento jurídico general de promoción de los Adultos Mayores, realizado en el año de 1966 en Sao Paulo, Brasil.

Lo que a la vez contribuyo, a la realización en 1982 de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que elaboró el Plan de Acción Internacional sobre le Envejecimiento, que luego fue adoptado como propio por las Naciones Unidas ese mismo año, y así de otras reuniones que se han realizado para reconocer a estas personas derechos especiales y brindarles protección mediante Convenios, Resoluciones e Informes Poblacionales que indiquen el grado de atención con el que cuentan en

cada uno de los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Todo lo anterior a influido para que en nuestro país, se decretara una ley especial que ayude a las personas Adultas mayores, como es, La Ley de Atención Integral para la persona Adulta Mayor, decretada en el año 2002, y que a pesar de contar con su respectivo reglamento, aun falta mucho por hacer para que se creen las políticas necesarias para su efectiva aplicación.

El Tercer Capitulo esta dirigido, a las diversas “Instituciones dedicadas a la Protección Integral de Adultos Mayores y sus Diferentes Programas”, entre los cuales se encuentran: los Asilos, Hogares, Centros de Día, Comedores, Clubes entre otros, que dedican su actividad diaria a brindarles a las personas adultas mayores una mejor calidad de vida, cada una dentro de sus posibilidades, pues hay muchas que se mantienen solamente con donaciones de los particulares, o con el aporte que resulte de la realización de actividades, organizadas por ellas mismas, pues en su mayoría no cuentan con apoyo del Estado. Y para lograr este propósito visitamos algunas instituciones ubicadas en los Departamentos de Santa Ana, San Salvador y San Miguel.

El Cuarto Capitulo esta destinado a la “Interpretación de los Resultados de la Investigación de Campo”, con el cual demostramos por medio de estadísticas y gráficos, hacia cuanto asciende la Población Adulta Mayor en nuestro país, así como también, cuantos de ellos gozan con la protección de sus familias, cuantos estas internados en alguna institución, sea esta publica o privada, cuantos están en condiciones vulnerables, como aquellos que por alguna razón se encuentran en las calles y que la única ayuda que reciben es a través de Centros de día, o de Comedores que les

proporcionan alimento; pero también para gozar de estos beneficios, deben de cumplir con formalidades que dicha institución tiene como requisito previo.

Nuestro ultimo Capitulo esta designado a brindar las “Conclusiones y Recomendaciones” que como equipo de trabajo recopilamos a través de toda nuestra investigación, y con la cual pretendemos aportar avances nuevos sobre el tema, así como también brindar soluciones a algunos problemas de los cuales fuimos testigos, y contribuir así, a ofrecer una mejor calidad de Atención Integral a todas las Personas Adultas Mayores, para que en un futuro, este sector cuente con mayores oportunidades de llevar una vejez saludable, contando para ello con las condiciones optimas, para retribuir de alguna medida todo el esfuerzo que de ellos recibimos mientras gozaron su juventud.

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MANEJO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1.1 PLANTEAMIENTO.

Para identificar el estado actual del problema, objeto de identificación, es necesario tomar en cuenta los aspectos que intentan construir un esbozo sintético acerca de los cuerpos normativos que buscan una atención integral de los adultos mayores tanto a nivel internacional como nacional; luego, aproximarnos a una problemática teórica centrada en el impacto que genera la aplicación de dichas normas mediante la implementación de programas adoptados en todo el territorio de El Salvador por las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales y finalmente brindar propuestas sobre políticas públicas, fomento de acciones y programas veraces que generen un impacto positivo dentro de la sociedad civil de nuestro país para erradicar los factores que tienden a degradar el nivel de vida de las personas adultas mayores.

Asimismo, no debemos dejar de considerar el objetivo primordial en lograr un cambio cultural de toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los adultos mayores en nuestra sociedad, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los adultos mayores. Indicando así que El Salvador contempla la corresponsabilidad entre la familia y el Estado, por

lo que las implementaciones de las políticas deben de ir encaminadas hacia la práctica de todos los habitantes.

Ante lo anterior es preciso señalar que en la vida ninguna persona puede evitar el fenómeno biológico de envejecimiento, pero si es posible evadir y corregir los factores que facilitan la aceleración degradada del mismo; siendo necesario estudiar las condiciones socioeconómicas, sociopolíticas y socioculturales entre otras, para desafiar el problema del envejecimiento por una vejez saludable en la cual se haga efectiva la atención integral de la misma.

A continuación detallamos los siguientes problemas que se enfrentan ante la atención integral de los adultos mayores:

a) *Factor salud.*

Al hablar sobre envejecimiento saludable, debemos de tomar en cuenta la figura de la salud pública y necesariamente las políticas, acciones y programas gubernamentales y no gubernamentales que están orientados a la promoción, protección y atención de toda la población incluyendo los adultos mayores. Es así que malas políticas de salud pública pueden acarrear procesos que provoquen un aumento de las necesidades de las personas de edad avanzada, con el aislamiento y las dependencias consiguientes. Y como carencia en aquellos programas, hay existencia de adultos mayores que no tienen acceso a servicios de atenciones de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de una enfermedad.

b) Factor alimenticio.

La nutrición incorrecta de las personas adultas mayores incluye tanto la desnutrición (principalmente en los países menos desarrollados) como el consumo excesivo de calorías, (sobre todo en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo que estén experimentando una rápida urbanización). La nutrición incorrecta puede ser causada por el acceso limitado a los alimentos, la pérdida de los dientes, las insuficiencias socioeconómicas, las situaciones de emergencia, la falta de conocimiento e información sobre nutrición, elegir mal los alimentos, (por ejemplo, comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, y falta de actividad física.

c) Factor psicológico.

La biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores personales fundamentales que determinan cómo envejece una persona. Es así que durante el proceso de envejecimiento, algunas capacidades intelectuales (tales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural. La preocupación sobre los aspectos psicosociales considerados claves en el entendimiento de los problemas de salud mental del anciano, casi siempre está sustentada en bases erróneas, producto del desconocimiento de los orígenes, tratamientos, consecuencias y efectos, por lo que no siempre es la atención médica constante, la fórmula adecuada a tal problemática, también el apoyo de la familia y el de la sociedad es fundamental.

d) Factor socio-económico.

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Muchas personas

adultas mayores (sobre todo mujeres que viven solas y aquellos que viven en zonas rurales), no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto incide negativamente sobre su salud e independencia. Los más vulnerables son los que no tienen bienes, cuentan con ahorros escasos o inexistentes, los que carecen de pensión o subsidios de la seguridad social, o pertenecen a familias con ingresos bajos o no garantizados. Los que no tienen hijos ni familiares corren el riesgo de quedarse sin hogar y conocer la indigencia. Por tanto, las políticas para el envejecimiento tienen que apoyarse con esquemas más amplios para reducir la pobreza y aumentar la implicación de las personas adultas mayores en actividades que generen ingresos.

e) *El entorno social y familiar.*

Como se ha podido ver, el entorno social en el que vive el adulto mayor es de suma importancia. Las familias prestan casi toda la ayuda a aquellas personas que necesitan apoyo en todos los países del mundo. Pero a medida que las sociedades se desarrollan, el hecho de que varias generaciones compartan el mismo techo deja de ser una práctica habitual.

Por lo anterior, se ha proclamado prácticamente como un lema la necesidad de mantener al anciano en su entorno familiar, pero la característica de la familia actual es que ha pasado a ser de menor tamaño, lo cual se explica porque las parejas cada vez tienen menos hijos, y por ende los miembros mayores de la familia cada vez menos descendientes capaces de cuidarlos.

Otro problema como el aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales, o un posible aumento de las conductas que dañan la salud, como un consumo excesivo de alcohol.

A manera de conclusión, manifestamos tener muchos factores que hay que tomar en cuenta para el mejoramiento del desarrollo integral de las personas adultas mayores, debiendo considerar a través de un análisis crítico el impacto que tienen las leyes en la creación de programas que velan por la protección integral de las personas Adultas Mayores, entre los cuales tenemos:

- Fortalecimiento a programa de terapia ocupacional y talleres productivos;
- Fortalecimiento a programas de alfabetización de adultos mayores;
- Programa de geroturismo;
- Programa anual de actividades;
- Programa de asistencia para adultos mayores en situación de riesgo o abandono;
- Programa de saneamiento de la relación familiar;
- Programas a pensionados;
- Programa de fomento al envejecimiento activo y saludable; y
- Programa de fortalecimiento a los centros de atención a la persona adulta mayor.

Finalmente, decimos que la situación de la atención integral del adulto mayor puede llegar a ser una realidad si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas, leyes y programas de envejecimiento activo que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de las personas de más edad; por lo que ha llegado el momento para planificar y actuar sobre las medidas que ayudan a que las personas adultas mayores sigan sanas y económicamente activas en todos los países y principalmente el nuestro.

1.1.2 DELIMITACIÓN.

Habiéndose formulado el objeto de la investigación, resulta imprescindible especificar los parámetros teórico-practico dentro de los cuales estará basado la problemática abordada, para ello tenemos los aspectos siguientes:

a) Espacial

La problemática estará dirigida hacia todo el territorio nacional, verificando el impacto que tienen los cuerpos normativos existentes a favor de las personas adultas mayores y que se han tomando en cuenta por el Estado Salvadoreño mediante las instituciones públicas y privadas, dedicadas para tal fin, para la creación de políticas que ayuden a todas estas personas a vivir una vejez saludable y brindarles la atención que se merecen.

b) Temporal

Dentro de este aspecto nos remontamos al año 2002 hasta el presente año 2008, por ser el primero, un antecedente próximo y representativo en lo que se refiere a la creación de cuerpos normativos que velan por la atención integral de las personas adultas mayores y así poder analizar el impacto que dichas normas han generado dentro de la sociedad salvadoreña.

c) Técnico

En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años. En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el uso del término "Adulto Mayor" para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, entre otras, que hacían sentir a estas personas una discriminación por parte de la

sociedad. En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) denomina como Personas Adultas Mayores a todas aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, y teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región, así como las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) denomina a este grupo poblacional como Personas Adultas Mayores de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General. Es por ello que mencionar a las Personas Adultas Mayores es hacer referencia a la etapa final del ser humano, es decir el envejecimiento como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, cuales generan nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional e internacional que repercuten en la calidad de vida de este grupo de personas.

De lo anterior surge un nuevo enfoque del envejecimiento que está centrado en el ciclo vital, con una visión que concibe a este como un proceso activo, saludable, de actitud positiva, de auto-aceptación del mismo, que permite a las personas adultas mayores tener mejores y más adecuados niveles de autoestima y desarrollo de relaciones interpersonales positivas.

En este enfoque del envejecimiento, de la vejez y de la persona adulta mayor como centro de la preocupación colectiva nacional y mundial, se hace necesaria y urgente la formación continua de recursos humanos tales como gerontólogos, geriatras y promotores en salud comunitaria especializada. Como consecuencia, los servicios sociales como salud, para las personas adultas mayores deben adecuarse a políticas innovadoras y de evaluación permanente que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios y la calidad

de atención de los usuarios beneficiarios, debiendo conocerse las situaciones de las personas adultas mayores según su estado de salud integral.

Por lo tanto la visión tradicional del envejecimiento conceptuado como un proceso degenerativo de las capacidades físicas y mentales del ser humano, es inexacta e incompleta, en tanto se centra en la disminución natural de las capacidades del ser humano, y se hace necesario la orientación hacia un enfoque integral del envejecimiento como un proceso saludable, con actitud positiva que permite a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente; por ejemplo, en el campo médico, el tratamiento a las personas adultas mayores no se realiza integralmente con un enfoque geriátrico y gerontológico, y las prestaciones de salud son fundamentalmente de tipo curativo.

d) Jurídico

En nuestro país se ha designado un mes especial para aquellas personas que son iguales o mayores a 60 años de edad, es así que en El Salvador, desde el año 2002, se celebra cada enero el llamado "Mes del Adulto Mayor" según reza el Decreto Legislativo N° 144, aprobado por la Asamblea Legislativa. De igual forma se consiguió la modificación del término de persona de la "Tercera edad" por persona "Adulta mayor", a través del Decreto Legislativo N° 811, del mes de enero del año 2000¹.

¹ Por D.L. N° 811, del 6 de enero de 2000, publicado en el D.O. N° 31, T. 346, del 14 de febrero de 2000, se decreta en su Art. 1.- Sustitúyase la expresión "tercera edad" en todas las leyes de la República que la contengan, por la de "adulto mayor". Igualmente, en todo acto oficial se utilizará esta última expresión, cuando se haga referencia a las personas mayores de sesenta años.

1.2 JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1 JUSTIFICACIÓN

El Salvador como un país que busca el desarrollo se ha dado cuenta de la relevancia que ha tomado el tema del “Adulto Mayor” a nivel internacional y de los avances que han tenido ciencias como la Gerontología y la Geriátrica cuyos objetivos proporcionalmente son estudiar el proceso del envejecimiento humano y los fenómenos que lo caracterizan, así también estudiar el tratamiento de las enfermedades que suelen darse sobre todo a esa edad, tratando de brindar una Atención Integral, es decir que satisfaga necesidades físicas, biológicas, emocionales, sociales, familiares, entre otras con el único objeto de evitar el abandono o desamparo de las personas adultas mayores.

Es por esta razón, que se pretende hacer con esta investigación: el analizar los diversos cuerpos normativos y la manera de cómo estos han impactado en los ámbitos sociales, económicos, culturales, físicos y psicológicos entre otros, para con los Adultos Mayores de El Salvador, la manera de cómo las normas han sido aplicados por las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales mediante la puesta en práctica de sus programas y ver de que forma brindan a todas las personas Adultas Mayores una verdadera Atención Integral, ya que esta es una necesidad a la que no podemos escapar.

De esta manera, se denotan los estudios realizados que han demostrado el desarrollo de políticas sociales y económicas, así como la implementación de acciones y servicios que lleven a crear iniciativas sociales y de investigación para darle a las personas adultas mayores una

participación activa dentro de la sociedad a fin de ayudarles a vivir su envejecimiento de una forma mas saludable, y a sentirse útiles al compartir con otros sus conocimientos y experiencias sobre diversos temas que ellos mismos desarrollaron en su juventud, contribuyendo de esta forma a la sociedad.

La iniciativa de darle una Atención Integral a las Personas Adultas Mayores llevo a que en el año 2002 se realizara una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que se celebró en Madrid (OPS/OMS, 2002), en donde se hicieron presentes 142 países miembros de las Naciones Unidas a objeto de evaluar el estado de avance de las recomendaciones del Plan de Acción de Envejecimiento de la Primera Asamblea celebrada en Viena en 1982 (Naciones Unidas, 1982) y aprobar una declaración política de los gobiernos y un plan de acción internacional que mejore las condiciones de vida de la población adulta mayor.

Las políticas internacionales acordadas van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización, que haga sentir a este sector de la población que aun son útiles a la sociedad, mediante una participación activa dentro de ella.

De lo anterior, y en los casos en los cuales estas personas ya no cuenten con el apoyo de una familia es importante que se planifiquen medidas para la creación de centros que les ayude a mitigar o solventar sus necesidades.

En 1996 el gobierno de nuestro país, El Salvador, a través de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), del Ministerio de Economía, conformó un equipo técnico entre nacionales y extranjeros, auspiciado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, a fin de elaborar las Proyecciones de Población del país para el periodo de 1995 - 2025 en coordinación con el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), mostrando que la Población Adulta Mayor (arriba o igual de los sesenta años de edad), para el año **2000** fue de 451,705 personas lo que significó un 7.20% aproximadamente de la población total; para el año **2001** fueron 461,442 adultos mayores lo que significó un 7.21% aproximadamente de la población total; para el año **2002** fueron 472,994 adultos mayores lo que significó un 7.26% aproximadamente de la población total; para el año **2003** fueron 485,561 adultos mayores lo que significó un 7.32% aproximadamente de la población total; para el año **2004** fueron 499,934 personas adultas mayores lo que significó un 7.40% aproximadamente de la población total; para el año **2005** fueron 516,337 personas adultas mayores lo que significó un 7.51% aproximadamente de la población total, y de ese total hasta el año 2002, únicamente 75,332 gozan del derecho a pensión por vejez², lo que significa que el resto de la población pasa a formar parte del sector inactivo del país, generando que estas personas tengan la obligación de velar por ellas mismas en la forma de ir sobresaliendo con sus necesidades diarias, dedicándose así al sector informal del comercio en vista de la falta de oportunidades en el sector formal, que para nadie es desconocido que el requisito de la edad mínima para laboral es de treinta y cinco años de edad y la edad para jubilarse es de cincuenta y cinco años para las mujeres y de sesenta años para los hombres.

² Datos proporcionados por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP). No se incluyen las personas adultas mayores con pensiones por viudez o por sobrevivencia.

No obstante, las proyecciones destacan que en el año **2006** esta cifra aumentó a 690,838 personas adultas mayores, equivalente al 9.88% aproximadamente de la población total; para el año **2007** (y ultimo dato a estudiar de la proyección nacional poblacional), la cifra se situó a 706,300 adultos mayores, correspondientes al 9.94% aproximadamente de la población total; Sin embargo, el gobierno de El Salvador oficializó el 12 de mayo de **2008**, los datos del último **Censo de Población y Vivienda 2007**, realizado hace un año (entre el 12 y el 27 de mayo de 2007), el cual revela que los habitantes de nuestro país ascienden a 5,744,113; cifra inferior en un 19% a la proyección del censo que se realizó en 1992, que la ubicaba en 7,104,999 habitantes para el 2007; lo que no deja de significar que cada día surgen mas necesidades para este sector vulnerable, como lo es la salud, alimentación, vestuario, vivienda, etc.

El censo establece que del total de 5,744,113 habitantes, el 52,7% son mujeres, mientras que el restante 47,3% son hombres, aunque la cifra podría ser mayor debido a que durante la realización de las encuestas en unas 12,000 viviendas ocupadas no se encontró a alguien que proporcionara la información, mas los datos revelan que hay 11 mujeres por cada 10 hombres. Pero donde ellas aventajan por un buen trecho a ellos es en la esperanza de vida; mientras que los hombres tienen una esperanza de 66 años las mujeres pueden aspirar a 75 años. Se trata de una diferencia de 11 años, cuando en la mayoría de países del mundo es de 5 a 6 años; otro aspecto a resaltar es el total nacional de Adultos Mayores equivalentes a 542,191 de los cuales 239,996 corresponden a Adultos Mayores Masculinos y 302,195 a Adultos Mayores Femeninos, lo anterior según las publicaciones específicas por DIGESTYC al respecto.

El informe final también establece que 62,7% de los salvadoreños habitan en áreas urbanas y el 37,3% en áreas rurales, ubicando en 273 personas por cada kilómetro cuadrado la densidad poblacional; y en cuanto a Adultos Mayores se refiere, tenemos que 347,870 pertenecen a áreas urbanas y el 194,321 a áreas rurales.

Además, los 10 municipios más poblados del país son: San Salvador con 316,090 habitantes; Santa Ana con 245,421; Soyapango con 241,403; y San Miguel con 218,410. Le siguen en el orden Mejicanos, Apopa, Santa Tecla, Ciudad Delgado, Ahuachapán e Ilopango.

De lo mencionado se determina que entre los censos de 1971 y 1992, la población total creció en un 44%; entre 1961 y 1971 creció en un 42%; entre 1950 y 1961 creció un 35%; y entre 1930 y 1950, en un 29%. En cambio entre 1992 y 2007, la población sólo creció un 12%, en comparación con el ritmo acelerado de décadas anteriores.

He aquí una de las muchas razones por las cuales surge la preocupación de incentivar a crear un efectivo ordenamiento jurídico que involucren una plena realización de los derechos a favor de los adultos mayores y un impacto a escala positiva implementado por las políticas y programas que ayuden a solventar esta situación, ya que este tema, no solo se debe de ver desde un ámbito nacional sino que trasciende al plano internacional, dentro del cual se puede observar la iniciativa que ha tenido la Organización de las Naciones Unidas.

Por lo tanto, es una necesidad que se decreten leyes o cuerpos normativos, en general, y se creen políticas por medio de las cuales se busque dar a todas esas personas un bienestar social, es decir brindarles

una buena calidad de vida, y que los aleje de la exclusión social, de la violencia intrafamiliar, de la pobreza y del abandono ya que la vejez es una de las etapas de la vida de mayor vulnerabilidad y fragilidad humana desde la perspectiva de los derechos humanos, por tanto, es necesaria la participación de todos los sectores sociales para que se creen las políticas necesarias que conlleven a una mayor participación social en miras de ayudar a este sector vulnerable del país, como son, las personas Adultas Mayores.

1.2.2 OBJETIVOS.

1.2.2.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar el resultado del impacto que generan los diversos cuerpos normativos en la realidad social de la población Adulta Mayor en El Salvador.

1.2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Verificar que políticas implementa el Estado Salvadoreño en beneficio de las Personas Adultas Mayores.
- b) Identificar cuales son las principales necesidades de las Personas Adultas Mayores en nuestra realidad social.
- c) Determinar el grado de importancia que tiene la familia en la contribución de brindar una mejor calidad de vida a las Personas Adultas Mayores dentro del seno familiar.
- d) Determinar cuál es el papel de las Instituciones Publicas y Privadas en la ejecución de los programas a favor de las Personas Adultas Mayores.

- e) Identificar cual es el impacto que generan los programas a favor de las Personas Adultas Mayores en la protección de las mismas con el fin de asegurar una verdadera Atención Integral.

1.3 SISTEMA DE HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN.

1.3.1 HIPÓTESIS GENERAL.

Los cuerpos normativos existentes a favor de las personas Adultas Mayores no logran satisfacer efectivamente las necesidades básicas de esta población aunque estos hayan sido creados con el objeto de asegurar un mejor bienestar y una calidad de vida integra como el fin primordial de la actividad estatal.

1.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

- a) El Estado salvadoreño no busca los medios y recursos necesarios que optimicen un adecuado equilibrio entre factores sociales, económicos, culturales y jurídicos.
- b) Las condiciones socio-económicas en las que se encuentran diariamente las personas adultas mayores no son las adecuadas para alcanzar una vejez saludable y cumplir con sus principales necesidades.
- c) A mayor falta de consciencia por parte de la familia de los derechos que gozan las personas adultas mayores, menor será el reconocimiento, respeto y protección que estas personas se merecen.
- d) El estado no armoniza esfuerzos eficaces en lo que se refiere a una adecuada atención a la población adulta mayor mediante la creación de nuevas formas de funcionamiento (Convenios) u organizaciones

(Federaciones) por parte de todas las instituciones que se dedican a dicha actividad.

- e) Los programas creados a favor de las personas adultas mayores si buscan una participación activa de toda la comunidad para desafiar el problema del envejecimiento y brindar una verdadera atención integral, pero no se les da continuidad.

1.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

1.3.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.

Los cuerpos normativos existentes a favor de las personas Adultas Mayores.

1.3.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE.

No logran satisfacer efectivamente las necesidades básicas de esta población aunque estos hayan sido creados con el objeto de asegurar un mejor bienestar y una calidad de vida integra como el fin primordial de la actividad estatal.

1.3.3.3 INDICADORES.

Para una mejor congruencia, los indicadores los detallaremos de manera explicita por medio de una tabla que permita su apreciación en cuanto a su interconexión entre las variables y sus dimensiones, las cuales versan a continuación:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
CUERPOS NORMATIVOS	Jurídica	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Leyes ◆ Convenios ◆ Tratados ◆ Manuales
	Política	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Internacional ◆ Nacional ◆ Regional ◆ Acciones ◆ Programas
	Institucional	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Públicas ◆ Privadas
ADULTO MAYOR	Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vivienda ◆ Familia ◆ Esperanza de vida ◆ Mortalidad
	Cultura	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Educación ◆ Valores ◆ Principios ◆ Religión
	Salud	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Geriátría ◆ Gerontología ◆ Alimentación ◆ Psicología
	Economía	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ingresos ◆ Egresos ◆ Pensiones

1.4 METODOLOGÍA UTILIZADA.

1.4.1 NIVEL Y TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.

- a) Para este trabajo se usa el Nivel Explicativo con el fin de analizar en forma crítica la Atención Integral a los Adultos Mayores que implementan las instituciones gubernamentales y no gubernamentales por medio de sus atribuciones derivadas de las leyes.
- b) El tipo de investigación es, por la fuente de datos, Empírica o de Campo, realizada en zonas estratégicas de El Salvador, siendo así, en departamentos de mayor desarrollo; y considerando solamente a aquellos Adultos Mayores que posean habilidades de comunicación y claridades en su raciocinio.

1.4.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y UNIDADES DE ANÁLISIS.

- a) La población total de Adultos Mayores en El Salvador es de 542,191 según el último censo realizado en el año 2007 por la Dirección General de Estadísticas y Censos, en la cual se totaliza a la población del país en 5,744,113 habitantes.
- b) La muestra que se toma en el país comprende de 384 Adultos Mayores.
- c) Las unidades de análisis están dirigidas a personas adultas mayores seleccionadas; personal de instituciones gubernamentales y no gubernamentales; y, profesionales particulares de cada uno de los departamentos más representativos de las zonas del país, siendo así en cuanto a su desarrollo socio-económico se trate, como Santa Ana, San Salvador y San Miguel específicamente, para así llegar a conocer diversos enfoques del tema objeto de estudio a nivel nacional.

1.4.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS.

- a) Los Métodos para conocer cómo se lleva a cabo la investigación son: el del Muestreo Probabilístico de la Población y el del Muestreo Selectivo de Informantes Claves.
- b) Las Técnicas utilizadas son: el de la Encuesta y el de la Entrevista estructurada o dirigida; para tener claridad de los aspectos y desarrollos del tema, y a través, del entorno social del Análisis de Campo y de personas capacitadas con el tema.
- c) Los instrumentos con los que se hace la investigación son: el del Cuestionario y el de la Guía de Entrevista; ello para conocer algunos datos generales y específicos de diversas personas.

1.4.4 PROCEDIMIENTOS DE EJECUCIONES.

- a) Utilizamos para ello, la prueba piloto, la técnica de recolección de datos y la técnica de interpretación para cumplir los objetivos desarrollados en el tema.

CAPITULO II:

ANTECEDENTES SOCIO-HISTÓRICOS Y LEGISLACIÓN VIGENTE A FAVOR DEL ADULTO MAYOR.

2.1 A NIVEL INTERNACIONAL.

Al hacer referencia al aspecto evolutivo de cómo ha venido desarrollándose la problemática abordada, es decir, el impacto que generan los diversos cuerpos normativos en relación al bienestar del adulto mayor³ y que hacen posible la Atención Integral de este sector, en cuanto a sus aspectos de desarrollo social, entre ellos la salud, la educación, la alimentación, la ocupación en áreas productivas y/o recreativas, entre otras, es necesario tomar en cuenta los campos de desenvolvimiento de algunas instituciones que integran los sistemas internacionales, regionales y nacionales, por lo tanto haciendo un recorrido por esos instrumentos tenemos:

2.1.1 1966, Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (ONU).

El cual expresa en su Artículo 2: “Cada uno de los estados partes se comprometen a respetar y garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción, los derechos reconocidos en el presente pacto sin distinción alguna de Raza, Sexo, Religión, Idioma...”

³ Por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud la expresión "adulto mayor" sustituye las denominaciones de "anciano", "persona de edad" o "persona de la tercera edad" y designa a las personas mayores de 60 años.

A pesar de que en este Pacto no existan disposiciones específicas referentes a las Personas Adultas Mayores existen sin embargo una gran importancia para el tema pues reconoce derechos de carácter general a todas las personas no importando la edad.

2.1.2 1966, Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Los derechos aquí reconocidos se originan por el reconocimiento universal de la libertad individual mediante la cual toda persona (inclusive los adultos mayores) tiene derecho a gozar de salud, educación, alimentación, trabajo, seguridad, libre sindicalización y la defensa de la familia... y así mantener un nivel de vida apropiado en igualdad de oportunidades (Arts. 3, 6, 7, 12 y 15).

2.1.3 1969, Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José (OEA).

Esta hace referencia a la igualdad de las personas ante la ley y a la no discriminación, esto según lo establece el artículo 24 de dicha Convención⁴ que dice de la siguiente forma: "Todas las personas son iguales ante la Ley, en consecuencia tienen derecho sin discriminación a igual protección de la Ley".

Aunque dicha Convención no hace referencia de una forma específica a las personas Adultas Mayores dicha protección debe entenderse y aplicarse en forma general para todas las personas ya que es un derecho de

⁴ *Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José, OEA, pp. 147.*

suma importancia para todos los sectores de una sociedad y en especial de esta población ya que constituyen un sector para todos como vulnerable que requieren de una protección especial.

2.1.4 1982, Resolución 37/51 de la ONU: “Plan de Viena”.

La Asamblea General de las Naciones Unidas decidió, en su resolución 33/52, de 14 de diciembre de 1978, convocar en 1982 una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, cuyo fin era el gestionar un foro para iniciar un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países. En su resolución 35/129, del 11 de diciembre de 1980, la Asamblea General manifestó además su deseo que como resultado de la Asamblea Mundial las sociedades reaccionen más plenamente ante las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de las poblaciones y ante las necesidades especiales de las personas de edad. Teniendo presentes tales mandatos es como fue concebido el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento⁵.

Pero fue a partir del día 26 julio al 6 de agosto de 1982, en Viena, Austria, que se constituyó la Primer Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en la cual se señalaron como antecedentes demográficos que sólo en los últimos decenios la atención de las sociedades nacionales y la comunidad mundial sobre las cuestiones sociales, económicas, políticas y científicas suscitadas por el fenómeno del envejecimiento en gran escala no eran tomadas en cuenta.

⁵ *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento: Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, del 26 julio al 6 de agosto de 1982, VIENA, AUSTRIA.*

Fue hasta el siglo XX, que en muchas regiones del mundo se han logrado progresos en el control de la mortalidad perinatal e infantil, se ha logrado disminuir la tasa de natalidad, mejorar la alimentación, la atención sanitaria básica y el control de muchas enfermedades infecciosas, lo que ha dado como resultado un número y una proporción cada vez mayor de personas que llegan a etapas avanzadas de la vida; lo que significa que el aumento del número y la proporción de estas personas va acompañado de un cambio en la estructura de la población por edades, es decir, que una reducción de la proporción de niños en la población aumenta la proporción de personas de más edad.

Cabe observar que si se mantienen las tendencias actuales, la relación de masculinidad (esto es, el número de hombres por cada 100 mujeres) seguirá siendo desequilibrada en las regiones mundiales, pero con una ligera mejora. Las diferencias de longevidad entre los sexos pueden tener algún efecto sobre las condiciones de vida, el ingreso, la atención médica y otros sistemas de apoyo.

Es así que en cuanto a aspectos relativos al desarrollo y aspectos humanitarios inherentes al envejecimiento todas las tendencias demográficas tienen consecuencias sociales importantes. El logro del desarrollo continuo exige un equilibrio adecuado entre los factores sociales, económicos y ambientales y los cambios en el crecimiento, distribución y estructura de la población. Los países deberán reconocer y tener en cuenta sus tendencias demográficas y los cambios de estructura de su población a fin de optimizar su desarrollo. Ello exigirá un esfuerzo financiero importante por parte de los gobiernos y las instituciones internacionales interesadas. Pero la situación económica de la mayoría de los países en desarrollo no permite a éstos

asignar los medios y recursos necesarios para ejecutar su política de desarrollo⁶.

Por consiguiente, el problema del envejecimiento de las poblaciones, con sus enormes consecuencias tanto para el desarrollo general a nivel nacional como para el bienestar y la seguridad de las personas de edad, es un problema que habrá de preocupar a todos los países en un futuro relativamente cercano, ya que afecta a muchas regiones del mundo.

2.1.5 1991, Asamblea General de las Naciones Unidas; Adopción de principios para los adultos mayores.

La Asamblea General Adoptó el 16 de diciembre de 1991 la resolución 46/91, que basa sobre los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad y reconociendo que en la Carta de las Naciones Unidas los pueblos de las Naciones Unidas expresan, entre otras cosas, su determinación de reafirmar su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas, y de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad, y consciente que en todos los países es cada vez mayor el número de personas que alcanzan una edad avanzada y en mejor estado de salud de lo que venía sucediendo hasta ahora, alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus ordenamientos jurídicos nacionales:

⁶ *Ibidem*, pp. 9.

a) Independencia.

Las personas de edad deberán:

- Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia;
- Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos;
- Tener acceso a programas educativos y de formación adecuados;
- Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio; y,
- Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible⁷.

b) Participación.

Las personas de edad deberán:

- Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes;
- Buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades; y,
- Formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada⁸.

⁷ Resolución 46/91, de la ONU: *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*: Adoptada el 16 de diciembre de 1991. pp. 2.

⁸ *Ibidem*, pp. 2.

c) Cuidados (atención).

Las personas de edad deberán:

- Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad;
- Tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad;
- Tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado;
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro; y
- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida⁹.

d) Autorrealización.

Las personas de edad deberán:

- Aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial; y,
- Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad¹⁰.

⁹ *Ibíd*em, pp. 2-3

¹⁰ *Ibíd*em, pp. 3.

e) Dignidad.

Las personas de edad deberán:

- Vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales; y,
- Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica¹¹.

2.1.6 1996, La resolución de las Naciones Unidas: 50/141, establece la denominación de “Personas Adultas Mayores”.

La Asamblea General, designa el 1 de octubre como el “Día Internacional de las Personas de la Tercera Edad” bajo la resolución 45/106, de fecha 14 de diciembre de 1990, y solicitó contribuciones destinadas al Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para el Envejecimiento, el cual apoya proyectos en beneficio de los ancianos en países en desarrollo. El Fondo Fiduciario se estableció como parte de la aplicación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena en 1982. Todo lo anterior por favorecer la toma de conciencia sobre el valor de la prolongación de la vida y de los beneficios que de ella se pueden alcanzar para vivir un mundo cada vez más armónico y justo.

De lo anterior, es que la Naciones Unidas emiten la resolución 50/141, de fecha 21 de diciembre de 1995, en la cual la Asamblea cambió el nombre en inglés del Día Festejado, de “International Day for the Elderly” (Día Internacional de las Personas de la Tercera Edad) a “International Day of

¹¹ *Ibídem*, pp. 3.

Older Persons” (Día Internacional de las Personas Adultas Mayores), de conformidad con los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad arriba señalados, especialmente dedicados al honor, al respeto y al cuidado de los ancianos del mundo.

2.1.7 1997, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); Declaración sobre Política de Protección Integral al Envejecimiento y la Vejez Saludable (Montevideo).

El Foro Internacional sobre Envejecimiento fue convocado por el Parlamento Latinoamericano y la Organización Panamericana de la Salud y se realizó en Montevideo, Uruguay, del 31 de julio al 2 de agosto de 1997, con el auspicio de las autoridades sectoriales de salud del Uruguay.

Este primer Foro Internacional sobre Envejecimiento Poblacional, celebrado en el país más envejecido del Hemisferio, se honró con la presencia de la Primera Dama de Chile como Presidenta del Comité del Adulto Mayor, la Primera Dama de Uruguay, el Vicepresidente de la República Oriental de Uruguay, y el Presidente del Parlamento Latinoamericano.

Y de este Foro Internacional acordaron elevar por las vías correspondientes ante los presidentes de América Latina y el Caribe una serie de recomendaciones sobre las siguientes áreas específicas:

a) Seguridad social y los servicios de atención médica.

Los gobiernos asuman su responsabilidad histórica de liderar el movimiento social por la solidaridad entre las generaciones, para asegurar y garantizar el bienestar integral de los adultos mayores, debiendo de apoyarse

por estudios demográficos y económicos que cada país tenga referente al tema.

Para ello se debe crear o designar entidades supervisoras, ejecutoras y reguladoras para garantizar el libre acceso de los adultos mayores a los servicios sociales y médicos ofrecidos por los prestadores de la seguridad social y de atención del sector privado y fomentar oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida, períodos flexibles de transición desde el empleo a la jubilación y programas de educación para la jubilación que incentiven el compromiso individual de preparación económica, psíquico y social para el retiro.

b) Protección y promoción a la salud y el bienestar social.

Deben desarrollarse políticas nacionales orientadas a incrementar la calidad de vida de las poblaciones adultas mayores actuales y futuras y que, tanto a nivel nacional como a nivel local, haya un organismo encargado de la coordinación de actividades tendientes a promover y proteger la salud de los adultos mayores.

Además se debe crear la infraestructura adecuada de los sistemas de atención del estado y privados, que brinden una atención de salud que garantice el cuidado preventivo, progresivo, continuado e integral al adulto mayor. Para esto se necesita una inversión adecuada en salud como parte del presupuesto nacional y una evaluación del comportamiento del sector privado con relación a la atención de salud del adulto mayor.

Se debe también buscar la colaboración a nivel regional para apoyar estudios longitudinales sobre las condiciones de salud y el bienestar de los adultos mayores y con base a estos estudios generar programas que

respondan a sus necesidades y promover la educación gerontológica de los profesionales de atención primaria en salud y la integración de un currículum de atención médica al adulto mayor en las facultades de medicina.

c) *Vivienda y servicios comunitarios.*

Garantizar a todos los adultos mayores el acceso a la vivienda digna y adecuada, haciendo uso de políticas que promuevan la participación del sector público y privado en la construcción y adecuación de viviendas que respondan a las necesidades y posibilidades de los distintos grupos de adultos mayores.

Los adultos mayores deben de tener acceso a programas comunitarios tendientes a proteger su autonomía, a continuar viviendo en sus propios hogares y evitar la necesidad de institucionalización; y si por el contrario ya se encuentran internados en alguna institución se debe asegurar que estas personas tengan acceso a una nutrición adecuada, realicen actividades físicas, sociales y recreativas de acuerdo a sus posibilidades, a que se respete su autonomía y a que sean atendidos por un personal capacitado.

d) *Envejecimiento productivo y relaciones intergeneracionales.*

Lo que se busca es promover la educación y capacitación a lo largo de la vida, crear mecanismos para que las personas jubiladas puedan utilizar sus talentos a beneficio de niños, adolescentes y jóvenes en situaciones de riesgo social, es decir, incentivar la creatividad del ser humano ya que esta no expira con la edad, apoyar la transmisión de las capacidades y habilidades de los mayores a las otras generaciones, a través de programas sociales, laborales, culturales y recreativos que aumenten la autoestima de los mayores y la solidaridad intergeneracional al interior de la familia, la escuela y otras instituciones.

Se busca también combatir el envejecimiento mediante la divulgación de imágenes positivas de adultos mayores que se mantienen saludables, productivos e integrados en el desarrollo de la sociedad. Otros reconocimientos de los derechos a la salud que aquí se reconocieron también fueron que el adulto mayor debe:

- Conocer, que enfermedades o dolencias tiene;
- Conocer por su nombre cada fármaco que está ingiriendo;
- Conocer las dosis, de cada medicamento prescrito;
- Revisar cuidadosamente, la integridad y exactitud en el despacho de su receta;
- Conocer los fármacos asociados con las enfermedades en tratamiento;
- Saber el tiempo de duración del tratamiento (si es crónico o agudo);
- Interesarse por conocer los efectos beneficios de los medicamentos;
- Conocer efectos adversos de medicamentos;
- Comunicar al equipo de salud, efectos no esperados con el uso de las terapias; y,
- Preocuparse de difundir sus deberes de auto-cuidado en sus medicamentos.

2.1.8 2002, Los países aprueban el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento.

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002, emitido el 12 de abril de 2002, exhorta a cambios de las actitudes, las políticas y las prácticas de todos los niveles y en todos los sectores, para que puedan concretarse las enormes posibilidades que brinda el envejecimiento en el siglo XXI. Porque no muchas personas de edad envejecen con seguridad y

dignidad y ni siquiera potencian su propia capacidad para participar en el marco de sus familias y comunidades.

El objetivo del Plan de Acción consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad, y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Sin dejar de reconocer que los cimientos de una ancianidad sana y enriquecedora se ponen en una etapa temprana de la vida, además este plan busca ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones.

Es así que definido el concepto de *“Una sociedad para todas las edades”*, formulado como tema del Año Internacional de las Personas Adultas Mayores, que se celebró en 1999, se comenzó a darle énfasis a sus cuatro dimensiones, las cuales eran: El desarrollo individual durante toda la vida; Las relaciones multigeneracionales; La relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo; y por último, La situación de las personas de edad¹².

El Año Internacional contribuyó además a promover la conciencia de esos problemas, así como la investigación y la acción en materia de políticas, en todo el mundo, inclusión hecha de los esfuerzos por incorporar las

¹² En 1992, se emite la Resolución 47/5 de las Naciones Unidas: Se designa 1999 como Año Internacional de las Personas Adultas Mayores, bajo el lema *“Una sociedad para todas las edades”*. Y de esta manera, es como en 1999 se celebró el Año Internacional, por CEPAL/CELADE/FNUAP/OPS, bajo el *“Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad”* (Santiago).

cuestiones relacionadas con el envejecimiento a las actividades de todos los sectores y promover oportunidades relativas a todas las fases de la vida.

En todo el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002 se plantean varios temas centrales que están vinculados a esas metas, objetivos y compromisos, entre ellos están:

a) La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad.

El envejecimiento en condiciones de seguridad, es uno de los objetivos en donde se pretende la eliminación de la pobreza en la vejez, tomando como base los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad, lo que significa el compromiso de reafirmar la igualdad de los sexos en las personas de edad, entre otras cosas, mediante la eliminación de la discriminación por motivos de sexo.

La utilización de las investigaciones y los conocimientos científicos y el aprovechamiento del potencial de la tecnología para considerar, entre otras cosas, las consecuencias individuales, sociales y sanitarias del envejecimiento, en particular en los países en desarrollo.

b) La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Dentro de este apartado encontramos incluido el derecho al desarrollo, que es esencial para la creación de una sociedad en donde todas las personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad, luchando contra cualquier tipo de discriminación y buscando la promoción de la dignidad de las personas de edad para asegurar el respeto que esas personas merecen.

La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales es importante para lograr una sociedad para todas las edades. Para ello, la relación mutua entre las generaciones debe cultivarse, acentuarse y alentarse mediante un diálogo amplio y eficaz.

c) Las tres orientaciones prioritarias, recomendadas para la adopción de medidas.

Dentro de estas están: las personas de edad y el desarrollo; el fomentar la salud y el bienestar hasta llegada la vejez; y, el crear entornos propicios y favorables. El grado de seguridad de que gocen las personas de edad en sus vidas depende muy considerablemente de los progresos que se hagan en esas tres direcciones. Las orientaciones prioritarias tienen por objeto guiar la formulación y aplicación de políticas hacia el objetivo concreto del ajuste con éxito a un mundo que envejece, y en el que el éxito se mida en función del mejoramiento de la calidad de la vida de las personas de edad y de la sustentabilidad de los diversos sistemas (tanto estructurados como no estructurados) en que se funda el bienestar de que se goce en todo el curso de la vida.

d) Es indispensable incorporar la cuestión del envejecimiento a los programas mundiales.

Hace falta un esfuerzo concertado para adoptar un enfoque amplio y equitativo en materia de integración de políticas. La tarea por realizar es vincular el envejecimiento con otros marcos del desarrollo social y económico y con los derechos humanos. Si bien las políticas concretas han de variar según los países y regiones, el envejecimiento de la población es una fuerza universal y tiene tanto poder para moldear el futuro como la mundialización.

Es indispensable reconocer la capacidad de las personas de edad para hacer aportes a la sociedad no sólo tomando la iniciativa para su propio mejoramiento sino también para el perfeccionamiento de la sociedad en su conjunto. Un pensamiento progresista reclama que aprovechemos el potencial de la población que envejece como base del desarrollo futuro.

2.1.9 2003, Los países de América Latina acuerdan en Santiago de Chile la Estrategia Regional para la Implementación del Plan sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe.

Los países de América Latina y el Caribe participantes en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento denominada: *“Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”*, celebrada en Santiago de Chile, del 19 al 21 de noviembre de 2003,

La Estrategia regional tiene como meta general definir las prioridades para la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que se fundamenta en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (independencia, participación, cuidados,

autorrealización y dignidad) y se enmarca en los compromisos de la Declaración del Milenio¹³.

Asimismo, se establecen orientaciones generales que fundamentan las metas, objetivos y acciones propuestas, entre ellas la del Envejecimiento Activo¹⁴, entendido como: *“el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomentando la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales.”*

Para lograr este propósito debe buscarse el protagonismo de las personas mayores y para lograr su bienestar económico y una integración plena en el mundo laboral y el acceso a oportunidades de formación y educación continua que les permita disminuir brechas generacionales y de género.

Para ello es necesario adoptar un enfoque de ciclo de vida y de visión prospectiva de largo plazo, a fin de entender que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y, por lo tanto, exige considerar el efecto en la vejez de las acciones realizadas en etapas precedentes.

¹³ Donde los Jefes de Estado y de Gobierno, reunidos en la sede de Naciones Unidas en Nueva York, el 8 de septiembre de 2000, acordaron bajo resolución 55/2, reafirmar la fe en la Organización y su Carta como cimientos indispensables de un mundo más pacífico, más próspero y más justo.

¹⁴ OMS-OPS. *Envejecimiento Activo: Un marco político. Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS. Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Madrid, 2002.*

Y además es de gran utilidad la incorporación del tema del envejecimiento en el desarrollo integral y en las políticas públicas, para dar respuesta a los problemas de las sociedades demográficamente más envejecidas, ya que para lograr con este objetivo se requiere un nuevo contrato social en que participe el conjunto de la sociedad, con miras a lograr la erradicación de la pobreza y una mejor calidad de vida para las personas mayores en la región.

2.1.10 2005, Organización Mundial de la Salud (OMS), da a conocer su informe de ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento, 14 abril 2005.

Dado que la OMS otorga una concepción de cómo debe entenderse la etapa de la vida llamada por muchos como vejez, y la define como envejecimiento activo, es así que se considera que la buena salud es fundamental para que las personas adultas mayores mantengan su independencia y sigan siendo útiles para sus familias y comunidades. De esta manera, la organización trata de facilitar los contactos y la atención continua que necesitan estas personas para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas, a menudo discapacitantes, mediante el intercambio de conocimientos, experiencias y ejemplos de prácticas adecuadas entre los países para crear capacidad de investigación.

Aquí se da a conocer que el enfoque de envejecimiento activo se construye sobre la perspectiva del transcurso vital, que reconoce la importante influencia que tienen sobre el envejecimiento de los individuos, las experiencias tempranas en la vida, tomando en consideración los determinantes de salud que incluyen los procesos biológicos, psicológicos, ambientales, sociales, económicos, conductuales y los estilos de vida, que

operan a través de todas las etapas de la vida y determinan la salud y el bienestar en la edad avanzada, entre los que se encuentra el acceso a los servicios de salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, basada en la comunidad, a un número cada vez mayor de ancianos.

2.1.11 2006, La Comisión de Desarrollo Social adopta la Resolución 44/1 sobre “Modalidades del primer examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Plan Madrid)” el 17 de febrero de 2006.

La Comisión de Desarrollo Social de la ONU, manifiesta: Que acepta la propuesta de calendario y contenido para el primer ciclo de revisión y evaluación del Plan Madrid¹⁵. Y decidió que el primer ciclo comience en 2007 y concluya en 2008.

También decidió que el tema global del primer examen y evaluación de la aplicación del Plan Madrid será: “*Hacer frente a los desafíos y las oportunidades del envejecimiento*”, e invitó a los países a determinar los avances logrados en la implementación del Plan Madrid y que presenten los resultados en el 45º periodo de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social (febrero de 2007).

Alentó la celebración de actividades regionales de exámenes y evaluaciones e invitó a los gobiernos interesados a que ofrezcan su apoyo y asistencia para prestar apoyo a los países para la celebración de actividades y actos regionales de examen y evaluación durante 2006 y 2007 y pidió al

¹⁵ En el 2004, la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 59/150 solicitó al Secretario General hacer propuestas de cómo realizar el examen y evaluación en el ámbito mundial y regional.

Secretario General que presente a la Comisión de Desarrollo Social, un informe sobre los principales avances en la esfera del envejecimiento desde la Segunda Asamblea Mundial que incluya breves contribuciones regionales de las comisiones regionales y que lo presente en la sesión 46º de la Comisión de Desarrollo Social en el 2008, por lo tanto, para darle seguimiento y evaluación a la Estrategia Regional los países miembros deberán:

a) Durante el 2006:

Hacer informes nacionales cortos (revisión) para alimentar el Informe del Secretario General del año 2007; Fortalecer capacidades nacionales (capacitación); Hacer plan nacional de evaluación (temas a tratar, periodización de actividades, recursos requeridos, resultados esperados).

b) Para el 2007:

Ejecutar el plan nacional de evaluación; Efectuar evaluación participativa; Efectuar evaluación general; Preparar informes nacionales y presentarlos en Conferencia Regional 2007; Hacer informes para la Comisión de Desarrollo Social.

c) Para el 2008:

Participar en Comisión de Desarrollo Social.

2.1.12 2007, Comisión de Desarrollo Social: Informe sobre el 45º período de sesiones (22 de marzo de 2006 y 7 a 16 de febrero de 2007).

En cuanto a los planes y políticas de acción relacionados con la situación de los distintos grupos sociales, la Comisión aprobó una resolución

sobre las modalidades del primer examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002. Y a fin de iniciar el primer ciclo del examen de cinco años del Plan de Madrid se organizó una mesa redonda con el objeto que la Comisión escuchara a expertos con amplios conocimientos de los principales progresos y problemas en la esfera del envejecimiento desde la celebración de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

Se abordó que el Consejo Económico y Social, en su resolución 2003/14, de 21 de julio de 2003, había invitado a los gobiernos al sistema de las Naciones Unidas y a la sociedad civil para que en el examen y evaluación del Plan de Acción de Madrid, adoptaran un criterio que facilitara la participación de los más directamente interesados en todo el proceso de aplicación del Plan de Acción de Madrid y se alentó a los Estados Miembros a que incluyan políticas específicas en materia de envejecimiento e iniciativas de integración del envejecimiento en su examen y evaluación del Plan de Acción de Madrid y en sus estrategias nacionales, teniendo presente la importancia de integrar el envejecimiento y el género en los programas mundiales.

También se invitaron a los gobiernos de países miembros para que en el año 2007 comiencen sus exámenes y evaluaciones nacionales, con respecto a los ámbitos concretos que hayan determinado, utilizando un criterio que facilite la participación de los más directamente interesados.

No obstante se solicitó a todas las comisiones regionales que le remitan, en su 46° período de sesiones en 2008, las conclusiones del primer examen y evaluación, junto con las prioridades establecidas para la adopción de futuras medidas relacionadas con la aplicación del Plan de Acción de

Madrid; y reiteró la importancia de la vigilancia nacional, imparcial e independiente de los progresos de la aplicación del Plan de Acción de Madrid, e invita a los gobiernos, con instituciones autónomas, los círculos académicos y las organizaciones de la sociedad civil que sigan elaborando estudios, comuniquen sus resultados durante el proceso de examen y evaluación y formulen propuestas para la adopción de medidas normativas futuras.

2.1.13 2008, Comisión de Desarrollo Social: 46º período de sesiones; del 6 al 15 y 22 de febrero de 2008. Primer examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002.

La Comisión de Desarrollo Social, Recordando que en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002, aprobado por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid del 8 al 12 de abril de 2002, se señaló que el examen sistemático de su aplicación por los Estados Miembros era fundamental para que consiguiera mejorar la calidad de vida de las personas de edad.

Subrayó la necesidad de incrementar la capacidad nacional de acuerdo con las necesidades de cada país con miras a fomentar y facilitar la aplicación del Plan de Acción de Madrid y, en este sentido, alienta a los gobiernos a que den su apoyo al Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para el Envejecimiento, a fin que el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría pueda prestar más asistencia a los países que la soliciten.

También invitó a los gobiernos a que elaboren y apliquen las políticas relativas al envejecimiento mediante consultas amplias con los interesados y los asociados para el desarrollo social pertinentes, a fin de crear un sentimiento de identificación con las políticas nacionales y de lograr un consenso y a que faciliten la participación de las personas de edad en la planificación, el diseño, la aplicación y la evaluación de las políticas sobre el envejecimiento, la erradicación de la pobreza y la protección social.

Dicha Comisión instó a la comunidad internacional para que apoyen los esfuerzos nacionales de los países miembros de las Naciones Unidas y proporcionen financiación para iniciativas de investigación y de reunión de datos sobre el envejecimiento a fin de comprender mejor los desafíos y las oportunidades que entraña el envejecimiento de la población a efectos de planificación, control y a evaluación de las políticas que lleven a brindar una mejor calidad de vida a las personas adultas mayores. De igual manera, se reiteró la petición al Secretario General a fin de que presente a la Comisión de Desarrollo Social, en su 47° período de sesiones de 2009, un informe sobre el análisis de las conclusiones del primer examen y evaluación, que comprenda un marco estratégico de aplicación basado en el análisis de las actividades nacionales emprendidas desde 2002, con el fin de determinar las prioridades en materia de políticas para el futuro y las medidas de cooperación internacional necesarias para respaldar las actividades de los países relativas a la aplicación, y pide al Secretario General que en el mismo informe presente información sobre la aplicación de la presente resolución.

2.1.14 El plano de El Salvador según la influencia Internacional.

Nuestro país, como dato coyuntural, ha participado en la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América

Latina y el Caribe, denominada: *“Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos”*, celebrada en Brasilia, del 4 al 6 de diciembre de 2007; en la cual, El Salvador informó la aplicación de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, y de los puntos de las áreas prioritarias para su revisión y evaluación internacional para la ONU destacó algunas de las siguientes:

a) Instituciones públicas que velan por los adultos mayores.

Que en nuestro país, la persona jurídica principal que debe contribuir para la protección de los derechos de todas las personas adultas mayores es la Secretaría Nacional de la Familia (SNF) ente creado por Decreto Ejecutivo No. 22, del 19 de octubre de 1989; es una institución adscrita a la Presidencia de la República, creada con el objeto de planificar y coordinar los esfuerzos con las demás instituciones públicas y privadas, a fin de hacer efectiva la protección a la familia y sus miembros, dictar las políticas necesarias, así como crear los organismos y servicios apropiados para su integración, bienestar y desarrollo.

Su objetivo es desarrollar acciones para apoyar a las familias en situación de vulnerabilidad y promover las oportunidades de desarrollo humano para los salvadoreños que más lo necesitan, contribuyendo de esa forma a elevar su calidad de vida, así fomentar el desarrollo integral de El Salvador, mitigando el hambre de la población más vulnerable y que se encuentra en situación de inseguridad alimentaria, proporcionándole alimentos en forma sistemática, eficiente y oportuna.

En cuanto a Adultos Mayores se refiere, la SNF coordina a través del Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos

Mayores (CONAIPAM), las acciones gubernamentales y no gubernamentales en beneficio de la población adulta mayor, con el fin de velar por el cumplimiento de los derechos, deberes y beneficios que la ley les concede a las personas adultas mayores, con la participación de la familia y la sociedad. Dicho Consejo está integrado por el titular o el representante legal de algunas instituciones públicas y privadas, así como de asociaciones o fundaciones legalmente constituidas e inscritas en la Secretaría Nacional de la Familia que trabajan a favor de las personas adultas mayores.

Además, como otras instituciones que tienen por objeto beneficiar a las personas adultas mayores, tenemos a 2 personas jurídicas representativas a nivel nacional, las cuales son: Hogar de Ancianos Narcisca Castillo, en el departamento de Santa Ana; y, el Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldivar, en el departamento de San Salvador; De igual manera tenemos a 2 instituciones de dependencia gubernamental, cuales son: la Gerencia Integral de Salud del Adulto Mayor, bajo rama del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); y, la Procuraduría Adjunta para la Defensa de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, bajo rama de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

b) Instituciones privadas que velan por los adultos mayores.

Los Centros de Atención al Adulto Mayor identificados en el país, en su totalidad son: 50 hogares, residencias y/o asilos; 14 centros de día; 8 comedores, 601 club organizados en los centros de salud a nivel nacional. De esta manera, es que en El Salvador existe un “Manual de Normas de funcionamiento para los Centros de Atención a las Personas Adultas Mayores”, el cual fue aprobado el 10 de diciembre de 2003, por el CONAIPAM, dicha herramienta ha sido de vital importancia para los monitoreos que la SNF realiza periódicamente para cerciorarse del estado de

todas las instituciones que brindan cuidados a las personas adultas mayores, así como de la salud de las personas ingresadas. Cabe mencionar que a través del MSPAS, se brinda apoyo en atención médica a los hogares, centros de día, etc.

Otras peculiaridades en cuanto a los requisitos de ingreso a estas instituciones se tienen los siguientes factores:

- Falta de familia que les apoye moral y económicamente;
- Rechazo de sus familiares al no adaptarse a las normas de la nueva familia;
- Falta de vivienda propia;
- Falta de pensión;
- Padecimiento de enfermedades degenerativas como alzheimer y mal de parkinson;
- Falta de familiares que puedan hacerse cargo de su cuidado a pesar de tener una vivienda propia;
- Maltrato físico y psicológico;
- Por remisión de Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales, como la Policía Nacional Civil, Fiscalía General de la República, Juzgados de Familia, Hospitales, Instituto Salvadoreño de Seguridad Social;
- Por encontrarse en situación de riesgo o abandono; y,
- Por solicitud de los mismos o como opción de la persona adulta mayor para poder recibir atención medica, alimentos y vivienda.

En cuanto al financiamiento se tiene que la mayoría de centros de atención al adulto mayor, reciben ayuda de personas altruistas, organizaciones no gubernamentales, comités o asociaciones, iglesias, etc. La ayuda que el gobierno brinda a los hogares privados es de donación de

viveres, artículos de primera necesidad y en algunos casos colaboración para arreglar infraestructuras de los hogares. También se coordina con las Unidades de Salud para brindar atención médica a los adultos mayores institucionalizados, en los que por falta de recursos no tienen personal médico de planta.

Otras características en cuanto a su objeto de creación tenemos que nacen a favor de Adultos Mayores de 60 años de edad en adelante, del sexo masculino y femenino, procedentes de todo el país, en algunas veces que no cuentan con una pensión, que en algunos casos han recibido maltrato físico y psicológico de parte de sus hijos u otros familiares, y en otros casos, por encontrarse en situación de riesgo o abandono.

Por ultimo, mencionamos que dentro de los tipos de servicios ofrecidos por parte de estas instituciones están los de alimentación, atención nutricional, atención médica, de enfermería, fisioterapia, manualidades, recreación, rehabilitación geriátrica, aseo personal, dotación de ropa de uso diario y de cama, servicio de lavandería y planchado, alojamiento, atención espiritual, y para concluir los servicios fúnebres.

c) Profesionales especializados en gerontología y geriatría.

En cuanto al número existente de geriatras en todo el país, tenemos que El Salvador cuenta con 8 Geriatras para la atención de la población; y de éstos, 7 Geriatras son miembros certificados en la Asociación de Geriatría de El Salvador (ASOGESAL).

Cabe resaltar, que a través del Instituto Merck de Envejecimiento y Salud (MIAH) juntamente con la OPS, se realizó una capacitación en base a la “Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores”,

hacia el personal de salud, en donde se especializaron a 1,264 recursos de salud de diferentes disciplinas a nivel nacional, quienes reprodujeron la capacitación al resto del personal de salud de cada establecimiento y se capacitó a un total de 1,351 Promotores de Salud a nivel comunitario del área urbana y rural.

d) Creación de un entorno físico propicio y favorable.

Lo anterior para que las personas mayores gocen de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez; es decir, que se logre la adaptación del entorno físico a las características y necesidades de las personas mayores para lograr una vida independiente en la vejez, tenemos que el país en cuanto al factor vivienda, actualmente no se dispone de un Programa de Subsidios, que sea específico para financiar la adquisición o mejora de viviendas para personas mayores; Además, en El Salvador no se cuenta con un programa específico de vivienda para las personas con discapacidad, sin embargo, al igual que ser adulto mayor, el ser persona con discapacidad es un criterio de prioridad para los programas que actualmente se llevan en el Viceministerio de Vivienda.

En el factor transporte al respecto y basado en la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor ya existe una iniciativa que busca conseguir descuentos en el sistema de transporte para personas adultas mayores, lamentablemente hasta la fecha no se ha concretado.

En el área de salud, se fomentan prácticas de higiene, desinfectación del agua y protección de alimentos para evitar riesgos y daños a la salud de las personas adultas mayores, mediante la implementación de campañas y/o proyectos de salud ambiental para así lograr comunidades saludables. Cabe

mencionar que la Constitución de la Republica considera servicios públicos de salud para la población sin costo. Y por Orden Presidencial (administración 2003), la atención en salud de la población salvadoreña goza de gratuidad en establecimientos del Primer Nivel de Atención de Salud y a partir de la actual administración 2007 se tiene la gratuidad, a Nivel de Hospitales Nacionales.

Finalmente mencionamos el factor estructural, donde actualmente, se están realizando acciones en la promoción de la eliminación de las barreras urbanísticas, arquitectónicas, transporte y comunicaciones; como la colocación de rampas accesibles en lugares públicos, y designación de ventanillas especiales de atención para personas adultas mayores y personas con discapacidad. Estas ventanillas se encuentran en las miras del sistema público como en la empresa privada.

2.2 A NIVEL NACIONAL.

2.2.1 Situación del adulto mayor según los Censos de Poblaciones Nacionales.

El Salvador, tradicionalmente ha tenido una gran proporción de población joven, como lo indican las edades registradas desde la primera etapa del siglo XX hasta nuestros días; sin embargo, la tendencia del envejecimiento de la población, por las mejoras en el sistema de salud o por el aumento de la población desmedido, hace que una gran cantidad de habitantes se sitúen en el estado correspondiente de ser un “Adulto Mayor”.

Es así que, en nuestro país se han realizado seis Censos de Población durante el periodo 1930-2007, de los mencionados se ha

determinado que entre los Censos de 1930 y 1950, la población total creció en un 1.29%; entre 1950 y 1961 creció un 2.82%; entre 1961 y 1971 creció en un 3.48%; y entre, 1971 y 1992 en un 1.73%¹⁶. En cambio entre 1992 y 2007, la población sólo creció un 0.79% en comparación con el ritmo acelerado de décadas anteriores. De esta manera, teniendo que la tasa de crecimiento de la población alcanzó un valor de 1.73% en el periodo 1971-1992 y que de haberse mantenido constante esa tasa, a la fecha del levantamiento del VI Censo de Población del 27 de Mayo de 2007, la población del país habría alcanzado aproximadamente 6,583,072 habitantes, en lugar de los 5,744,113 habitantes que arrojó el Censo reciente, o de 7,104,999 habitantes que proyectaba la Dirección General de Estadística y Censos.

La población objeto de nuestro estudio ha marcado una tendencia contraria a los datos demográficos generales, debido que las personas adultas mayores se han multiplicado 8.79 veces más desde el primer Censo poblacional de 1930 hasta el último Censo realizado en el año 2007. Aunque para ello, tenemos que la tasa de crecimiento inter-censal¹⁷ para el periodo 1992-2007 refleja un marcado descenso al llegar a la cifra de 2.48% la cual es superior a la primera etapa inter-censal de 1930-1950 correspondiente al 2.04%, e inferior a todas las otras tasas de crecimientos inter-censales de los años 1950-1961, 1961-1971 y 1971-1992, correspondientes al 3.72%, 3.26%, y 3.27% respectivamente. Además, de haberse mantenido la tasa de 1992, la población adulta mayor a nivel nacional para el año 2007 hubiese sido de 606,873 habitantes, en lugar de los 542,191 adultos mayores registrados por

¹⁶ *Resultados de la Población de la Tercera Edad en El Salvador, 1971 – 1992, Dirección General de Estadísticas y Censos Ministerio de Economía; San Salvador, El Salvador, 1998, pp. 3 – 4.*

¹⁷ *Para los cálculos porcentuales de las tasas de crecimiento inter-censales de los adultos mayores y la población general se utilizó la fórmula siguiente: $P_n = P_o (1+r)^t$*

el último censo poblacional, o de 706,300 adultos mayores como lo proyectaba la Dirección General de Estadística y Censos. Lo aquí manifestado, tal vez se justifique por la migración al exterior, la pobreza, la mortalidad gerontológica, el plazo inter-censal –que no es uniforme– y la inadecuada atención de previsión social que trae aparejada la falta de implementación de políticas que ayuden a solventar, eliminar o minimizar las necesidades de la vejez.

Lo antes expuesto, recalca la responsabilidad del Estado en decretar leyes o cuerpos normativos –en general– y se creen programas por medio de las cuales se busque dar a todas esas personas un bienestar social, es decir brindarles una buena calidad de vida, y que los aleje de la exclusión social, de la violencia intrafamiliar y del abandono, ya que la vejez es una de las etapas de la vida de mayor vulnerabilidad y fragilidad humana desde la perspectiva de los Derechos Humanos, por tanto, es necesaria la participación de todos los sectores sociales para que se creen las políticas necesarias que conlleven a una mayor participación social en miras de ayudar a este sector vulnerable del país, como son, las Personas Adultas Mayores.

2.2.1.1 Resultados del I Censo de Población de 1930¹⁸.

a) Total de población adulta mayor¹⁹.

El primer Censo del año 1930, registró una Población total de 1,434,361 habitantes; de esa cantidad, reflejó un total de adultos mayores de 61,683 habitantes, correspondientes a 30,648 hombres y 31,035 mujeres.

¹⁸ Ver anexos, tabulaciones.

¹⁹ Ministerio de Economía, Dirección General de Estadísticas y Censos: *Censos Nacionales de Población, 1930 – 1992*, San Salvador, El Salvador, 1997, pp. 35, 52 y 69.

b) Proporción de la población adulta mayor y densidad de habitantes adultos mayores por kilómetros cuadrados.

La densidad de adultos mayores por kilómetros cuadrados en el territorio nacional era de 3 habitantes. La proporción poblacional de adultos mayores a nivel nacional era de 4.30%.

c) Características educativas de los adultos mayores.

El porcentaje de alfabetismo de la población adulta mayor era de 15,738; y el de analfabetismo era de 45,945.

d) Estado familiar de los adultos mayores.

Los adultos mayores Solteros eran 22,351 equivalentes al 36.2% de su misma edad; los Casados se situaban en 20,079 con el 32.6%; los Viudos eran 19,180 con el 31.1%; y, los Divorciados con la mínima cantidad de 73 correspondientes al 0.1% del total de adultos mayores.

2.2.1.2 Resultados del II Censo de Población de 1950²⁰.

a) Total de población adulta mayor²¹.

El Censo Poblacional de 1950 registró una población total de 1,855,917 habitantes, de los cuales 92,650 personas eran adultos mayores, correspondientes a 44,808 hombres y 47,842 mujeres.

²⁰ Ver anexos, tabulaciones.

²¹ *Ibíd*em, pp. 38 – 39.

b) Proporción de la población adulta mayor y densidad de habitantes adultos mayores por kilómetros cuadrados.

La proporción de la población adulta mayor con relación al total poblacional nacional era del 4.99%, y la densidad de adultos mayores por kilómetro cuadrado era de 4 habitantes.

c) Distribución por área de los adultos mayores.

La cantidad de personas adultas mayores que residían en el área urbana era de 39,944 habitantes, y en el área rural 52,706 habitantes.

d) Características educativas de los adultos mayores.

El porcentaje de alfabetismo en las personas adultas mayores, igual y superior a 65 años, que se llegó a conocer en aquella época era de 18,312 personas de su misma categoría, y en cuanto al analfabetismo se consignó la cantidad de 34,526 adultos mayores, de los cuales solamente se ignoraba un total de 2031 habitantes.

e) Estado familiar de los adultos mayores.

Los adultos mayores Solteros eran 22,969 equivalentes al 24.8% del total de su misma categoría; los Casados fueron 28,319 con el porcentaje de 30.6%; los Viudos 25,824 con el 27.9%; los Divorciados 328 con el 0.35%; y por ultimo, los Acompañados con 14,353 representaban al 15.5% de adultos mayores; ignorándose un total de 857 es decir un 0.9%.

2.2.1.3 Resultados del III Censo de Población de 1961²².

a) Total de población adulta mayor.

La cantidad de la población total que arrojó el Censo de 1961²³ fue de 2,510,984 habitantes a nivel nacional, de ese dato 137,897 pertenecen a la categoría de personas adultas mayores, correspondientes a 66,276 hombres y 71,621 mujeres.

b) Proporción de la población adulta mayor y densidad de habitantes adultos mayores por kilómetros cuadrados.

En cuanto a la proporción poblacional de adultos mayores en comparación al resto poblacional teníamos al 5.49% de habitantes. Y el total de la densidad era de 7 adultos mayores por kilómetro cuadrado sobre el territorio nacional.

c) Distribución por área de los adultos mayores.

En el área urbana teníamos a 60,221 adultos mayores y en el área rural a 77,676 personas de la misma categoría.

d) Características educativas de los adultos mayores.

En cuanto al alfabetismo, se detalló que 50,246 adultos mayores podían leer y escribir, y que 87,651 eran analfabetas.

e) Estado familiar de los adultos mayores.

Además se registraron que 35,471 adultos mayores eran Solteros; 45,755 eran Casados; 32,410 eran Viudos; 1,654 eran Divorciados; y 19,746 estaban Acompañados, los datos anteriores que correspondían al total de su

²² Ver anexos, tabulaciones.

²³ *Ibidem*, pp. 40 – 41.

misma categoría en 25.7%, 33.2%, 23.5%, 1.2% y 14.3% respectivamente. De los anteriores se ignoraban 2,861 es decir un 2.1%.

f) Relación de dependencia de la población adulta mayor.

Teniendo que la Población Económicamente Activa fue de 807,092 (85.41%) y que la población adulta mayor –como Población Económicamente Inactiva²⁴– era de 137,897 (14.59%), teníamos que el 17.09 del 100%, era el dato de la relación de dependencia del adulto mayor a nivel nacional.

2.2.1.4 Resultados del IV Censo de Población de 1971²⁵.

a) Total de población adulta mayor²⁶.

Para este periodo se registraron 3,554,648 habitantes en todo el país, de los cuales el 190,946 pertenecían a la categoría de edad adulta mayor, correspondientes a 91,590 hombres y 99,356 mujeres.

b) Proporción de la población adulta mayor y densidad de habitantes adultos mayores por kilómetros cuadrados.

De los datos anteriores se tuvo que la proporción de la población adulta mayor comprendía el 5.37% del total de habitantes restante del país, reflejando una densidad de 9 adultos mayores por kilómetros cuadrados.

c) Distribución por área de los adultos mayores.

Los adultos mayores que se encontraban en el área urbana a nivel nacional eran 89,763 habitantes, y con respecto al área rural comprendían 101,183 habitantes.

²⁴ Se ha considerado el total nacional de adultos mayores como el índice de la población económicamente inactiva para los censos de 1961, 1971, 1992 y 2007.

²⁵ Ver anexos, tabulaciones.

²⁶ Censos Nacionales de Población, 1930 – 1992; Op. cit., pp. 42 – 43.

d) Características educativas de los adultos mayores.

El número de alfabetos adultos mayores para esta época era de 71,921; el resto correspondiente a 119,025 fueron personas que no podían leer ni escribir.

e) Estado familiar de los adultos mayores.

Aquí tenemos que el 47,777 de adultos mayores eran Solteros, comprendiendo el 25% del total de su misma categoría; el 65,681 eran Casados, con el 34.4%; el total de 43,506 fueron Viudos, correspondientes al 22.8%; el 1,816 de ellos eran Divorciados, es decir el 1%; y por último, el 31,701 de adultos mayores estaban en la categoría de Acompañados, equivalentes al 16.6% del total de la misma. De ellos se ignoraban 465 ó el 0.2%.

f) Relación de dependencia de la población adulta mayor.

Al estudiar el número de adultos mayores dependientes tenemos que como Población Económicamente Inactiva (equivalentes a 190,946) se sitúan en un promedio del 16.37 del 100% de personas que dan a cargar sus necesidades de salud, vivienda, alimentación entre otras, en aquella Población Económica Activa (1,166,479).

2.2.1.5 Resultados del V Censo de Población de 1992²⁷.

a) Total de población adulta mayor.

Como primer Censo poblacional para el siglo XXI, teníamos que 5,118,599 de habitantes residían en todo El Salvador, de esta cantidad

²⁷ Ver anexos, tabulaciones.

378,527 eran adultos mayores, de los cuales 175,154 eran hombres y 203,373 eran mujeres²⁸.

b) Proporción de la población adulta mayor y densidad de habitantes adultos mayores por kilómetros cuadrados.

En cuanto a la densidad de habitantes adultos mayores por kilómetros cuadrados tenemos un total de 18 de ellos; y la proporción poblacional de adultos mayores a nivel nacional comprendía el 7.39 del 100%.

c) Distribución por área de los adultos mayores.

En el área urbana residían 207,074 adultos mayores y en relación al área rural el país comprendía el 171,453 de habitantes adultos mayores.

d) Características educativas de los adultos mayores.

La cantidad de 176,556 personas adultas mayores eran alfabetas; el equivalente a 201,971 adultos mayores eran analfabetas (sin poder leer, ni escribir).

e) Estado familiar de los adultos mayores.

Otro aspecto a resaltar es el del estado familiar de las personas adultas mayores, que para este año teníamos a 54,290 con la calidad de Soltero, equivalentes al 14.3% del total de la misma categoría de edad; 130,446 eran Casados con el 34.5%; 93,439 eran Viudos con el 24.7%; 4,563 eran Divorciados con el 1.2%; 69,630 eran Acompañados con el 18.4%; y como dato relevante, se tuvieron 26,159 adultos mayores Separados equivalentes al 6.9% del total de su misma categoría.

²⁸ Censos Nacionales de Población, 1930 – 1992; *Op. cit.*, pp. 44 – 45.

f) Relación de dependencia de la población adulta mayor.

El nivel de dependencia o relación de dependencia de los adultos mayores a nivel nacional para con aquellas Personas Económicamente Activas (PEA) era de 21.48 del 100%, total que surge al dividir la cantidad de 378,527 Personas Económicamente Inactivas, con el porcentaje de la cantidad de 1,762,002 PEA.

2.2.1.6 Resultados del VI Censo de Población de 2007²⁹.

a) Total de población adulta mayor.

Este último Censo realizado en todo el territorio nacional, denotó una población total de 5,744,113 habitantes, de los cuales 2,719,371 eran hombres y 3,024,742 eran mujeres, los datos revelan que hay 11 mujeres por cada 10 hombres; en lo que a personas adultas mayores se refiere, tenemos un total de 542,191 de los cuales 239,996 fueron hombres y 302,195 fueron mujeres. Lo anterior, es un efecto de la ventaja por un buen trecho en la esperanza de vida, mientras que los hombres tienen una esperanza de 66 años las mujeres pueden aspirar a 75 años. Se trata de una diferencia de 11 años, cuando en la mayoría de países del mundo es de 5 a 6 años³⁰.

b) Proporción de la población adulta mayor y densidad de habitantes adultos mayores por kilómetros cuadrados.

Estudiando la proporción de la población adulta mayor, tenemos un total de 9.44 del 100% de población a nivel nacional. Además, El Salvador cuenta con la densidad de 26 habitantes adultos mayores por kilómetros

²⁹ Ver anexos, tabulaciones.

³⁰ Cifras Oficiales de Población, Vivienda y Hogar; VI Censo de Población y V Censo de Vivienda 2007; El Salvador, abril 2008.

cuadrados, cuando en el mismo se ubica en 273 personas por cada kilómetro cuadrado como densidad poblacional nacional.

c) Distribución por área de los adultos mayores.

El informe censal también establece que 3,598,836 de los salvadoreños habitan en áreas urbanas y 2,145,277 en zonas rurales; en relación a los adultos mayores tenemos que 347,870 residen en el área urbana, mientras que el 194,321 en el área rural.

d) Características educativas de los adultos mayores.

Al verificar el nivel de alfabetismo de la población adulta mayor tenemos que 303,299 del total global de esta categoría pueden leer y escribir, los cuales porcentualmente equivalen al 55.94%; en cambio el nivel de analfabetismo se sitúa en 238,892 personas adultas mayores, correspondientes al 44.06%. De los datos anteriores verificamos que el 27.71% ó 150,237 hombres y el 28.23% ó 153,062 mujeres, ambos personas adultas mayores son alfabetos; quedando en el grado de analfabetismo 89,759 hombres y 149,133 mujeres, ambos adultos mayores, equivalentes al 16.55% y 27.51% respectivamente.

e) Estado familiar de los adultos mayores.

En cuanto al estado familiar de las personas adultas mayores tenemos que 85,929 pertenecen a la categoría de Solteros, con el 15.85% del total de su misma categoría de edad; luego, 206,832 adultos mayores son Casados, correspondiendo al 38.15%; 125,789 adultos mayores son Viudos, con el 23.20%; 7,995 adultos mayores son Divorciados comprendiendo el 1.47%; 79,578 adultos mayores están Acompañados, siendo igual al 14.68%; y por ultimo, 29,393 están Separados, siendo el 5.42% del total de adultos

mayores a nivel nacional. De los cuales solamente se ignoran 6,675 es decir un 1.23% de la misma categoría de edad.

f) Relación de dependencia de la población adulta mayor.

Dado que en el informe censal en mención se determinó que la Población Económicamente Activa comprendía al 1,909,256 habitantes, y verificando que la Población Adulta Mayor Económicamente Inactiva es de 542,191 habitantes, tenemos que la Relación de Dependencia es de 28.40 del 100% como total de la población nacional. De lo anterior, se refleja que un poco más de 28 adultos mayores por cada 100 habitantes dependen de ellos para sufragar sus necesidades básicas, como las de alimentación, salud, vivienda, vestuario, recreación entre otras.

2.2.2 Legislación vigente a favor del Adulto Mayor.

A nivel nacional también contamos con instrumentos en donde se reconoce la protección a la persona humana y en especial a las personas adultas mayores, entre ellas se pueden mencionar:

2.2.2.1 Constitución de la República de El Salvador.

La Constitución de la República de El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, debiendo éste implementar los medios necesarios para la consecución de la justicia, la seguridad jurídica y el bien común, además asegurar a sus habitantes el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Asimismo, el artículo 32 de dicha Constitución reconoce a la Familia como base fundamental de la sociedad, y el Estado está en la obligación de dictar la legislación necesaria para su protección.

En su artículo 70 se obliga al Estado para tomar a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo.

Por lo tanto, y en base a estos principios constitucionales se han creado leyes que protegen y amparan la seguridad y la igualdad de las personas humanas.

2.2.2.2 Código de familia.

a) Objeto del código.

Art. 1.- El presente Código establece el régimen jurídico de la familia, de los menores y de las personas adultas mayores y consecuentemente, regula las relaciones de sus miembros y de éstos con la sociedad y con las entidades estatales.

“Es por ello, que se debe tomar en cuenta lo importante que resulta regular, especialmente en la materia familiar, lo referente a menores y a las personas adultas mayores ya que estos son una parte demasiado vulnerable de la sociedad que hay que protegerla de una forma especial y efectiva.”

b) Concepto.

Art. 389.- Se entiende por personas adultas mayores, las que hubieren cumplido sesenta años de edad o más. En caso de duda, se presumirá que una persona es adulto mayor.

“Es decir, que se considerará persona adulta mayor a todo hombre o mujer que haya cumplido sesenta años de edad. “

c) Régimen especial.

Art. 390.- El régimen especial de las personas adultas mayores, establece los principios en que se fundamenta su protección; reconoce y regula sus derechos y deberes; así como los deberes de la familia, la sociedad y el Estado, para garantizarles la protección integral.

Este régimen se aplicará a organismos, autoridades y personas en general, cuyas actividades se relacionen con el trato o atención de las personas adultas mayores.

“Dicho régimen especial, se encarga principalmente de garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores, así mismo, contribuir al fortalecimiento e integración de la familia, garantizando de una manera efectiva, los derechos y deberes del adulto mayor”.

d) Protección integral.

Art. 391.- La protección de las personas adultas mayores comprenderá especialmente los aspectos físico, gerontológico, geriátrico, psicológico, moral, social y jurídico.

Se consideran aspectos esenciales de la protección integral de las personas adultas mayores el afecto, respeto, consideración, tolerancia, atención y cuidados personales, el ambiente apropiado, tranquilo y los esparcimientos adecuados.

“Las personas adultas mayores requieren consideración y atención especial de la familia, la Sociedad y del Estado, pero para ello se debe tomar en cuenta una serie de aspectos que son pilares para el desarrollo integral

del adulto mayor. Por lo cual, al adulto mayor se le debe brindar un entorno agradable, lleno de amor, respeto y comprensión, etc.”

e) Responsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado.

Art. 392.- Las personas adultas mayores, tienen derecho a vivir al lado de su familia, siendo ésta la principal responsable de su protección; la sociedad y el Estado la asumirán, cuando ellas carecieren de familia o cuando la que tengan, no sea capaz de proporcionarles una protección adecuada. El internamiento en asilos o casas de retiro se tendrá como última medida a aplicar. En todo caso, dichos centros deberán tener las características propias de un hogar familiar.

El Estado deberá propiciar por todos los medios a su alcance, la estabilidad de la familia de las personas adultas mayores y su bienestar en materia de salud, empleo, vivienda, educación y seguridad social, a fin de que sus miembros puedan asumir plenamente, las responsabilidades que por este régimen se les imponen.

El Estado promoverá la participación de la sociedad, en la protección de las personas adultas mayores.

“Siendo la familia la base fundamental de la sociedad, el estado está en la obligación de protegerla, procurando su integración, bienestar, desarrollo social, cultural y económico, es por ello, que se le impone la obligación de proteger y velar por las necesidades de las personas adultas mayores y a falta de esta, se le confiere la obligación al estado de proporcionar todos los medios necesarios para lograr el desarrollo integral del adulto mayor.”

f) Prevención.

Art. 393.- La protección de las personas adultas mayores se realizará mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

La familia, la sociedad y el Estado están obligados a ejecutar prioritariamente acciones preventivas tendientes a lograr que las personas adultas mayores vivan con dignidad, con la debida salud física, mental y emocional, gozando efectivamente de las atenciones y consideraciones especiales que requieren por su condición.

Las acciones preventivas del Estado se orientarán con las políticas sociales de asistencia, protección, programas de esparcimiento y voluntariados, promoción familiar y educativa que incluya a los miembros de la familia, para inculcarles valores morales como el respeto y protección a los mayores.

“La mejor manera de ayudar a un adulto mayor es brindándole un entorno donde logre el desarrollo potencial de sus habilidades, es por ello, que se les debe hacer conciencia a las familias por medio de acciones preventivas a tratar de eliminar los problemas que enfrentan los adultos mayores, entre ellos podemos mencionar: Salud, Alimentación, Psicológico, socio-económico, entorno social y familiar.”

g) Derechos fundamentales de las personas adultas mayores.

Art. 394.- Las personas adultas mayores gozarán de los siguientes derechos:

- 1º) A no ser discriminado en razón de su edad;
- 2º) A ser atendidos con prioridad para el goce y ejercicio de sus derechos;
- 3º) A recibir alimentación transporte y tener vivienda adecuadas;
- 4º) A vivir al lado de su familia, con dignidad, en un ambiente que satisfaga plenamente sus diversas necesidades y les proporcione tranquilidad;
- 5º) A recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica;
- 6º) A buen trato, consideración y tolerancia, por parte de la familia, la sociedad y el Estado;

- 7º) A disfrutar en forma gratuita de programas recreativos, culturales, deportivos, de servicio o de simple esparcimiento;
- 8º) A ocupar su tiempo libre en educación continuada, empleo parcial remunerado o labores de voluntariado;
- 9º) A recibir protección contra abusos o malos tratos de cualquier índole; asistencia especializada de cualquier tipo para su bienestar y asistencia jurídica gratuita, para la defensa de sus derechos;
- 10º) A ser oídos, atendidos y consultados en todos aquellos asuntos que fueren de su interés y asegurarles la participación y comunicación en actividades de la comunidad que preserven su auto imagen de personas útiles a la sociedad;
- 11º) A no ser obligados a realizar labores o trabajos que no sean acordes a sus posibilidades o condiciones físicas; o que menoscaben su dignidad;
- 12º) A recibir oportunamente pensión por retiro o cuotas subsidiarias para gastos personales y verificar periódicamente sus pensiones;
- 13º) A ser informados de sus derechos y de las leyes que se los garantizan; y,
- 14º) A gozar de los demás derechos que les reconocen la Constitución, los tratados internacionales ratificados por El Salvador y demás leyes que les garanticen su protección.

“Se consideran esenciales para la protección integral de las personas adultas mayores el afecto, respeto, consideración, asistencia médica, a recibir protección contra abusos o malos tratos, tolerancia, atención y cuidados personales, el ambiente apropiado, tranquilo y los esparcimientos adecuados”.

“Se establece también que las personas adultas mayores gozaran de un régimen especial que comprende su protección, sus deberes y derechos, deberes de las familias para con ellos, así como la protección del Estado y la sociedad a fin de garantizar una protección integral”.

h) Deberes de las personas adultas mayores.

Art. 395.- Son deberes de las personas adultas mayores:

- 1º) Respetar y considerar a los miembros de su familia, sus costumbres, el orden y las normas de conducta que rigen el hogar;
- 2º) Orientar con sus consejos a los miembros de su familia; compartir con ellos sus conocimientos y experiencias transmitiéndoles enseñanzas que los capaciten para enfrentar el porvenir con acierto;
- 3º) Guardar especial consideración y tolerancia con los niños y adolescentes, por su inmadurez e inexperiencia, debiendo tratar de orientarlos y dirigirlos con ejemplos y consejos oportunos; y,
- 4º) Colaborar en la medida de sus posibilidades, en las tareas y ocupaciones cotidianas del hogar.

“El adulto mayor así como goza de derechos, también tiene una serie de deberes que debe tratar de cumplir para establecer una buena relación con su familia en el hogar, respetándose mutuamente.”

i) Normas supletorias.

Art. 396.- Los principios y disposiciones contenidas en el Título Primero de este Libro, se observarán respecto de las personas adultas mayores, en todo aquello que razonablemente les fuere favorable, de acuerdo a sus limitaciones y necesidades de asistencia.

“De acuerdo con nuestro Código de Familia, los Principios Rectores, Derechos Fundamentales y Deberes de Las Personas Adultas Mayores las menciona este Capítulo, en lo referente a lo mas favorable para con el desarrollo integral del adulto mayor.”

j) Deberes.

Art. 397.- El Estado deberá propiciar por todos los medios la estabilidad de la familia y su bienestar en materia de salud, trabajo, vivienda,

educación y seguridad social, a fin de que pueda asumir plenamente las responsabilidades que le competen en la formación y protección del menor y de todo el grupo familiar.

En consecuencia:

- a) Garantizará el ejercicio eficaz de los derechos reconocidos en este Código;
- b) Desarrollará políticas de protección al menor, a la familia y personas adultas mayores;
- c) Impulsará programas de atención, protección y rehabilitación, en beneficio de la familia, del menor y de las personas adultas mayores;
- d) Coordinará las actividades desarrolladas por las instituciones que realicen actividades en beneficio del menor, la familia y personas adultas mayores;
- e) Propiciará la participación de la comunidad y de los organismos no gubernamentales en los programas de protección a la familia, al menor y las personas adultas mayores;
- f) Ejecutará programas especiales de protección para los discapacitados o minusválidos;
- g) Realizará programas de alimentación, vacunación, nutrición, educación sanitaria y de rehabilitación especial;
- h) Prestará asistencias médicas y jurídicas gratuitas;
- i) Velará porque los medios de comunicación social cumplan con las obligaciones contenidas en este Código;
- j) Dará preferencia a la formulación y ejecución de programas que beneficien al menor, la familia y las personas adultas mayores, los que deberán contar con la asignación presupuestaria suficiente y privilegiada;
- k) Vigilará que los patronos que empleen menores de edad, cumplan lo dispuesto en este Código y demás leyes aplicables;
- l) Ejecutará programas culturales, recreativos y deportivos con la participación de la comunidad;

- m) Ejecutará campañas para erradicar la mendicidad y ofrecerá escolaridad y capacitación a los menores para reintegrarlos adecuadamente a la sociedad;
- n) Dará impulso y ayuda económica a las artesanías domésticas y otras actividades que permitan la elaboración de trabajos y generación de ingresos a través de la industria familiar; y,
- o) Vigilará que en toda planificación urbana se destinen espacios suficientes y adecuados para la construcción de campos de juegos, parques y casas comunales dedicadas a la recreación de todos los miembros de la familia.

“El Estado como ente principal debe velar para que se cumplan todas las disposiciones legales, es su deber propiciar los medios adecuados que faciliten la creación de acciones gubernamentales y no gubernamentales, para que en conjunto se le de un efectivo cumplimiento al Sistema de Protección a la Familia y Personas Adultos Mayores.”

k) Sistema nacional de protección a la familia y personas adultas mayores.

Art. 398.- La protección integral de la familia y personas adultas mayores, a cargo del Estado, se hará a través de un conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales, coordinadas por la Secretaría Nacional de la Familia, con la participación de la comunidad y el apoyo de los organismos internacionales, los que conforman el Sistema Nacional de Protección a la Familia y Personas Adultas Mayores. Dicho sistema garantizará la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, educación y estabilidad de la unidad familiar.

“La ley misma indica que para darle un mejor cumplimiento a todas las regulaciones debe crearse un consejo especial, por esa razón se creo el Consejo Nacional de Atención Integral a Los Programas de los Adultos Mayores denominado por sus siglas CONAIPAM. El cual tendrá dentro de

sus atribuciones crear y desarrollar programas tendientes a incorporar a la persona adulto mayor en actividades ocupacionales, vocacionales y recreativos, vigilar y facilitar a todas las instituciones publicas, privadas, no gubernamentales, incluyendo también a los gobiernos locales para que se creen campañas que brinden una adecuada atención a las personas adultas mayores y brinden además información sobre los deberes y derechos que poseen.”

l) Integración de los sistemas.

Art. 400.- Integran los Sistemas Nacionales de Protección a la Familia, Personas Adultas Mayores y al Menor:

- a) La Procuraduría General de la República;
- b) La Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos;
- c) El Ministerio de Justicia;
- d) El Ministerio de Educación;
- e) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;
- f) El Ministerio de Trabajo y Previsión Social;
- g) El Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano;
- h) La Secretaría Nacional de la Familia;
- i) El Instituto Salvadoreño de Protección al Menor; y,
- j) Las asociaciones comunitarias y de servicio y los organismos no gubernamentales que tuvieren actividades afines a las de las anteriores.

“Para velar por el cumplimiento del desarrollo integral del adulto mayor, el estado debe trabajar en conjunto con una serie de instituciones que respalden dicho fin.”

m) Permanencia y obligatoriedad.

Art. 401.- Las instituciones que conforman los Sistemas Nacionales de Protección a la Familia y Personas Adultas Mayores y al Menor, ejecutarán

programas y actividades de atención en forma permanente y obligatoria, encaminados a beneficiar a la familia y personas adultas mayores y a satisfacer las necesidades relacionadas con el desarrollo integral del menor; cumplirán y harán cumplir en sus respectivas áreas de competencia, las normas que para la protección de dichas personas se consagran en este Código.

“Para el mejoramiento del desarrollo integral de las personas adultas mayores, debemos de considerar, la creación de programas que velan por la protección integral de las personas Adultas Mayores, entre los cuales tenemos: Fortalecimiento a programas de alfabetización de adultos mayores; Programa de geroturismo; Programa anual de actividades; Programa de asistencia para adultos mayores en situación de riesgo o abandono; Programa de saneamiento de la relación familiar; Programas a pensionados; Programa de fomento al envejecimiento activo y saludable”.

2.2.2.3 Ley contra la violencia intrafamiliar.

a) Fines.

Art. 1.- La presente Ley tiene los siguientes fines:

d) Proteger de forma especial a las víctimas de violencia en las relaciones de pareja, de niños y niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas discapacitadas. Esta protección especial es necesaria para disminuir la desigualdad de poder que exista entre las personas que constituyen una familia y tomar en cuenta la especial situación de cada una de ellas.

“Dicha ley esta encaminada específicamente a la protección de las personas que son victimas de la violencia intrafamiliar ya sea esta en una relación de pareja, adolescentes o simplemente de personas que no pueden valerse por si mismas”.

b) Concepto y formas de violencia intrafamiliar.

Art. 3.- Constituye violencia intrafamiliar, cualquier acción u omisión, directa o indirecta que cause daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte a las personas integrantes de la familia.

Son formas de violencia intrafamiliar:

➤ Violencia psicológica:

Acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta u omisión que produzcan un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales.

➤ Violencia física:

Acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona;

➤ Violencia sexual:

Acciones que obligan a una persona a mantener contactos sexualizados físicos o verbales, o a participar en ellos, mediante la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza u otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará violencia sexual, el hecho de que la persona agresora obligue a la persona agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

➤ Violencia patrimonial:

Acción u omisión de quien afecte o impida la atención adecuada de las necesidades de la familia o alguna de las personas a que se refiere la presente Ley; daña, pierde, sustrae, destruye, retiene, distrae o se apropia de objetos, instrumentos o bienes.

c) *Objetivos de las políticas.*

Art. 6.- Es obligación del Estado prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y con esa finalidad se desarrollarán las siguientes acciones:

- a) Incorporar en la formación escolar, académica técnica formal y no formal, la enseñanza de los valores éticos, cívicos y sociales; el respeto a la dignidad de la persona humana, a los derechos y deberes de los integrantes de la familia, los niños y niñas, personas discapacitadas; y las personas adultas mayores conforme lo establecido en la legislación vigente y los instrumentos internacionales ratificados por El Salvador;
- e) Promover la participación activa de entidades públicas y de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la protección de la infancia, de la familia, de la mujer, de las personas discapacitadas y de las personas adultas mayores, para el desarrollo de labores preventivas y de control en la ejecución de las medidas cautelares y de protección a las víctimas de violencia intrafamiliar y la rehabilitación de los ofensores;

d) *Iniciación del procedimiento.*

Art. 21.- Deberán iniciar el procedimiento los Tribunales de Paz o Familia en su caso, cuando mediare denuncia o aviso de la Policía Nacional Civil o de la Procuraduría General de la República.

Asimismo, se iniciará por denuncia o aviso de la víctima y de toda persona natural o jurídica, instituciones u organismos sociales que velen por la mujer, la niñez, adolescencia, adulto mayor, representante legal de incapaces, persona que tiene a cargo la guarda personal del discapacitado; en los casos a que se refiere la presente Ley, ya sea de forma verbal o escrita.

Además podrán solicitar las medidas cautelares, preventivas o de protección que se consideren pertinentes.

e) Solicitud de asistencia y acompañamiento.

Art. 40.- Los Jueces o Juezas podrán solicitar colaboración a todas las entidades y organizaciones públicas o privadas dedicadas a la protección de la niñez, adolescencia, mujeres, personas adultas mayores y discapacitadas, a efecto de que se proporcione asistencia y acompañamiento gratuito a las víctimas afectadas por hechos de violencia intrafamiliar denunciados, y para que coadyuven en la aplicación de las medidas de protección que se impongan de conformidad a la presente Ley, al ordenamiento familiar, de la niñez y adolescencia.

2.2.2.4 Ley de atención integral para la persona adulta mayor.

Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia.

“Para la protección de las personas adultas mayores es de suma importancia tener una ley específica que las respalde, para que no se les vulneren sus derechos, es por ello que se ha creado esta ley para contribuir de alguna manera en la protección del adulto mayor.”

Art. 3.- La familia tendrá la responsabilidad primaria de atención a las personas adultas mayores y el Estado estará obligado a brindar el apoyo a través de las instancias respectivas.

“Así mismo, la familia es la principal obligada al cuidado y atención de las personas adultas mayores, pero el, Estado también tiene que contribuir de una manera efectiva a dicho fin”.

Art. 4.- A falta de una familia para las personas adultas mayores, el Estado garantizará su atención a través de la institución correspondiente

coordinada por la Secretaría Nacional de la Familia, con el apoyo de instituciones públicas, privadas e instituciones no gubernamentales, dedicadas para tal fin.

“Siendo la Familia la principal obligada para este fin, a falta de esta el estado esta en la obligación de velar para que las personas adultas mayores no queden desamparadas, por ningún motivo el estado puede permitir que esta no tengan ningún apoyo para sobrevivir, y es con el apoyo de instituciones especiales que el estado vela por la protección integral del adulto mayor.”

Art. 5.- Son derechos fundamentales de las personas adultas mayores, los siguientes:

- 1) No ser discriminado en razón de su edad, sexo o cualquier otra condición;
- 2) Ser atendido con propiedad para el goce y ejercicio de sus derechos;
- 3) Recibir alimentación, transporte y tener vivienda adecuada;
- 4) Vivir al lado de su familia, con dignidad, en un ambiente que satisfaga plenamente sus diversas necesidades y les proporcione tranquilidad;
- 5) Recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica, en forma oportuna y eficaz;
- 6) Recibir buen trato, consideración y tolerancia por parte de la familia, la sociedad y el Estado;
- 7) Disfrutar en forma gratuita de programas recreativos, culturales, deportivos y de esparcimiento;
- 8) Ocupar su tiempo libre en educación continuada, empleo parcial remunerado o labores de voluntariado;
- 9) Recibir protección contra abuso o malos tratos de cualquier índole; asistencia especializada de cualquier tipo para su bienestar y asistencia jurídica gratuita para la defensa de sus derechos;

- 10) Ser oídos, atendidos y consultados en todos aquellos asuntos que fueren de su interés y asegurarles la participación y comunicación en actividades de la Comunidad que preserven su autoestima de personas útiles a la Sociedad;
- 11) No ser obligados a realizar labores o trabajos que no sean acordes a sus posibilidades o condiciones físicas que menoscaben su dignidad;
- 12) Recibir oportunamente pensión por retiro o cuotas subsidiarias para gastos personales y a que se revise periódicamente su pensión a fin de adecuarla al costo de vida vigente;
- 13) Ser informados de sus derechos y de las Leyes que se los garantizan;
- 14) Disfrutar de un envejecimiento útil a la sociedad, entendiéndose éste como el aprovechamiento máximo de sus experiencias adquiridas participando activamente en el desarrollo de sus capacidades y habilidades; y
- 15) Gozar de los demás derechos que les reconocen la Constitución, los Tratados Internacionales ratificados por El Salvador y demás Leyes que les garanticen su protección.

“Todos los adultos mayores tienen derecho a ser atendidos por un personal de salud que haya recibido una capacitación apropiada en el manejo de los problemas de salud más comunes en la vejez. Sin embargo, el personal de salud en nuestro país carece de una formación o capacitación en envejecimiento y en gerontología o geriatría”.

“El servicio de salud no es el más adecuado en coordinación con las necesidades de esta población, por lo que sus citas con médicos especialistas tienen que esperar un tiempo aproximado de seis a nueve meses, pero tampoco se ha podido garantizar la existencia y dotación de los medicamentos que, a diario, requiere la población adulta mayor usuaria de los servicios de salud”.

“Dentro del funcionamiento de los Tribunales de Familia y dentro del papel que éstos deben jugar dentro de la protección de las y los adultos mayores, éste se ve limitado por la falta de mecanismos, en el sentido que ellos son un ente jurisdiccional, pero que al aplicar las decisiones que se toman, o para aplicar una protección jurisdiccional también se necesita de toda una estructura múltiple que pueda responder a las necesidades de la población y esta es una de las carencias que tiene el país en el sentido de que no basta con tener una protección judicial y un marco legal, sino que se necesita de toda una estructura amplia de atención a esta población”.

Art. 6.- Son deberes de las personas adultas mayores los siguientes:

- 1) Respetar y considerar a los miembros de su familia, sus costumbres, el orden y las normas de conducta que rigen el hogar;
- 2) Orientar con sus consejos a los miembros de su familia, compartir con ellos sus conocimientos y experiencias, transmitiéndoles enseñanzas que los capaciten para enfrentar el porvenir con acierto;
- 3) Guardar especial consideración y tolerancia con los niños, niñas y adolescentes, por su inmadurez e inexperiencia, debiendo tratar de orientarlos y dirigirlos con ejemplos y consejos oportunos; y
- 4) Colaborar en la medida de sus posibilidades, en las tareas y ocupaciones cotidianas del hogar.

“Véase el comentario del Art. 395 del Código de Familia, arriba analizado”

Art. 7.- Créase para la ejecución del conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales, a favor de la protección integral de las personas adultos mayores el CONSEJO NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PROGRAMAS DE LOS ADULTOS MAYORES, que

estará conformado por el titular o el representante legal de las siguientes instituciones:

- 1) Secretaría Nacional de la Familia, que será qui en coordine el Consejo y tendrá la representación legal,
- 2) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- 3) Ministerio de Educación
- 4) Ministerio de Trabajo
- 5) Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- 6) Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos
- 7) Procuraduría General de la República
- 8) Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada
- 9) Asociación Geriátrica de El Salvador
- 10) Un técnico de la Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador
- 11) Asociación Nacional de la Empresa Privada
- 12) De las Asociaciones o Fundaciones legalmente constituidas e inscritas en la Secretaría Nacional de la Familia que trabajan a favor de las personas adultas mayores.

La forma de elección del representante de cada institución, se hará de conformidad a lo que establece el Reglamento de la presente Ley.

“Para mejor la calidad de vida del adulto mayor se crea el Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores, integrado por una serie de instituciones que brindan cuidados, protección y servicios básicos en general en pro de los ancianos, y mediante su correlación crean políticas, estrategias y programas nacionales que benefician a este sector poblacional”.

Art. 8.- Son atribuciones del Consejo:

- 1) Realizar y promover los estudios e investigaciones que general el conocimiento de los problemas y circunstancias que tengan relación con el envejecimiento de la población y formular políticas integrales;
- 2) Desarrollar programas de educación para la formación de una conciencia en la sociedad sobre el proceso de envejecimiento y la responsabilidad de la familia para con las personas adultas mayores;
- 3) Crear y ejecutar programas de capacitación y acciones conjuntas en coordinación con instituciones, que tengan como fin la atención a las personas adultas mayores;
- 4) Buscar los mecanismos necesarios para facilitar a las personas adultas mayores su establecimiento en la residencia de su núcleo familiar;
- 5) Facilitar a las personas adultas mayores el acceso a actividades productivas acordes con sus condiciones y capacidades, respetando su vocación y deseos;
- 6) Crear y ejecutar programas tendientes a evitar el abandono y el maltrato a las personas adultas mayores, por parte de su familia y la sociedad;
- 7) Crear y organizar un registro nacional de instituciones dedicadas a la atención de las personas adultas mayores;
- 8) Establecer y garantizar la creación y cierre de los Centros de Atención públicos y privados para personas adultas mayores a fin de supervisar su funcionamiento y las condiciones de dicha atención;
- 9) Impulsar programas tendientes a incorporar a la persona adulta mayor en actividades ocupacionales, vocacionales y recreativas;
- 10) Garantizar la atención integral de las personas adultas mayores en igualdad de oportunidades;
- 11) Estimular la formación de organizaciones sociales de personas adultas mayores destinadas a mejorar su calidad de vida;

- 12) Garantizar marcos regulatorios con el fin de establecer que la infraestructura de las instituciones públicas y privadas permitan la movilidad física de las personas adultas mayores dentro de sus instalaciones;
- 13) Vigilar y facilitar que las instituciones públicas, privadas y los gobiernos locales dispongan y brinden la información adecuada sobre los derechos y deberes de las personas adultas mayores.
- 14) Gestionar y celebrar todo tipo de convenios con Instituciones públicas y privadas en beneficio de las personas adultas mayores, de conformidad con la Ley;
- 15) Acreditar a toda persona adulta mayor con una identificación;
- 16) Fomentar la formación de voluntariado a favor de las personas adultas mayores; y
- 17) Las demás atribuciones de conformidad con la Ley.

El funcionamiento del Consejo se regirá de conformidad al Reglamento de esta Ley.

Art. 10.- Las personas adultas mayores gozarán de una atención médica integral gratuita en las instituciones públicas.

“Se le reconoce a todas las personas adultas mayores el derecho a recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica; y a recibir buen trato, consideración y tolerancia, por parte de la familia, la sociedad y el Estado”.

Art. 11.- Los servicios médicos de las instituciones públicas y municipales, deberán contar con atención Geronto-Geriátrica.

“Es de suma importancia para el adulto mayor recibir constantemente los servicios médicos de las instituciones correspondientes, por lo tanto estas instituciones deberán contar con una atención Geriátrica, con condiciones de

fortalecimiento de las instituciones de salud pública y privada en la prestación de servicios en geriatría y gerontología para la población mayor.”

Art. 14.- Es obligación de las instituciones públicas, privadas y gobiernos locales preparar a los empleados y trabajadores para disfrutar dignamente de la jubilación que conforme a la Ley les corresponda, lo cual será supervisado por el Consejo.

“Teniendo en cuenta el compromiso que poseen las instituciones, estos deben asegurar a sus trabajadores el goce de su respectiva jubilación que conforme a derecho les corresponde”

Art. 16.- Toda persona adulta mayor tiene derecho a un ingreso, mediante el acceso sin discriminación al trabajo, de acuerdo a sus facultades físicas y mentales, así como a una pensión decorosa que le permita un nivel adecuado y la satisfacción de sus necesidades como ser humano.

Art. 20.- El Sistema de Ahorro para Pensiones, deberá prestar la cobertura de atención a particulares que deseen contribuir al Régimen de Invalidez, Vejez y Supervivencia, a efecto de que gocen de sus beneficios, para lo cual se adecuarán a los Reglamentos respectivos.

“Estado pueda garantizar los derechos a la seguridad social y aun progresivo nivel de vida adecuado a las personas adultas mayores a través de una pensión suficiente para vivir decorosa y dignamente, tomando en cuenta que gozar de un nivel de vida adecuado y de seguridad social son derechos inalienables que el Estado Salvadoreño debe procurar progresivamente a todas y todos los salvadoreños, principalmente después de tantos años de esfuerzo y trabajo con los que jubiladas y jubilados han contribuido al desarrollo de nuestro país.”

Art. 25.- Los beneficiarios de esta Ley son las personas adultas mayores quienes deberán identificarse por medio de un carné, o en su defecto por cualquier otro medio legal que los identifique.

“Todo adulto mayor deberá identificarse por medio de su respectivo o si en algún momento dado no se le hiciera posible portar dicho carné, deberá presentar cualquier otro medio legal por medio del cual se logre identificar”.

Art. 30.- El Vice-Ministerio de Vivienda Urbana fortalecerá los programas de vivienda existentes, a efecto de promover su acceso, a aquellas familias que comprueben en su convivencia familiar la atención a personas adultas mayores.

“El respectivo programa de vivienda ya existente deberá fortalecer o beneficiar a aquellas familias que se les compruebe su convivencia y atención a personas adultas mayores.”

Art. 31.- Es obligación del Ministerio de Educación tomar las medidas necesarias para que las personas adultas mayores tengan fácil acceso a la enseñanza básica a través de una educación formal y semiformal permanente.

“Por medio de programas, el Ministerio de Educación, le da la oportunidad al adulto mayor a que acceda a una enseñanza básica a través de una educación muchas veces nocturna, formal o semiformal, que vienen a dar una luz de esperanza a aquellos adultos mayores que desean aprender.”

Art. 33.- Los programas de estudio de los niveles primario y secundario, así como de las carreras del área de salud, área social y otras especialidades, deben abordar contenidos relacionados con el envejecimiento y fomentar valores familiares.

“Es importante tomar en cuenta que los programas implementados a favor del Adulto Mayor, deben ir enfocados principalmente a propiciar por todos los medios la estabilidad de la familia y su bienestar en materia de salud, trabajo, vivienda, educación y seguridad social, a fin de que pueda asumir plenamente las responsabilidades que le competen en la formación y la protección del menor y de todo el grupo familiar.”

2.2.2.5 Ley del sistema de ahorro para pensiones.

a) Creación y objeto.

Art. 1.- Créase el Sistema de Ahorro para Pensiones para los trabajadores del sector privado, público y municipal, que en adelante se denominará el Sistema, el cual estará sujeto a la regulación, coordinación y control del Estado, de conformidad a las disposiciones de esta Ley.

El Sistema comprende el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, mediante los cuales se administrarán los recursos destinados a pagar las prestaciones que deben reconocerse a sus afiliados para cubrir los riesgos de Invalidez Común, Vejez y Muerte de acuerdo con esta Ley.

“El Sistema de Ahorro para Pensiones, constituye un servicio público, que por medio de su Ley, ha sido facultado por el Estado para ser administrado por Instituciones privadas que deberán ejercer una gestión profesional y de acuerdo a los principios de prudencia”.

b) Pensiones de vejez.

Art. 104.- Los afiliados al Sistema tendrán derecho a pensión de vejez cuando se cumplan cualquiera de las siguientes condiciones:

- a) Cuando el saldo de la cuenta individual de ahorro para pensiones sea suficiente para financiar una pensión igual o superior al sesenta por ciento

del Salario Básico Regulador definido en el artículo 122 de esta Ley, que al mismo tiempo sea igual o superior a ciento sesenta por ciento de la pensión mínima a que se refiere el capítulo XII de este Título.

c) Cuando hayan cumplido 60 años de edad los hombres, o 55 años de edad las mujeres, siempre que registren como mínimo veinticinco años de cotizaciones, continuas o discontinuas.

Si cumplidas las edades a que se refiere el literal c) de este artículo, los afiliados no ejercen su derecho y se invalidan o fallecen, sólo serán acreedores, ellos o sus beneficiarios, al equivalente de la pensión de vejez en ese momento, liberando a la Institución Administradora de cualquier responsabilidad respecto de estos riesgos.

Cuando se generen pensiones por el cumplimiento de los requisitos señalados en el literal a) de este artículo antes de las edades establecidas en el literal c) del mismo, se considerarán pensiones de vejez anticipadas, las cuales no serán acreedoras de la garantía estatal de pensión mínima.

“Se crea este sistema con la finalidad de que los trabajadores fueran "ahorrando" para pasar su vejez. El trabajador aportaba en su juventud para que en su vejez tuviera una pensión. A la persona pensionada se le dan una serie de derechos con esta pensión, después de cumplir con los requisitos que la ley exige, las prestaciones son las siguientes: Pensión, Asistencia médica, Asignaciones familiares, Ayuda asistencial entre otros”.

c) Garantía del Sistema.

Art. 144.- El Sistema, como parte de la Seguridad Social, estará garantizado por el Estado.

d) Requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez.

Art. 147.- La pensión mínima de vejez es un beneficio otorgado por el Estado a los afiliados que cumplan los siguientes requisitos:

1. Tener sesenta años de edad o más, los hombres y cincuenta y cinco o más, las mujeres; y
2. Haber completado un mínimo de veinticinco años de cotizaciones registrados al momento en que se devenga la pensión, o con posterioridad, si se trata de un afiliado pensionado que continúa cotizando. Para el cálculo del tiempo cotizado, se considerará además lo siguiente:
 - a) Los períodos por los cuales el trabajador estuvo incapacitado y percibió el respectivo subsidio, se acumularán y computarán hasta por un máximo de tres años;
 - b) Se sumará el tiempo por el cual el afiliado hubiere recibido pensiones de invalidez declarada en primer dictamen, cuando esta hubiere cesado según el segundo dictamen; y,
 - c) Si se trata de un afiliado pensionado que continúa cotizando, por cada 24 meses cotizados, después de cumplido el requisito de pensión de que se trate, se contabilizará un año para efectos del requisito de tiempo de la pensión mínima.

Los afiliados que se hubieren pensionado de conformidad a los requisitos del literal a) del Artículo 104 de esta Ley, antes de cumplidas las edades señaladas en el Literal c) del mismo, no tendrán derecho a pensión mínima de vejez.

“Jubilarse es el anhelo de muchos. Sin embargo, existe una realidad que no se puede ocultar, y es la falta de interés por mejorar estas prestaciones. Los adultos mayores que tienen el beneficio de poseer una pensión por vejez son muy pocos, ya que para poder optar a la jubilación primero deben cumplir varios requisitos legales (incluso los del artículo 200 de la misma ley), y de no hacerlo se corre el riesgo de perderla o en el mejor de los casos recibir un pago único por el tiempo cotizado. La seguridad social constituye un servicio de carácter público de carácter obligatorio. La ley regulará sus alcances, extensiones y forma. Dicho servicio será prestado

por una o varias instituciones, las que deberán guardar entre sí la adecuada coordinación para asegurar una buena política de protección social”.

“En nuestro país, los encargados de brindar seguridad social a los salvadoreños son el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP), así como el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA), que se encargan de dar cobertura en materia de seguridad social exclusivamente a las personas que han prestado servicio militar”.

“Lo ideal es que exista una pensión universal a los 60 años para los adultos mayores que no tienen bienes propios o que estén abandonados. Este derecho es algo que debería estar plasmado en las leyes y en el Código de Familia”.

“Debido al precario estado de las pensiones para vejez es importante que nos preguntemos si al llegar a nuestra jubilación podríamos sobrevivir con una pensión mínima muy abajo del salario mínimo urbano”.

2.2.2.6 Ley del instituto de previsión social de la fuerza armada (IPSFA).

a) Creación, naturaleza, objeto y domicilio.

Art. 1.- Créase el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada, como una Institución Autónoma de Derecho Público, de crédito y con recursos propios, que tendrá por objeto la realización de fines de previsión y seguridad social para los elementos de la Fuerza Armada.

“Este instituto esta creado con el objeto de gestionar eficiente y eficazmente los recursos, contribuyendo principalmente a una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta la previsión y seguridad social para todos los elementos de la fuerza armada”.

b) Establecimiento seguro de vida solidario.

Art. 53.- Los afiliados tendrán derecho a un Seguro de Vida Solidario, cuyo monto será igual a treinta veces el salario básico regulador o la pensión en su caso, y tendrá un valor mínimo de seis mil colones (¢ 6.000.00).

c) Rehabilitación, centros asistenciales.

Art. 58-A.- "El Instituto desarrollará programas de rehabilitación para afiliados minusválidos, a fin de reincorporarlos, una vez rehabilitados moral, psicológica y profesionalmente, a la vida activa de la población; asimismo, podrá desarrollar programas asistenciales.

d) Programas adulto mayor.

Art. 58-C.- El Instituto desarrollará programas de adulto mayor para sus afiliados pensionados, a fin de mejorar su nivel de vida y fortalecer la salud de los mismos.

"El IPSFA, como Institución Autónoma, tiene contemplado dentro de su Ley, el "Programa del Adulto Mayor", en la Sección novena, Artículos 58-C y 58-D, y de su Reglamento: Artículo 81".

"Este programa tiene como propósito contribuir al bienestar social y al fortalecimiento de la salud física y mental de nuestros pensionados, por lo que cubre las siguientes áreas de intervención gerontológico: recreativa, motivacional, ocupacional y cultural".

"El Programa está dirigido a todos los pensionados por Retiro IPSFA y Hacienda, considerando en algunas actividades al esposo(a) o compañero(a) de vida".

e) Adulto mayor y recreación.

Art. 86-B.- Los programas de Adulto Mayor y de Recreación serán financiados con fondos del Régimen de Seguro de Vida Solidario, cuando fuere necesario y con fondos provenientes de la prestación de los servicios.

“Este instituto esta facultado para desarrollar programas de recreación en beneficio de sus afiliados y beneficiarios. Por lo tanto se espera como fin primordial el mejorar la calidad de vida de sus pensionados, promoviendo la integración grupal y familiar, la salud y bienestar social; así como llenar déficit no superados a lo largo de la vida, con la finalidad de hacerla más placentera y para ello cuenta con la ayuda del Régimen de Seguro de Vida Solidario, cuando fuere necesaria.”

2.2.2.7 Código de salud.

a) Nutrición.

Art. 52.- El Ministerio dictará medidas y realizará actividades para prevenir la desnutrición y deficiencias específicas de la población en general especialmente de los niños pre-escolar y escolares, de las mujeres embarazadas, madres lactantes y de los ancianos.

“Hay una serie de personas que lastimosamente no pueden acceder a servicios de atenciones de salud que les ayuden a mantener un bienestar emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de una enfermedad. Todo niño/a, mujeres y adultos mayores están respaldados por el ministerio de Salud para prevenir la desnutrición.”

b) Salud mental.

Art. 54.- El Ministerio organizará y desarrollará actividades de salud mental para el estudio, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación

de las enfermedades y trastornos mentales o problemas psicológicos de la población en general y principalmente de la infancia.

“El Ministerio esta organizado para prevenir enfermedades y trastornos mentales a través de una serie de actividades encaminadas al mejoramiento y tratamiento de dichos problemas.”

Art. 55.- El Ministerio, realizará dentro de su programa de salud mental, actividades contra el alcoholismo, tabaquismo, drogodependencia y demás factores que contribuyan al desarrollo de las deficiencias y enfermedades mentales o degenerativas, propiciando la terapia grupal para los que adolecen de neurosis, trastornos de conducta y drogodependencia.

“Así mismo el Ministerio se encargara de desarrollar una serie de programas con el fin específico de erradicar, de alguna manera, el grave índice de alcoholismo y demás factores que contribuyen negativamente en el desarrollo de las enfermedades mentales”.

Art. 186.- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dictará las medidas necesarias para evitar y combatir el alcoholismo y drogodependencia mediante las siguientes acciones:

- a) Programas de orientación científica sobre los efectos de las drogas, el alcoholismo y el tabaquismo, en la salud y en las relaciones sociales del individuo. Dichos programas deberán desarrollarse de preferencia en los planteles educativos, centros de trabajo, comunidades urbanas y rurales;
- b) El fomento de las actividades culturales, cívicas y deportivas que coadyuven en la lucha contra el uso de las drogas, el alcoholismo y tabaquismo. En la ejecución de sus actividades coordinará con todas aquellas instituciones públicas y privadas que de una manera u otra se relaciona con el problema.

“Dicho Ministerio se encarga de desarrollar actividades tanto culturales, cívicas y deportivas, con el fin de contribuir de alguna manera en la lucha constante contra la drogadicción y el alcoholismo”.

c) Asistencia del anciano e inválido indigente.

Art. 200.- El Ministerio de conformidad con sus recursos, y las normas respectivas dará asistencia al anciano y al inválido indigente.

“La constitución reconoce a toda persona el derecho a la salud, por lo tanto, el Estado esta en la obligación, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social , de brindar asistencia al adulto mayor o invalido indigente, cuando estos así lo necesiten”.

Art. 201. - Las instituciones del ramo encargadas de suministrar esa asistencia coordinarán sus actividades a efecto de evitar duplicidad de servicio y lograr un eficiente sistema de referencia.

“Todas las instituciones encargadas de brindar este servicio, están obligadas a trabajar en conjunto para lograr así un mejor resultado”.

Art. 202.- Para el mejor desarrollo de los programas de asistencia al anciano y al inválido indigente, el Ministerio coordinará las actividades correspondientes de los organismos nacionales, públicos y privados e internacionales.

“Las instituciones privadas y publicas tienen el mismo deber de brindarle un optimo desarrollo de asistencia al anciano y al indigente por medio de programas que vayan encaminados al desarrollo integral de dichas personas”.

d) Asistencia psiquiátrica.

Art. 203.- El Ministerio de conformidad con sus recursos, y sus normas respectivas en los organismos de salud que determine, dará asistencia psicológica y psiquiátrica a los enfermos que la requieran. Esta asistencia será domiciliaria, ambulatoria o institucional y tendrá por objeto el tratamiento y control de las enfermedades y deficiencias mentales.

“Por medio de sus recursos el ministerio dará una asistencia tanto psicológica como psiquiátrica a las personas que están vulnerables a esta enfermedad, así mismo buscara los medios necesarios para el tratamiento y control de dichas enfermedades”.

e) Rehabilitación en salud.

Art. 206.- La rehabilitación integral está considerada como la tercera etapa dentro del proceso de atención del individuo y tiene como objeto fundamental rescatar las capacidades residuales del inválido, para reincorporarlo a su medio social y familiar.

“En el proceso de atención del individuo, se tiene como finalidad principal, el rescate de las capacidades residuales del invalido para poder así incorporarlo de una manera efectiva en su entorno social y familiar”.

Art. 207.- El Ministerio, por medio del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, promoverá el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación para las personas incapacitadas en los aspectos físicos, psíquicos, educacionales, profesionales y económicos, con el fin de integrarlos como miembros activos de la comunidad.

“Este Ministerio, por medio del ISRI, promoverá los servicios de rehabilitación para las personas Invalidas e incapacitadas tanto física como profesionalmente, con el único fin de integrarlos a la comunidad”.

Art. 229.- Para desarrollar las actividades técnicas del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos en forma eficiente, éstas se encomendarán, de acuerdo a cada especialidad, a las siguientes unidades:

f) Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar", que atenderá especialmente a personas de edad avanzada.

“Este centro de Atención se encarga específicamente de personas de edad avanzada, las cuales no poseen ningún familiar que responda por ellos.”

2.2.2.8 Código de trabajo.

Art. 1.- El presente Código tiene por objeto principal armonizar las relaciones entre patronos y trabajadores, estableciendo sus derechos, obligaciones y se funda en principios que tiendan al mejoramiento de las condiciones de vida de los trabajadores.

“La razón primordial de crear un código de trabajo aterriza principalmente en la armonización de la relación entre patrono y trabajador, para con ello tener unas condiciones de trabajo mas favorables y beneficiosas para los involucrados”.

Art. 30.- Se prohíbe a los patronos:

- 10º) Reducir, directa o indirectamente, los salarios que pagan, así como suprimir o mermar las prestaciones sociales que suministran a sus trabajadores, salvo que exista causa legal;
- 12º) Establecer cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, ascendencia nacional u origen social, salvo las excepciones previstas por la Ley con fines de protección de la persona del trabajador;

- 13º) Exigir a las mujeres que solicitan empleo, que se sometan a exámenes previos para comprobar si se encuentran en estado de gravidez, así como exigirles la presentación de certificados médicos de dichos exámenes, como requisitos para su contratación;
- 14º) Exigir a las personas que solicitan empleo la prueba del VIH como requisito para su contratación, y durante la vigencia del contrato de trabajo;
- 15º) Realizar por medios directos o indirectos cualquier distinción, exclusión y/o restricción entre los trabajadores, por su condición de VIH/SIDA, así como divulgar si diagnóstico.

“El trabajo es una función social, goza de la protección del Estado, y no se considera artículo de comercio. Por lo tanto los patronos dentro de sus deberes para con sus trabajadores, deben respetar su opinión, raza, color, sexo, religión de sus trabajadores y no deben explotarlos en su trabajo porque merecen un respeto mutuo”.

Art. 48.- El contrato de trabajo terminará sin responsabilidad para ninguna de las partes, y sin necesidad de intervención judicial, por las causas siguientes:

4ª) Por la incapacidad legal, física o mental de cualquiera de las partes que haga imposible el cumplimiento del contrato, o la continuación de la empresa o establecimiento en su caso.

“La ley regulará las condiciones en que se celebrarán los contratos y convenciones colectivas de trabajo. Las estipulaciones que éstos contengan serán aplicables a todos los trabajadores que los hubieren suscrito, aunque no pertenezcan al sindicato contratante, y también a los demás trabajadores que ingresen durante la vigencia de dichos contratos o convenciones. Por lo tanto no tendrán responsabilidad alguna, ambas partes, cuando dicho contrato termine por incapacidad legal, mental o física de cualquiera de las

partes; aquí podemos adecuar a los adultos mayores que sean declarados incapaces”.

Art. 51.- El patrono no podrá dar por terminado el contrato por negligencia o ineficiencia del trabajador, cuando éstas se deban a motivos de enfermedad o a traslado del mismo a un puesto de mayor responsabilidad.

“Es importante tomar en cuenta que el patrono no puede dar por terminado un contrato por improductividad o dejadez del trabajador cuando esta provenga de motivos de enfermedad (adecuándose los de la vejez)”.

Art. 59.- Cuando el contrato sea a plazo y el trabajador fuere despedido sin causa justificada, antes de su vencimiento, tendrá derecho a que se le indemnice con una cantidad equivalente al salario básico que hubiere devengado en el tiempo que faltare para que venza el plazo, pero en ningún caso la indemnización podrá exceder de la que le correspondería si hubiere sido contratado por tiempo indefinido.

Art. 162.- En tareas peligrosas o insalubres, la jornada no excederá de siete horas diarias, ni de treinta y nueve horas semanales, si fuere diurna: ni de seis horas diarias, ni de treinta y seis horas semanales, si fuere nocturna. En los casos de este artículo, la jornada de trabajo que comprenda más de tres y media horas nocturnas, será considerada nocturna, para los efectos de su duración.

Art. 314.- Todo patrono debe adoptar y poner en práctica medidas adecuadas de seguridad e higiene en los lugares de trabajo, para proteger la vida, la salud y la integridad corporal de sus trabajadores, especialmente en lo relativo a:

1º) Las operaciones y procesos de trabajo;

- 2º) El suministro, uso y mantenimiento de los equipos de protección personal;
- 3º) Las edificaciones, instalaciones y condiciones ambientales; y
- 4º) La colocación y mantenimiento de resguardos y protecciones que aíslen o prevengan de los peligros provenientes de las máquinas y de todo género de instalaciones.

“A manera de conclusión podemos decir que se entiende por trabajador a la persona física que voluntariamente presta sus servicios en régimen de dependencia a un empleador a cambio de una retribución”.

“Es por ello que el patrono debe de mantener una serie de condiciones especiales para el desenvolvimiento de estos en su trabajo, así como también debe de tener prestación de servicios médicos y farmacéuticos necesarios para conservar o restablecer la salud de las personas protegidas por la Seguridad Social, así como servicios de recuperación física y, en algunos casos, prótesis y ortopedias; un día de descanso remunerado; a devengar un salario mínimo que cubra suficientemente las necesidades normales de su hogar, medidas adecuadas de seguridad e higiene en los lugares de trabajo, todo esto con el fin primordial de armonizar la relación existente entre patrono y trabajador y lograr así tener un ambiente de paz en sus trabajos. Así mismo cuando se emplea a una persona adulto mayor se deben de tener condiciones especiales y trato especial, y mas aun cuando se realizan trabajos pesados o insalubres para su edad”.

2.2.2.9 Código penal.

En su Libro Segundo, parte especial, de los delitos y sus penas; Título VII, delitos relativos a las relaciones familiares; Capítulo III, de los atentados contra derechos y deberes familiares, se establece lo siguiente:

a) Abandono y desamparo de persona.

Art. 199.- El que teniendo deber legal de velar por un menor de dieciocho años o una persona incapaz de proveerse por sí misma, los abandonare poniendo en peligro su vida o su integridad personal o los colocare en situación de desamparo, será sancionado con prisión de uno a tres años.

“Es decir, que quienes infrinjan este precepto legal, de velar especialmente por una persona incapaz de valerse por sí misma (verbigracia: un adulto mayor), atentando contra su vida o su integridad personal, el Estado los sancionara con prisión de uno a tres años”.

b) Violencia intrafamiliar.

Art. 200.- Cualquier familiar entendido por éste, según el alcance de la Ley contra la Violencia Intrafamiliar que ejerciere violencia en cualquier forma de las señaladas en el Artículo 3 del mismo cuerpo legal, será sancionado con prisión de uno a tres años.

Para el ejercicio de la acción penal, será necesario el agotamiento del procedimiento judicial establecido en la Ley antes mencionada.

“La violencia Intrafamiliar cometida por o contra alguno de los miembros de la familia, en cualquiera de las formas siguientes: psicológica, física, sexual, patrimonial, será sancionada con uno a tres años de prisión”.

2.2.2.10 Código procesal penal.

a) Juicio previo.

Art. 1.- Nadie podrá ser condenado o sometido a una medida de seguridad sino mediante una sentencia firme, dictada luego de probar los hechos en un juicio oral y público, llevado a cabo conforme a los principios

establecidos en la Constitución de la República, en este Código y demás leyes, con observancia estricta de las garantías previstas para las personas.

“Nuestra constitución establece que toda persona a quien se le impute un delito, se presumirá inocente mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley y en juicio público, en el que se le aseguren todas las garantías necesarias para su defensa, por lo tanto se presumirá inocente hasta que se pruebe lo contrario en un juicio justo”.

b) Calidad de imputado.

Art. 8.- Tendrá calidad de imputado toda persona señalada ante o por la policía, la Fiscalía General de la República o los jueces como autor o partícipe de un hecho punible y, como tal, puede ejercer todas las facultades que la Constitución de la República, este Código y demás leyes establecen, desde el primer acto del señalamiento hasta su finalización.

Cuando la comisión de un hecho delictivo se atribuyere a persona jurídica, tendrán la calidad de imputadas las personas naturales que acordaron o ejecutaron el hecho punible.

“La calidad de imputado se adquiere ante la comisión de un hecho concreto que presente los caracteres del delito o falta, ya sea como autor o como partícipe y que a la vez tenga una edad mayor de 18 años (pudiendo ser un adulto mayor). Son estos hechos el factor determinante de una investigación para proceder a la acusación y al enjuiciamiento penal”.

“Por lo que por imputado debemos entender que es la persona contra quien se dirige una acusación, por lo que esta en la facultad de ejercer todos sus derechos constitucionales, así como pedir el cumplimiento de las garantías contenidas en los pactos y convenciones internacionales vigentes en el país y en este código, como ejercicio de su defensa”.

c) Víctima.

Art. 12.- Se considerará víctima:

- 1) Al directamente ofendido por el delito;
- 2) Al cónyuge, al compañero de vida o conviviente, al hijo o padre adoptivo, a los parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad y al heredero testamentario, en los delitos cuyo resultado sea la muerte del ofendido;

“Es víctima toda persona que se considere afectada u ofendida en algún hecho delictivo (un adulto mayor, por ejemplo). El directamente afectado por un hecho delictivo, es quien sufre la lesión del bien jurídico tutelado en la ley, de ahí que es un hecho destacable el de considerar incorporada a la víctima en el proceso, con una serie de derechos dentro de la tramitación procesal.”

d) Derechos de la víctima.

Art. 13.- La víctima tendrá derecho:

- 1) A intervenir y tener conocimiento de todas las actuaciones ante la Policía Nacional Civil, la Fiscalía General de la República, cualquier tribunal y conocer el resultado de las mismas;
- 2) A ser informada de sus derechos y a ser asistida por un abogado de la Fiscalía General de la República cuando fuere procedente o por el apoderado especial en su caso;
- 3) A que se le nombre traductor o intérprete cuando sea necesario;
- 4) A ser oída previamente ante cualquier solicitud favorable al imputado, salvo los casos en que habiéndose citado no comparezca a la audiencia;
- 5) A impugnar las resoluciones favorables al acusado aunque no haya intervenido en el procedimiento;

- 6) A ser escuchada en la fase ejecutiva de la pena antes de conceder permiso de salida de los condenados, libertad condicional o la suspensión condicional de la ejecución de la pena;
- 7) A ser notificada del abandono o desistimiento de la querrela o de la acusación;
- 8) A ofrecer pruebas personalmente en las etapas procesales determinadas para tal fin en este Código, sin perjuicio de las facultades conferidas al fiscal o al querellante;
- 9) A ser indemnizada por los perjuicios derivados del hecho punible, a que se le reparen los daños ocasionados por el mismo o a que se le restituya el objeto reclamado;
- 10) A que no se revele su identidad, ni de la de sus familiares:
 - b) Cuando tal revelación implicare un peligro evidente para la misma; y
 - c) Cuando la víctima lo solicite.
- 11) A recibir protección en albergues especiales tanto su persona como su entorno familiar, en los casos que la policía, el fiscal o el juez lo estimen conveniente por la complejidad de las circunstancias o se presuma riesgo para sus personas. Todo de conformidad a la ley especial;
- 12) A recibir apoyo psicológico o psiquiátrico, cuando sea necesario;
- 13) Cuando la víctima fuere menor de dieciocho años de edad:
 - a) A que se le brinden facilidades para la rendición de su testimonio en ambientes no formales, ni hostiles y que se grabe su testimonio para facilitar su reproducción en la vista pública cuando sea necesario; y,
 - b) A que se de aviso de inmediato a la Fiscalía General de la República;
- 14) Los demás establecidos en este Código, en Tratados vigentes y en otras leyes.

“La víctima por ley cuenta con una serie de derechos que le son otorgados para respaldar sus derechos. Es por ello que el derecho penal

debe ser, fundamentalmente, un derecho garantista que limite efectivamente el poder penal del Estado y en consecuencia evite los abusos de poder”.

e) Función de la Fiscalía General de la República.

Art. 83.- Corresponderá a la Fiscalía General de la República dirigir la investigación de los delitos y promover la acción penal ante los jueces y tribunales.

Los fiscales formularán motivada y específicamente sus requerimientos y conclusiones; en la audiencia inicial, en la audiencia preliminar, la vista pública y las demás audiencias que convoquen los jueces, en forma oral; en los demás casos, por escrito.

“El procedimiento ha de iniciarse siempre mediante el requerimiento fiscal, para ello, es necesario que la denuncia se haga ante la Fiscalía General de la República, la cual debe proceder a su investigación y así presentarse ante el juez correspondiente; Es facultad de la Fiscalía General de la República el de dirigir el curso de la investigación de los delitos, promoviendo así mismo una debida acción penal ante los respectivos tribunales de justicia.”

2.2.2.11 Procedimientos para la protección de la persona adulta mayor, en caso de violencia, abuso o abandono.

En “Sede Administrativa”, intervienen instituciones como el CONAIPAM y las Instituciones que lo integran; el Ministerio Público; el Ministerio de Gobernación; y el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer.

a) Procedimiento administrativo.

- Denuncia o aviso;
- Medidas de protección a la persona adulta mayor;
- Evaluación médica de la víctima de violencia; y,
- Remisión a sede judicial en caso que los hechos sean constitutivos de delito; o,
- Conciliación si el hecho es conciliable.

En “Sede Judicial”, intervienen instituciones como el Ministerio de Gobernación; la Policía Nacional Civil; el Ministerio Público; los Tribunales de Familia y Jueces de Paz.

a) Procedimiento judicial.

- Denuncia o aviso;
- Evaluación médica de la víctima de violencia;
- Asesoría a la víctima;
- Intervención del Ministerio Público;
- Se dictan las medidas cautelares, preventivas o de protección que procedan; y,
- Sentencia.

CAPITULO III:

INSTITUCIONES DEDICADAS A LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE ADULTOS MAYORES Y SUS DIFERENTES PROGRAMAS.

3.1 DEPARTAMENTO DE SANTA ANA.

3.1.1 INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES.

3.1.1.1 HOGAR “NARCISA CASTILLO”.

a) Antecedentes.

Se funda en septiembre de 1910, denominándose Hogar de Ancianos “Narcisa Castillo”, como una obra de caridad, en la cual una señorita santaneca no vidente llamada Narcisa Castillo, deseó y dejó en su testamento antes de morir que su herencia fuera para hacer efectiva una obra benéfica, de manera especial un hogar de ancianos, dejándose legalmente a su hermano señor Vicente Castillo, quien fue el primer presidente de la Junta Directiva del hogar, junta que se renueva cada 2 años. Actualmente se encuentra fungiendo en el cargo como presidente el señor Víctor Manuel Ochoa.

Durante sus inicios, el asilo solamente atendía a un promedio de 25 ancianas, pues no se contaba con el espacio suficiente para albergar a los hombres. En 1939, la Junta Directiva del Asilo Castillo solicitó a la congregación los servicios espirituales y materiales para atender las necesidades de los ancianitos. Las religiosas aceptaron de inmediato, pues estaban dispuestas a trabajar en cualquier campo de misión, especialmente

en el de los más pobres y abandonados. Los residentes del asilo planificaron una gran bienvenida para las religiosas, quienes enseguida conquistaron el corazón de los ancianitos.

El asilo pronto se vio en la necesidad de ampliar sus instalaciones, con el objetivo de aumentar su cobertura y atender así a los ancianos indigentes de ambos sexos. Fue así como, en 1947, se inició la construcción del pabellón de hombres. Las ampliaciones del antiguo edificio continuaron en 1953, cuando se edificó una galera, el enladrillado y el tendedero de la lavandería. Diez años más tarde se construyó el área para hacer las tortillas y en 1969 un pasamanos al contorno del jardín. En 1986, la congregación de Franciscanas de la Purísima asumió la dirección y administración del Hogar de Ancianos "Narcisa Castillo" en coordinación con la junta directiva de la institución. Desde entonces, las religiosas se encargan del cuidado de los ancianos, brindándoles la atención y los cuidados que tanto requieren, y preciso es mencionar, que como su encargada la representa Sor Irma Gladys Henríquez García.

Hoy en día, la institución pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y no a la Secretaría Nacional de la Familia, enmarcándose dentro del beneficio económico de la partida (subsidio) de la primera cartera de Estado mencionada. Asimismo, de algunas colaboraciones mensuales y donativos esporádicos de personas altruistas.

En el hogar se encuentran 57 hombres y 55 mujeres, ascendiendo al total de 112 adultos mayores. La cantidad de personal con la que cuenta el hogar se sitúa en dos áreas: primero, los subalternos o auxiliares, quienes son 14 personas para los servicios de mantenimiento; segundo, los dirigentes

quienes se integran por 2 médicos, 1 fisioterapeuta, 1 psicóloga, 1 contador y 1 secretaria.

Dicho Hogar tiene como **Misión** principal “Albergar y cuidar al adulto mayor indigente desposeído de sus capacidades físicas y mentales, bríndale un cuidado integral para que tenga un ambiente agradable y pueda recrearse, descansar, acercarse a Dios y disfrutar con tranquilidad los últimos días de su vida”; y su **Visión** es “Ser la Institución del Hogar de Ancianos Narcisa Castillo de Santa Ana, alberga y protege en forma integral a los adultos mayores indigentes que por su condición física, social, económica, familiar y edad avanzada no pueden valerse por si mismos”.

Dentro de sus Objetivos Principales se encuentran: “Albergar ancianos indigentes, desposeídos de sus capacidades físicas y mentales, proporcionándoles, vivienda, alimentación, atención espiritual, atención medica, medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, atención psicológica, vestuario y calzado”.

b) Requisitos de ingreso.

Para que una persona pueda ingresar debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que sea una persona indigente o abandonada que lo necesite;
- Que posee 65 o más años de edad; y,
- Que no padezca una enfermedad altamente riesgosa, avanzada o muy grave; sin dejar de ingresar aquellas con enfermedades diversas.

c) Programas.

- **Alimentación**, que incluye los tres tiempos de comida.
- **Dormitorios**, distribuidos por géneros.

- **Asistencia medica especializada**, tanto para atender casos graves como enfermedades comunes.
- **Terapia ocupacional**, como las manualidades que se imparten por profesionales y personas comunes.
- **Recreación**, salidas a parques u otros centros públicos, siempre y cuando ellos gocen de buena salud.
- **Atención social y religiosa**, celebrando días festivos y misas dentro de su propia capilla por medio de Grupos de la iglesia y personal de la Lotería Nacional de Beneficencia.
- **Capacitación para el personal**, motivaciones mensuales para animar el rendimiento laboral en cuanto a la atención primaria.

3.1.2 INSTITUCIONES NO GUBERNAMENTALES.

3.1.2.1 HOGAR “SAN JOSÉ”.

a) Antecedentes.

El hogar fue fundado en 1972, por las madres del Colegio la Asunción, especialmente por Madre Dolores, luego paso a manos de los Padres Salesianos, y hoy en día a la congregación Diocesana, donde el Padre Francisco Barrera, es el actual encargado del hogar.

Dicho Hogar se mantiene con ayuda de las empresas privadas, colegios y personas altruistas, donde la única institución pública que ayuda es la Alcaldía Municipal, la cual hace una donación de \$300 Dólares mensuales, no en efectivo, sino a través de un vale para canjearlo a una agencia y sufragar algunos gastos. Además, se cuenta con la ayuda de la comunidad, limosnas de la iglesia y personas que dan donativos en efectivo a la Parroquia.

Otra institución que ayuda mensualmente es la Lotería Nacional de Beneficencia, quien dona almuerzo, piñatas, ropas y otras cosas que satisfacen las necesidades del hogar. La familia Ordóñez, dona todos los meses una gran variedad de productos entre los que sobresalen los siguientes: carne, crema, arroz, frijol y azúcar.

b) Requisitos de ingresos.

Hay un total de 25 adultos mayores masculinos, cuyos requisitos de ingresos que se exigen son:

- Que tengan un familiar o persona particular que se haga responsable del anciano;
- Que paguen la ofrenda que según el estudio socioeconómico determine;
- Que no estén gravemente enfermos; y,
- La edad mínima para ingresar se sitúa de los 60 y más años, salvo excepciones que lo ameriten.

La infraestructura esta bien, y hace un año atrás se construyó una nueva cocina con sistema de gas, pantry y comedor. La Universidad Católica de El Salvador (UNICO), gracias a la iniciativa del Licenciado Contreras, quien sensibilizando a sus alumnos se ha logrado la construcción de un tapial, encielar el pasillo, cubrir con celazo las habitaciones, entre otras obras sociales.

El personal con el que cuenta el hogar esta comprendido de tres empleados remunerados por las ofrendas que ingresan a la parroquia el día de las misas, distribuyéndose los cargos en la lavandería, cocina, y aseo personal.

El **Objetivo principal** de este Hogar es: “Mantener a los adultos mayores masculinos con una atención plena en las áreas que mas lo necesiten”.

c) Programas.

- **Alimentación:** En donde se les da los tres tiempos de comida.
- **Vestuario:** Contando diariamente con su ropa personal.
- **Dormitorios:** Donde cada quien posee el suyo.
- **Atención en salud primaria:** Cuando es una enfermedad grave se trasladan a un hospital.
- **Aseo personal:** Cubre servicio de lavandería, baño diario, limpieza dental y del hogar.
- **Recreación :** Salidas con familiares (previo permiso);
- **Atención Social:** Días festivos, motivación de personas particulares incluyendo estudiantes y asistencia a iglesias para los más saludables.

3.1.2.2 CASA DE LOS POBRES SAN VICENTE DE PAUL.

a) Antecedentes.

Esta casa tiene como fecha de fundación: 29 de septiembre de 1929; y fue fundada con el fin de dar atención corporal y espiritual a los más pobres y abandonados. En la actualidad, esta a cargo de la Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl, entidades de servicio y personas amigas que velan por la obra en Santa Ana.

En los inicios se le dio acogida no solo a Ancianas, sino también, a madres solteras que necesitaban trabajar y no tenían un sitio seguro donde estar con sus niños; con el tiempo solo quedo para la atención de Ancianas aunque siempre se ayudaba con víveres y vestuario a las madres solteras y

cualquier pobre que tuviera necesidad, sobre todo se le daba prioridad a los enfermos y enfermas de tuberculosis pulmonar.

Actualmente se atienden a 26 Ancianas carentes de familia y de recursos económicos, y a las cuales se les ofrece “Techo, comida, atención medica y servicios funerales, no sin faltar la atención espiritual que toda persona necesitaba”.

Su **objetivo principal** es: “Dar atención y promoción a personas muy pobres, carentes de todo”.

b) Requisitos de ingresos.

Teniendo un total de 26 Ancianas, se exigen como requisitos de ingreso:

- Que no tengan ningún familiar o persona particular que se haga responsable de la anciana;
- Que estén en evidente abandono, carentes de todo;
- No importa si posee algún tipo de enfermedad; y,
- Que sea una adulta mayor.

c) Programas.

- **Alimentación Sana:** Además esta obra posee un Comedor Popular en donde se sirve un desayuno a los indigentes de la ciudad, a los cuales lo único que se les pide es dar una colaboración de \$0.06 Centavos de Dólar, esto es con el fin de hacerles sentir que ellos están colaborando; con lo que se compran las tortillas que se sirven el día domingo. No todos colaboran, muchos de ellos viven de la mendicidad pública, otros son adictos al alcohol o a la pega, y otros que por su edad avanzada no logran tener un trabajo estable.

- **Educativo:** También brinda ayuda para los niños en edad escolar; se les facilitan los útiles escolares y en algunos casos el uniforme completo. Se les pide una colaboración de \$0.05 Centavos de Dólar por lista de útiles con la facilidad de que pueden ir cancelando por pequeños abonos. Se tiene un seguimiento con los padres (madres) de estos niños para ver el aprovechamiento de los niños y ayudarles en su formación y responsabilidad de sus hijos. La finalidad de este programa es ayudar a que haya menos analfabetos, porque muchas familias pobres no mandan a los hijos a la escuela por no tener como adquirir los útiles escolares.
- **Provecho Económico:** Esta institución como muchas otras no cuenta con ayuda del Gobierno, por lo que a la Asociación no le ha quedado opción de realizar diferentes actividades durante el año para adquirir recursos económicos y así suplir los gastos y cubrir las necesidades diarias que tiene, para ello cuentan con un negocio en donde se alquilan sillas, mesas y todos los enseres necesarios para celebraciones y reuniones sociales. También hay amigos de la obra que les colaboran con algún aporte económico para cubrir gastos de funerales y alimentación para las Ancianas y pobres a quienes se sirve.
- **Servicios Básicos:** Contando con todo lo indispensable para poder vivir una vejez saludable en un ambiente sano y acogedor.

3.1.2.3 RESIDENCIA DE ANCIANOS “MADRE CECILIA BERMEJO”.

a) Antecedentes.

A comienzos de los años de 1980, en Santa Ana había un gran número poblacional que no deseaban dejar a sus familiares de avanzada edad en hogares de caridad (en su mayoría gratuitos), por diferentes razones

que no vienen al caso mencionarlos por ser estos juicios de valores muy subjetivos.

Ante esa problemática la Residencia de Ancianos Madre Cecilia Bermejo se funda en 1982 como una Institución Privada, siendo así que, desde ese año hasta la fecha se ha trabajado y atendido a las personas adultas mayores internas. Cabe mencionar, que actualmente se encuentra como Superiora de la Comunidad, Sor María Jesús Maldonado Calderón.

Su **Objetivo Principal** “Es dar atención a los adultos mayores puesto que son los que mas la necesitan. Lo anterior, debido que ellos no pueden atenderse solos, y para el logro mismo, se fomentan valores espirituales y se sufragan las necesidades materiales básicas, de tal forma que se sienten como en su casa, alegres y tranquilos”.

b) Requisitos de ingresos.

Dentro de los requisitos de ingresos se tienen los siguientes:

- Examen de heces;
- Examen de orina;
- Examen de hemoglobina;
- Examen de glucosa; y,
- Pago de cuota económica.

La única responsabilidad, a la cual se obliga es que, los familiares estén pendientes de sus ancianos residentes.

Algo especial, en cuanto al requisito del valor económico, es que se considera la capacidad económica familiar. Actualmente los precios oscilan

entre \$100 a \$400 Dólares mensuales. Aunque existen excepciones para con los adultos mayores abandonados y se elige la no exigencia económica.

El funcionamiento de esta residencia es posible gracias a donaciones, cuota de usuarios y donaciones de la Orden de Malta³¹.

En esta casa las hermanas actualmente atienden a un total de 43 ancianos, de los cuales 12 son hombres y 31 son mujeres; aunque la residencia cuenta con una capacidad para alojar a 60 adultos mayores, tanto sanos como enfermos – por ejemplo, inválidos, con Alzheimer, entre otras enfermedades –.

c) Programas.

Esta residencia brinda todo aquello que una persona mayor de 60 años pueda necesitar, de lo comentado se mencionan los siguientes:

- Alojamiento;
- Manutención;
- Cuidados personales;
- Celebración de días festivos, donde se les celebran los cumpleaños en grupos, tienen un paseo al año, celebraciones de días santos y memorables;
- Asistencia médica;
- Asistencia espiritual, preparándolos tanto para los sacramentos, como para los que desean y puedan asistir a la Eucaristía diariamente; y,
- Actividades recreativas y productivas (solo para personas sanas).

³¹ *La Orden de Malta es un Estado soberano reconocido internacionalmente, asimismo es un estado no territorial que tiene su sede central en la ciudad de Roma (Italia); esta sede tiene el estatuto de extraterritorialidad (como si fuera una embajada).*

3.1.2.4 COMEDOR MANUTENCIÓN AL NECESITADO ADULTO “MANA”.

a) Antecedentes.

Fue por el año 1988, cuando Monseñor José López Sandoval, Vicario General de la Diócesis en ese entonces, hacía su recorrido matutino por las principales calles de la ciudad de Santa Ana, observó que había muchas personas de mayor edad que se encontraban necesitadas de alimento e inclusive se dio cuenta que algunos de ellos recurrían a los basureros principales para buscar su alimentación, debido a esta precaria situación decidió fundar una Asociación que brindara en una forma digna alimentos al necesitado adulto y fueran atendidos con mucho cariño y dignidad. Esta Asociación se inicio con una Junta Directiva guiada por el Señor Vicario, pero debido a su delicada salud, transfirió su responsabilidad al Señor Obispo de la Diócesis, Monseñor Marco Rene Revelo, para que continuara con la obra.

A partir del 17 de Mayo de 1994, esta Asociación inició sus trabajos formalmente con la Junta Directiva, siendo el presidente nato el Obispo de la Diócesis de Santa Ana (Monseñor Romeo Tovar Astorga), y sus demás miembros, personas con espíritu de servicio pertenecientes a esta comunidad.

Actualmente MANA es una Asociación que depende directamente de la Diócesis de Santa Ana, está dirigido por un Comité de Apoyo, compuesto por los siguientes miembros: Fray Romeo Tovar Astorga, Obispo de la Diócesis de Santa Ana, Monseñor Luis Morao, Obispo Auxiliar de la Diócesis de Santa Ana y el Presbítero Astul Guirola Trejo, quien es el Representante de aquella.

Cuenta además con los siguientes Colaboradores Directos: Srita. Dolores Larrañaga, Dr. Agustín García Calderón³², Sra. Ana Leíla de Guerra, Dr. José Félix Magaña de Paz, Sra. Ana Elsie Paz de Samayoa, Sra. Ana Raquel Calderón y la Sra. Laura Castro de Costa; Miembros de la iglesia del Divino Salvador –Colonia Lamatepec– Santa Ana: Sra. María Inés de Grande, Sra. Domitila Reyes, Sra. Ulma Celina Artiga; y, jóvenes pertenecientes a Grupos Religiosos de la Iglesia Divino Salvador.

También cuenta con un personal interno que a la vez colabora con la elaboración de los alimentos que se imparten diariamente a todas las personas que llegan a dicho Comedor: Secretaria-Contadora, en Oficina de Mana; Ecónoma y Auxiliar, en Cocina; y, personal de voluntariado.

El Comedor tiene como **Objetivo principal** “Brindar alimentación y salud al necesitado adulto y discapacitado, sin restricción de edad, sexo y/o condición”.

Sus instalaciones comprenden una Oficina, Bodega, Cocina y Comedor, ubicadas en 9^a. Av. Sur No. 14, Santa Ana. Lugar donde se les ofrece desayuno y almuerzo de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 2:30 p.m., a un aproximado de 200 a 350 personas de la tercera edad y discapacitados, de las cuales la mayoría duermen en el dormitorio público municipal de Santa Ana.

Con la asistencia de todas las personas que colaboran con el Comedor, y los miembros contribuyentes, y en especial el Dr. Rafael García Hidalgo, se pudo comprobar la necesidad de asistencia médica para estos

³² Actual presidente de la Corte Suprema de Justicia, y magistrado de la Sala de lo Constitucional de El Salvador.

ancianos, naciendo así la primera consulta dentro de las instalaciones de MANA, siendo éstas insuficientes a la hora de la asistencia médica, por lo que se gestionó la adquisición de un terreno municipal para la construcción de una clínica formal, llamada actualmente “**Clínica Santo Hermano Pedro**” construida por el Fondo de Inversión Social; brindando sus servicios médico-dental, fisioterapia y servicio de farmacia, de lunes a viernes a partir de las 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

En noviembre de 1993, se solicita al Fondo de Inversión Social (FIS) la construcción y equipamiento de la clínica de MANA; en marzo de 1994 se pide autorización por escrito al Director Regional de Salud, Doctor Jaime Napoleón Cárcamo Rodríguez. En mayo de 1994 se recibe carta de aprobación del FIS para la construcción, con un monto de \$40,718.72 Dólares, y se firma un convenio entre Monseñor Marco Rene Revelo, Representante Legal de MANA y la Licenciada Gracia María Anduray Montoya del FIS. El Concejo Municipal ratificó acuerdo al terreno y se elaboró Escritura Publica.

El Ingeniero Oscar Rene Lara, fue el encargado de la construcción de la obra, conforme a diseño aprobado por el FIS y la junta Directiva de MANA de El Salvador. De esa manera, el Doctor Rafael García Hidalgo es nombrado como persona idónea para supervisar y dirigir la construcción.

En agosto de 1994 se comienza la construcción y se establece que parte del financiamiento de MANA será para la instalación del servicio de agua y energía eléctrica. En septiembre de 1994 se trabaja en el levantamiento de paredes de la clínica y su equipamiento según el fondo que se solicitó y que fue aprobado.

Entre el periodo comprendido de mayo-agosto de 1995 se finalizó la construcción de la infraestructura de la Clínica MANA, se efectuó la compra del equipo financiado por el F.I.S. y el 31 de mayo de 1996 se realiza el solemne acto de inauguración de la Clínica de MANA, denominada “CLÍNICA HERMANO PEDRO DE BETANCOURT”.

El mantenimiento de la obra es gracias a la generosidad y contribución de personas voluntarias que desean participar porque la conocen y colaboran con una pequeña ayuda económica que también es brindada por parte de socios contribuyentes; las señoras del mercado (local número dos de la ciudad de Santa Ana), colaboran con verduras; Religiosas de la Asunción (Escuela Diocesana Santa Familia), son quienes realizan un donativo mensual de pastas; y finalmente, por la recolección de papel periódico para su venta.

b) Requisito de ingreso.

- Ser una persona necesitada, de cualquier edad y sexo, que busque sufragar su necesidad alimenticia y que acepte doctrina religiosa.

c) Programas.

La realización de actividades como las siguientes:

- Excursiones;
- Oraciones cristianas;
- Desayunos y almuerzos católicos.

3.2 DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR.

3.2.1 INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES.

3.2.1.1 SECRETARIA NACIONAL DE LA FAMILIA.

a) Antecedentes.

La Secretaría Nacional de la Familia (SNF) fue creada por Decreto Ejecutivo número 22, el 19 de octubre de 1989. Es una institución adscrita a la Presidencia de la República, creada con el objeto de planificar y coordinar los esfuerzos con las demás instituciones públicas y privadas, a fin de hacer efectiva la protección a la familia y sus miembros, dictar las políticas necesarias, así como crear los organismos y servicios apropiados para su integración, bienestar y desarrollo.

Llegado el año 2002, se crea el Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores (CONAIPAM), por medio de la aprobación de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, y del cual la SNF es su coordinadora y representante legal. Dicha institución nace para la ejecución de las acciones gubernamentales y no gubernamentales a favor de la protección integral de las personas adultas mayores con el fin de velar por el cumplimiento de los derechos, deberes y beneficios que la ley les concede a las personas adultas mayores, con la participación de la familia y la sociedad. Y dentro de algunas de las principales atribuciones del CONAIPAM según el artículo 8 de la ley en mención, tenemos las siguientes:

- Desarrollar programas de educación para la formación de una conciencia en la sociedad sobre el proceso de envejecimiento y la responsabilidad de la familia para con las personas adultas mayores;

- Crear y ejecutar programas tendientes a evitar el abandono y el maltrato a las personas adultas mayores, por parte de su familia y la sociedad;
- Impulsar programas tendientes a incorporar a la persona adulta mayor en actividades ocupacionales, vocacionales y recreativas; y,
- Crear y organizar un registro nacional de instituciones dedicadas a la atención de las personas adultas mayores.

b) Requisitos para el funcionamiento y registro de las personas jurídicas.

Los documentos que se presentan para el registro de instituciones dedicadas a la atención a las personas adultas mayores en la SNF, son los de conformidad al Artículo 60 del Reglamento de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, mediante el cual se establece que “Toda Institución que trabaje a favor de las personas adultas mayores o se constituya para tal objeto, deberá registrarse en el Registro Nacional, para lo cual deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Presentar solicitud por escrito dirigida al Consejo requiriendo su inscripción en el Registro Nacional;
- Tener Personalidad Jurídica y presentar los documentos que la comprueban;
- Copia de escritura de propiedad, comodato o contrato de arrendamiento del o los inmuebles en los que funciona;
- Plan de trabajo y conformación de su estructura orgánica; y
- Copia de NIT y DUI del o la Representante Legal; Copia de NIT de la Institución; e, Información general de la Institución que especifique entre otros: Las áreas de atención que desarrolla, el número de Adultos Mayores hombres y mujeres que se atienden, (o se

encuentran afiliados), y recursos humanos de que disponen para la ejecución de sus programas o proyectos.”

Otro aspecto importante a resaltar es que dentro de su marco institucional, la SNF cuenta con una “Política Nacional de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor”, de fecha 2001-2004, creada en gestión de la Ex Primera Dama de la República, Licda. Lourdes Rodríguez de Flores, y que hasta la fecha aun es aplicada bajo la responsabilidad e interés de las acciones gubernamentales que fueron contempladas en la política en mención, de los cuales se incluye la consecución de 19 objetivos propuestos, identificando 31 estrategias para la operación de su plan de acción y 95 acciones diferentes incluidas en las 9 líneas de acción, en las que se destacan las siguientes áreas: a) Salud y bienestar social; b) Situación económica; c) Educación, cultura y recreación; d) Vivienda, transporte y accesibilidad; e) Servicios Sociales; f) Asistencia a los adultos mayores; g) Protección jurídica; h) Capacitación; i) Información y difusión; y j) Investigación.

Es importante mencionar que una vez creada la Política Nacional de Atención al Adulto Mayor, se crea un Plan de Acción para la implementación de la política nacional en mención, y para llevarlo a cabo, se formuló el documento base del Plan de Acción, que contempla las diversas líneas de trabajo que integran la política. Este documento fue elaborado y revisado por diversos grupos técnicos de las instituciones involucradas en su ejecución, además de la participación de adultos mayores de las distintas asociaciones y clubes.

Desde el año 2005 hasta la fecha, se esta en proceso de elaboración de un nuevo Plan de Acción de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor

(2005-2009), para ejecutar nuevos lineamientos acordes a un nuevo Plan de Gobierno y de una nueva administración, que vaya conforme con las necesidades de la Población Adulta Mayor en el país, por cuanto se ha establecido que las diversas medidas incluidas en el Plan de Acción (2001-2004) aun vigente, se encuentran en concordancia con las acciones incluidas en el anterior Plan de Gobierno (ya caducado) que precedía en ese tiempo, el entonces Presidente de la República, Lic. Francisco Flores.

El **objetivo principal** de la SNF es “desarrollar acciones para apoyar a las familias en situación de vulnerabilidad y promover las oportunidades de desarrollo humano para los salvadoreños que más lo necesitan, contribuyendo de esa forma a elevar su calidad de vida”. Así como también “Fomentar el desarrollo Integral de El Salvador, mitigando el hambre de la población más vulnerable y que se encuentra en situación de inseguridad alimentaria, proporcionándole alimentos en forma sistemática, eficiente y oportuna”.

c) Programas.

- **Terapia Ocupacional y Talleres Productivos**, este programa consiste en la realización de actividades que promueven la salud mental y física a través de la actividad ocupacional, y en los talleres productivos, se elaboran diversas artesanías, manualidades, y todas aquellas actividades manuales. De este programa se han atendido 19 clubes de personas adultas mayores, beneficiando a 975 personas.
- **Fortalecimiento a Programas de Alfabetización de Adultos Mayores**, con este programa se dota a los distintos clubes de personas adultas mayores de materiales como por ejemplo: libretas, crayolas, lápices, tijeras, cuadernos, libros, acuarelas, reglas,

papelería, etc. Se han atendido 2 clubes de personas adultas mayores, beneficiando a un total de 80 personas.

- **Geroturismo**, se han apoyado la realización de 4 excursiones, beneficiando a 2 clubes de adultos mayores.
- **Campaña de Envejecimiento Activo**, el día jueves 14 de septiembre de 2006, se desarrollo la campaña de "Sensibilización por un Envejecimiento Activo" con la que se busca sensibilizar a la población en general de la importancia de envejecer activamente para evitar discapacidades eventuales.
- **Abrazo Solidario**, el Abrazo Mundial es el evento anual de sensibilización del Movimiento Mundial en favor del Envejecimiento Activo y consiste en una cadena de marchas y celebraciones organizadas a escala local alrededor del mundo, en lo que se busca llamar a la atención de los beneficios que las caminatas y otras formas de ejercicio físico otorgan para la salud, al mismo tiempo que constituyen una actividad recreativa para todas las generaciones. La celebración del Abrazo Solidario en nuestro país se llevó a cabo el día 3 de octubre de 2006 en el Parque de la Familia.
- **Campaña de Vacunación del Ministerio de Salud y Asistencia Social**, se apoya esta campaña con la promoción de los distintos medios de comunicación para que participen vacunándose. Asimismo se instaló un puesto de vacunación el día de la celebración de clausura del mes del adulto mayor.
- **Mes de la Persona Adulta Mayor**, esta celebración se realiza en el mes de enero de cada año, con distintas actividades a lo largo de todo el País. Para esto se cuenta con el apoyo de las Instituciones miembros del CONAIPAM quienes programan actividades con los distintos grupos de adultos mayores a su cargo.

- **Jornadas Médicas Integrales a Poblaciones de Adultos Mayores**, estas jornadas se realizan en coordinación con Instituciones de Salud, y lo que se busca es beneficiar a la población adulta mayor de comunidades de extrema pobreza, por lo que se lleva atención médica en general, oftalmológica, salud mental y víveres.
- **Programa de Asistencia de Adultos Mayores en situación de riesgo o abandono**, con este programa se da atención a los adultos mayores en situaciones de riesgo o abandono, que no cuentan con una familia que los apoye o que viven en la total indigencia. Este programa busca apoyo de los distintos Hogares existentes en el País para ubicarlos si el caso lo amerita.

3.2.1.2 CENTRO DE ATENCIÓN A ANCIANOS, “SARA ZALDÍVAR”.

a) *Antecedentes.*

A finales del año de 1883 se encontraban reunidos los miembros de la Logia Masónica Excelsior # 17 de San Salvador, con motivo de celebrar el Banquete Solsticial³³ de Invierno, en donde se tratarían asuntos de la masonería, cuando el señor H. León Dreyfus Grado 33 dio a conocer su idea respecto a un proyecto de caridad con un breve y sentido discurso, con lo que buscaba que sus palabras hicieran eco en los presentes y así atraerse su atención hacia el dolor y la desgracia de los ancianos inválidos y mujeres indefensas existentes en ese entonces.

³³ *Para unos, es habitual, cada vez que se acercan los meses de junio o diciembre, oír a los masones felicitarse por el Solsticio, hablar de celebración solsticial e incluso algunas Logias han desarrollado algún tipo de ritual o ceremonia específica para conmemorar el cambio de ciclo en el curso solar; para otros, Las celebraciones solsticiales están ligadas a las fechas de celebración de los patronos de la masonería operativa, Juan Bautista y Juan Evangelista, las fechas de celebración del santoral correspondientes a ambos patronos se celebran en el solsticio de verano (San Juan Bautista) y en el solsticio de invierno (San Juan Evangelista).*

De esta forma solicitó a los presentes una ayuda material y mensual para organizar con ello una casa de asilo donde mendigos e inválidos encontrasen habitación, alimentos, cuidado personal, medicinas y distracción para hacerles llevadero su desamparo. Este discurso mereció todo el apoyo de los presentes quienes contribuyeron hasta suscribirse \$228.57 Dólares por lo que se vio la necesidad de organizar una Junta Directiva para que se hiciera cargo de la obra.

En dicha reunión estuvo presente el Sr. Rafael Zaldívar, Presidente de la República en ese entonces, quien al regresar a su hogar refirió a su esposa Sra. Sara de Zaldívar, la obra que habían decidido emprender; ella queriendo tomar parte en tan hermosa idea, ofreció su casa de campo para el asilo. Dicho ofrecimiento fue aceptado.

Por lo tanto, "El Poder Ejecutivo" de ese entonces deseando proteger a la clase más desvalida de la Sociedad y evitar el lastimoso espectáculo que presentan los mendigos, implorando la caridad públicamente, DECRETÓ: "Fundar un establecimiento que se denominará "Asilo Sara" aprovechando para ello, el extenso y cómodo local que con tan noble y humanitario propósito ha cedido la señora Sara de Zaldívar. En la casa expresada, se dará acogida a todos los desvalidos y menesterosos que no se hallen enfermos, proporcionándoles la asistencia necesaria y el trabajo que sea compatible con su estado. El Ministerio de Beneficencia organizará y reglamentará este nuevo Instituto y propondrá a la próxima legislatura los fondos necesarios para su sostenimiento. Dado en el Palacio Nacional; San Salvador, enero 10 de 1885" (Diario Oficial # 11-13 enero de 1885).³⁴

³⁴ *Estos escritos y acuerdos fueron dados cuando el Estado se hizo cargo de dirigir y sostener económicamente la Institución*

El arquitecto Lazzarini se ocupó de las construcciones necesarias para alojar a los futuros asilados; y al cabo de 6 meses se concluyeron las obras quedando un local cómodo e higiénico en donde podrían ser alojados 50 personas. Se hicieron cargo de la Institución tres hermanas de la Caridad de la Casa Central de la Orden de San Vicente de Paúhl, contratadas en París por Doña Sara de Zaldívar, cuya superiora fue Soeur Noisset.

Antes de la inauguración de la obra, la fundación Masónica de Centro América, fue organizada definitivamente por la Junta Directiva que regiría las actividades del Asilo Sara.

La Junta Directiva estuvo integrada en un inicio por: Presidente: Dr. Otto Von Niebecker; 1er. Vocal: Don Tomás G. Palomo; 2do. Vocal: Sr. Gustavo D'Aubuisson; 3er. Vocal: Sr. Joaquín Pérez; Tesorero: Don Arturo Bustamante; Síndico: Dr. Emeterio Salazar; Secretario: Sr. Hermógenes Alvarado; Presidente Honorario y perpetuo: Sr. León Dreyfus.

Dicho Asilo inicio sus labores el 24 de octubre de 1884 y fue llamado por decisión de la Junta Directiva "Asilo Sara" en honor de su benefactora. Esta Institución tuvo absoluta aceptación y conquistó la simpatía de la sociedad, por lo que pronto se decretó un ligero impuesto sobre licores y mercadería importada destinada a subvenir los gastos del Asilo.

Desde el 1° de enero de 1885 hasta el 31 de marzo de 1886, había entrado a la Tesorería del Asilo \$1,516.25 Dólares, por contribuciones voluntarias y remesas de la Aduana de la Libertad, de la Unión y Acajutla, etc. La Junta Directiva suprimió el Decreto Legislativo del 3 de octubre de 1904 y se confirió el cargo a un Director; de esto no estuvo de acuerdo la

Logia Masónica fundadora del establecimiento y se retiraron el 17 de octubre de 1904.

En 1961, fecha en que se fundó el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), el Asilo pasó a ser una dependencia de éste y en enero de 1965 fue denominado como Centro de Atención a Ancianos³⁵.

En enero de 1985, siendo Director el Dr. Porfirio Humberto Soto Fiallos, fue solicitado a la Asamblea Legislativa que se decretara el día 10 de enero como "DIA DEL ANCIANO ASILADO" y por decreto Legislativo No. 313, fue aprobado.³⁶

De todo lo anterior es como la institución ha venido enfatizando sus **Objetivos** y los designa de la siguiente manera:

- Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores; y;
- Proporcionar atención integral y residencia para adultos mayores carentes de contacto familiar y en condiciones de alto riesgo a su dignidad e integridad.

b) Requisitos.

- Mayor de 70 años de edad.
- Escasos recursos económicos
- Carecer de apoyo familiar.
- No adolecer de enfermedades terminales.

³⁵ "Asistencia Social al Anciano en El Salvador" de Gilda Mata Sol

³⁶ Carrillo Quiroz, Yanira Elizabeth: "Memoria de labores realizadas durante el servicio social en el Asilo Sara Zaldívar", tesis, Universidad de El Salvador, 1995.

- No tener patologías psiquiátricas.

Siendo el caso, cuando el anciano tenga una persona que vele por él, se le atribuirán al **Responsable** los siguientes deberes: a) Que demuestre responsabilidad hacia el anciano y la institución; b) Que mantener lazos de comunicación y afecto hacia el anciano; y, c) Que aportar la cuota social voluntaria.

c) Programas.

- Jornadas educativas para el personal sobre Ética Gubernamental;
- Religioso cristiano;
- Atención Médica;
- Enfermería, Rehabilitación Geriátrica;
- Terapia física;
- Trabajo Social;
- Psicología;
- Farmacia, laboratorio clínico;
- Alimentación y dietas;
- Visita médico social domiciliar
- Lavandería;
- Transporte;
- Vigilancia;
- Vestido, costurería, ropa de cama; y
- Peluquería y barbería.

3.2.1.3 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

a) Antecedentes.

La Institución nace el 23 de Julio de 1900, con el nombre de Consejo Superior de Salubridad, dependencia del Ministerio de Gobernación. El Consejo determino que entre las actividades principales a realizar fueran: estadísticas médicas, saneamiento de zonas urbanas, inspecciones de víveres, higiene de rastros y mercados, construcción de cloacas y sistemas de aguas servidas, obligatoriedad de instalar letrinas, lucha contra los mosquitos, visitas a establos, fábricas y beneficios de lavar café. El primer Código de Sanidad entra en vigencia el 24 de julio del mismo año. El 15 de agosto del mismo año se creó la Dirección General de Vacunación la cual en 1907 se llamó Instituto de Vacunación Contra la Viruela.

En 1920 se fundó la Dirección General de Sanidad dependiendo también del Ministerio de la Gobernación. En 1926 El Poder Ejecutivo creó a través de la Subsecretaría de Beneficencia, el servicio de asistencia medica gratuita, cuya finalidad era prestar auxilio oportuno y eficaz a los enfermos pobres en todas las poblaciones de la República, la creación de circuitos médicos y especificando que en cada circuito se establecerá una Junta Calificadora integrada por el Alcalde Municipal y otros ciudadanos para clasificar a las personas como pobres, ya que la condición de escasez pecuniaria establecería el derecho de ser atendido gratuitamente, también especifica el mismo Decreto en su artículo 23 que este servicio de asistencia médica gratuita recibirá el apoyo moral y económico no solo del supremo Gobierno y de las Municipalidades sino también de las clases que por sus condiciones económicas tenga aptitudes para ello.

En 1950 El Ministerio de Asistencia Social pasaba a ser el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En Julio de 1951 se inician las actividades del área de demostración Sanitaria, proyecto conjunto con la OMS en este proyecto nació la Escuela de Capacitación Sanitaria la cual brindaría capacitación en adiestramiento en servicio, atención integral, organización de comunidades rurales para las actividades de saneamiento rural y puestos de salud.

En 1965 los servicios aumentaron a 151, distribuidos en 14 hospitales, 9 centros de salud, 57 unidades de salud, 70 puestos de salud y 1 inspectoría. En 1969 las prestaciones en salud han crecido a través de 185 establecimientos distribuidos así: 14 hospitales, 9 centros de salud, 64 unidades de salud, 95 puestos de salud y 3 de vacunación; sus acciones se basaban en Atención de la demanda (curativa) preventiva (vacunación, saneamiento, promoción, educación para la salud, entre los programas especiales se encontraban: Campaña Nacional Antipalúdica, Atención Materno Infantil y de la Nutrición Lucha Antituberculosa y Programa Odontológico.

En 1978 se cuenta con 271 establecimientos de salud y se tiene 85.4% de cobertura y 96.2% de población accesible a los diferentes establecimientos de salud. En 1980, se crea el Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural programa de introducción de agua potable y letrización en área rural.

En 1983 se elaboró el diagnóstico de salud correspondiente a los años 1979-1982 para ser tomado como documento de referencia para programar las actividades del Ministerio, la red de establecimientos de salud era de 331 distribuidos en 14 hospitales 12 centros de salud, 98 unidades de salud, 164

puestos de salud, 34 puestos comunitarios y 9 dispensarios de salud, estuvieron cerrados por el conflicto 44 establecimientos, siendo la Región Oriental la más afectada con 28 establecimientos cerrados. El terremoto del 10 de Octubre de 1986 dañó el 80% de la infraestructura de los establecimientos hospitalarios del Ministerio e incluidos los establecimientos privados, se atendió la emergencia a través de la red de establecimientos del sistema nacional y en instalaciones improvisadas en área metropolitana. En 1988 se ofreció servicios en salud en 342 establecimientos, disminuyó el número de establecimientos cerrados por el conflicto armado a 34.

En el 2000, la red de servicios creció a 610 establecimientos distribuidos en 30 hospitales 357 unidades de salud, la cual fue reforzada con equipo invirtiendo \$914,285.71 Dólares y mejoramiento en su infraestructura con una inversión de \$674,285.71 Dólares. A nivel institucional se realizó el análisis e implementación del modelo de atención, con la propuesta de las Gerencias de Atención Integral en Salud, según grupos de edad: La niñez, los adolescentes, la mujer, el adulto masculino y el adulto mayor. Continuando con el proceso de modernización con la redefinición de las funciones del Sistema Sanitario con el fin de conformar el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) bajo la visión de lograr la participación activa de la comunidad (participación social) y lograr la descentralización de los servicios de salud.

Llegado el año 2007, el ministerio cuenta con un total de 627 establecimientos de salud a nivel nacional, los cuales se componen de: 30 hospitales, 376 unidades de salud, 3 centros de atención de emergencias, 168 casa de salud, 2 clínicas, y 48 centros rurales de salud y nutrición.

Del mismo ministerio se desprende la “Gerencia de Atención Integral en Salud de la Persona Adulta Mayor”, que nace con el **objetivo** “facilitar y orientar las intervenciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en las personas adultas mayores, que permita una atención integral con calidad en los diferentes escenarios donde se desenvuelven”.

Esta Gerencia inicia con la participación de la Ex-primerada Dama de la Republica, Elizabeth de Calderón quien se dedico a la creación de la Política Nacional de Asistencia Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores creándose así el “Manual de Operaciones de Atención Integral en Salud de la Persona Adulta Mayor”, el cual establece lineamientos técnicos de atención integral en salud de la persona adulta mayor que guían y estandarizan las acciones a ejecutar por los establecimientos de salud, orientándolos principalmente a favorecer la participación activa de los mismos, la familia y la comunidad, con miras a mejorar las condiciones de salud de este grupo poblacional.

b) Requisitos.

- Ser una persona adulta mayor, dispuesta a seguir indicaciones;
- Estar afiliado bajo un centro de salud pública y club de adulto mayor;
- Tener tiempo para participar en las reuniones sociales, informativas y activas.

c) Programas.

Esta Gerencia imparte charlas informativas sobre:

- **Recomendaciones en la alimentación.**
 - a) Consuma distintos tipos de alimentos durante el día,
 - b) Aumente el consumo de frutas, verduras y legumbres,

- c) Use de preferencia aceite vegetal y limite las grasas de origen animal,
 - d) Coma carnes de pescado y de pollo, tome un poco más de leche, de preferencia con poca grasa,
 - e) Reduzca el consumo de sal,
 - f) Modere el consumo de azúcar.
- **Recomendaciones en los dientes.**
- a) Cepille sus dientes y/o prótesis después de cada comida,
 - b) Consulte al odontólogo sí su prótesis esta suelta o le molesta para masticar; sí le duele o le sangran las encías; o sí tiene llagas en la boca.
- **Recomendaciones para dormir bien.**
- a) Evite tomar café o té antes de acostarse
 - b) Coma temprano y no tome mucho liquido al final del día
 - c) Evite demasiada luz y ruidos en su dormitorio
 - d) Aprenda a relajarse antes de dormir
- **Recomendaciones para el cuidado de sus pies.**
- a) Lave sus pies todos los días y séquelos cuidadosamente, especialmente entre los dedos, para evitar infecciones por hongos
 - b) Limpie sus uñas y córtelas rectas para que no se encarnen
 - c) Use zapatos cómodos, blandos, que se ajusten al pie, así evitará durezas, ampollas, callos y juanetes
 - d) Si tiene durezas o callos, no trate de cortarlos o aplicar remedios callicidas. Esto le puede provocar heridas e infecciones.
- **Recomendaciones para prevenir enfermedades.**
- Si tiene algunos de los siguientes síntomas consulte a su servicio de salud más cercano:
- a) Sufre frecuentes dolores de cabeza y espalda,
 - b) Le cuesta recordar y/o concentrarse,

- c) Duerme mal y no tienes ganas de levantarse,
- d) Se siente decaído, sin deseos de hablar ni ver a otras personas,
- e) La mayor parte del día esta pensando en sucesos tristes,
- f) Sufre de perdida involuntaria de orina y desconoce su causa,
- g) Es una persona que acostumbra caerse,
- h) Es una persona que abusa en el consumo de bebidas alcohólicas o cigarrillos.

➤ **Recomendaciones de ejercicios.**

- a) Camine diariamente un mínimo de media hora o practique actividades físicas en grupos,
- b) Practique natación.
- c) Sea participe de bailes
- d) Ande en bicicletas, etc.

➤ **Recomendaciones de vida social.**

- a) participe en actividades de grupos principalmente en clubes de personas adultas mayores
- b) dedíquese a participar en actividades religiosas
- c) demuestre tolerancia hacia las opiniones y actitudes de otras personas.

➤ **Clubes de adultos mayores.**

De ese ultimo, todos podemos ser parte del club del establecimiento de salud más cercano. Actualmente en nuestro país se cuentan con 601 clubes que aprovechan la infraestructura de la unidad de salud y se cuenta con la participación total de 16,800 miembros adultos mayores.

A través de ellos se educa en salud y envejecimiento, permitiendo la convivencia, socialización y ayuda mutua entre los miembros de Club y el

personal de salud; generando cambios en la comunidad, participación en actividades sociales y recreativas para continuar con una vida productiva.

Con lo anterior se logra un cambio saludable, cual permite a los adultos mayores dedicar tiempo para desarrollar más habilidades y destrezas, compartir experiencias, demostrar cuanto nos queremos a nosotros mismos y ver la vida con optimismo.

3.2.1.4 PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS.

a) Antecedentes.

Según los considerando de la Ley de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, se tiene que de conformidad con los artículos 191, 192 y 194 de la Constitución, ha sido creada la figura institucional del Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos; por lo que, la ley en mención tiene por objeto la creación, organización, atribuciones y funcionamiento de la misma, como forma de consolidar la paz y reconciliación de la sociedad salvadoreña según el contenido de los Acuerdos de Paz firmados el 16 de enero de 1992, en Chapultepec, México que pusieron fin a los 12 años de guerra civil en nuestro país.

En dichos acuerdos y como compromiso gubernamental dentro del área del “Sistema Judicial y Derechos Humanos”, fue especialmente crear la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, institución autónoma, que debe supervisar el respeto a los Derechos Humanos por parte de las demás instituciones estatales.

Es así que el artículo 13, del cuerpo normativo en mención hace mención que la procuraduría estará integrada, entre otras formas, por un Procurador Adjunto para la Defensa de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual vela por las personas adultas mayores. Dentro de la misma Procuraduría se ve la necesidad de crear un departamento que se encargue de la población Adulta Mayor por lo que en un Principio nace la Procuraduría Adjunta para la Defensa de las Personas Adultas Mayores, llamada actualmente “Procuraduría Adjunta para la Defensa de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales”

Esta Institución fue creada basándose en los artículos 15 y 21, del Reglamento de la Ley de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, se establece que esta institución además del Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos, estará integrada entre otras modalidades, por un Procurador Adjunto para la Defensa de los Derechos del Adulto Mayor, al cual le corresponde promover, garantizar y supervisar el respeto a los derechos de las personas adultas mayores; pero actualmente y desde aproximadamente 6 años atrás, debe de entenderse que la persona y funciones de ese procurador adjunto a pasado a ser parte del nuevo Procurador Adjunto para la Defensa de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, según decisión de la anterior Procuradora para la Defensa de los Derechos Humanos, Doctora Beatrice Alamanni De Carrillo.

En el año 2001, y durante la gestión en ese entonces de la Primera Dama de la República de El Salvador, Licenciada Lourdes Rodríguez de Flores, se crea la Política Nacional de Atención al Adulto Mayor 2001-2004; dicha política es todavía base de los lineamientos a seguir por parte de esta procuraduría adjunta, aun cuando aquella es deficiente por carecer de actualizaciones basadas según las exigencias de nuestra sociedad.

Tiene como **Objetivo General** “Contribuir a la solución de los casos específicos y atención de temas relevantes y practicas sistemáticas de violación a los derechos económicos, sociales y culturales en El Salvador, tales como: salud, trabajo, educación, adulto mayor y otros; a fin de avanzar en un abordaje mas efectivo para la erradicación de tales violaciones y al cumplimiento del deber de garantía del Estado en relación a los mismos”.

De esa manera, la Procuraduría en cuanto a adultos mayores se refiere, señala deficiencias del CONAIPAM, al no detallarse públicamente, entre otras cosas, quienes lo integran, cuales son los requisitos de ingreso y que programas existen con el fin de gestionar las leyes y mecanismos que tratan sobre adultos mayores y sobre las personas jurídicas en cuyo objeto de creación este inmersa esa población vulnerable.

b) Requisitos.

Siendo que la ley de esta institución atribuye a su procurador el crear, fomentar y desarrollar nexos de comunicación y cooperación con organismos de promoción y defensa de los derechos humanos, gubernamentales, intergubernamentales y no gubernamentales, tanto nacionales como internacionales y con los diversos sectores de la vida nacional; es que convoca a una Mesa de Trabajo, integrada por todas aquellas personas (naturales y/o jurídicas) interesadas y comprometidas con la tutela de los derechos de los adultos mayores del país.

c) Programas.

Dentro de los Programas se tienen:

- **Geronto-investigativo:** La procuraduría ha realizado talleres, en base a memorias, que versan sobre la Situación de las Personas Adulta

Mayores en El Salvador, y sobre la Aplicabilidad de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor.

- **Geronto-informativo:** La procuraduría ha pactado un convenio con el Instituto Salvadoreño del Seguro Social a fin de difundir la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, hacia las personas pensionadas con miras a dejar sin efecto la existencia del desconocimiento de estos derechos.
- **Geronto-reformativo:** La procuraduría ha elaborado bajo un previo estudio algunas propuestas de reformas a la misma ley, las cuales aun se encuentra en trámite y están basadas en la protección de los derechos humanos del grupo vulnerable de adultos mayores.
- **Unificación de Esfuerzos:** De igual manera, desde el 26 de agosto de 2002 hasta nuestros días, se ha constituido una Mesa de Trabajo sobre la Situación de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en El Salvador de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, integrada por personas naturales y jurídicas, con el objeto de realizar un permanente análisis, consulta y coordinación que permita promover los derechos humanos fundamentales de esta población.

3.2.1.5 DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL IPSFA.

a) Antecedentes.

El 01 de enero de 1974, nace como Caja Mutual de la Fuerza Armada (CAMFA), su accionar se dirigía principalmente a brindar Fondos de Retiro, Seguros de Vida y Préstamos, no así en lo referente al pago de las pensiones, ya que era el Ministerio de Hacienda quien administraba este rubro. Posteriormente, con la finalidad de ampliar la cobertura de los

servicios, surge la necesidad de modificar el concepto de mutualidad, y fue así como el 01 de enero de 1981, se crea un ente de mayor trascendencia denominado Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA). Actualmente es una institución con 25 años de experiencia, con una sólida gestión administrativa y financiera para cumplir con los compromisos previsionales y brindarles a los afiliados un servicio de alta calidad, basada en la filosofía de “Excelencia en el Servicio”.

Su **Objetivo General** es “Mejorar la calidad de vida de nuestros pensionados, promoviendo la integración grupal y familiar, la salud y bienestar social; así como llenar déficit no superados a lo largo de la vida, con la finalidad de hacerla más placentera”.

En el año de 1992 se crea el Departamento de Prestaciones Sociales, bajo la administración de la señora Margarita De Cristiani, Primera Dama de la República en ese entonces, y viendo las necesidades que los adultos mayores poseen a esa edad.

El **Objetivo Principal** de este departamento es “Que la persona adulta mayor se sienta importante dentro de la sociedad así como dentro de su familia, que siga siempre activa y disfrute de su vejez como hubiera querido disfrutar de su juventud y que no se sienta relegada en la sociedad”.

b) Requisitos.

El único requisito es que sean pensionados, incluimos a sus compañeros de vida para fomentar la unión familiar, existe libertad en su decisión participativa, ellos se presentan y escogen en que programa quieren estar.

Con respecto a la edad mínima para ser pensionados, tenemos que diferenciar, primero que según la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor implica a la población igual o mayor a 60 años de edad; segundo que con respecto a la Ley del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada se implica a una población alrededor de 10 años menos, es decir unos 50 años a más de edad. Por lo que, la parte de pensionados es mucho mas joven debido al efecto de nuestra ley. A manera de conclusión, una de las diferencias primordiales con respecto a otras instituciones es que se da la atención por la calidad de ser pensionado y no principalmente por la categoría de la edad, verbigracia como adulto mayor.

c) Programas.

- En el programa de **manualidades**, (hechas por los pensionados) la misma institución organiza exposiciones en las cuales pueden ellos mismos vender sus productos, los cuales son: repujados, realce de cristales, muñecas, collares, pulseras, aritos, enguatados, entre otros;
- En el programa de **recreación**, se realizan excursiones que están previamente programadas, y en las cuales los pensionados que desean pueden participar; y,
- El programa **artístico**, en el cual se realizan actividades de danza y bailes folklóricos, coro, gimnasia, cocina y banda, que se llevan a cabo los días martes, jueves y viernes.

En el desarrollo de los programas se busca que sean participativos, y así brindar atención a estas personas pensionadas, primero por su factor psicológico depresivo, porque muchas de ellas ya no se sienten útiles a la sociedad ni a su familia, como cuando eran jóvenes, por lo que merecen de una atención especial tanto de parte de la institución como de su familia.

Actualmente existe aproximadamente y de manera activa, un promedio de 70 a 75 adultos mayores que asisten a los programas que se desarrollan dentro de este departamento pero que a la vez representa una mínima parte del total de los pensionados.

3.2.1.6 DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A PENSIONADOS DEL INPEP.

a) Antecedentes.

La Seguridad Social en el sector público tuvo su origen desde la época colonial, con prestaciones que cubrían en forma separada a empleados civiles y militares a través de la promulgación de diferentes leyes y reglamentos, con el propósito de proteger al trabajador de los diferentes riesgos a los que estaban expuestos.

En la época colonial existían mecanismos de protección conferidos por el Reino Español a los servidores por su lealtad a la corona. Después del proceso emancipador, los empleados civiles fueron protegidos de inmediato por ciertas normas jubilatorias, por la Ley N° 3 que contenía la orden de la Asamblea Nacional Constituyente del 17 de diciembre de 1823, extensiva para efectos de Jubilación para Empleados Civiles y de Hacienda.

El 24 de mayo de 1930 la Asamblea Legislativa emitió la Ley de Pensiones y Jubilaciones Civiles, regulando el derecho de jubilación para los empleados civiles y el derecho de traspaso de la pensión en provecho de los parientes en primer grado de consanguinidad en línea recta y cónyuge del jubilado.

Paralelamente a esta ley operaban otros regímenes de pensiones, protegiendo a grupos especiales que comprendían a los empleados de Telecomunicaciones, Correos Nacionales, Cuerpo Diplomático, el de los Jueces y Magistrados del Poder Judicial y profesionales académicos honorarios (Médicos).

En la década de los años 60's se crearon leyes e instituciones vinculadas con la seguridad social, principalmente orientadas a la asistencia médica y hospitalaria de grupos específicos, fundándose el Hospital de ANTEL en 1967 para los trabajadores y empleados de Telecomunicaciones, incorporando a todos los maestros de las escuelas públicas en 1968. En el mismo año el Magisterio Nacional logra prestaciones sociales consistentes en una cuota mensual de \$22.86 Dólares de pensión, para aquellos maestros que por razones de enfermedad se les imposibilitaba prestar sus servicios y un seguro de vida gratis de \$228.57 Dólares, duplicándose en caso de muerte accidental.

Con el objeto de unificar en una sola entidad aquellas disposiciones legales aisladas, que se habían emitido en materia de pensiones a favor de los empleados públicos civiles, se emite la Ley de Creación del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos³⁷, con vigencia a partir del 2 de noviembre de 1975; incorporando a los empleados públicos docentes a partir del 1º de enero de 1978.

El Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP) fue creado como una entidad oficial autónoma de derecho público con

³⁷ *El Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP) fue creado por Decreto Legislativo No. 373, de fecha dieciséis de octubre de mil novecientos setenta y cinco.*

personería jurídica y patrimonio propio, que tiene como objeto el manejo e inversión de los recursos económicos destinados al pago de prestaciones para la cobertura de los riesgos de invalidez, vejez y muerte, de los empleados públicos, en la forma que prescribe su Ley de Creación³⁸.

El Sistema Previsional que administra el INPEP comprende a los empleados civiles estatales y municipales que, una vez cumplidos los requisitos legales establecidos en la Ley, gozan de pensiones por los riesgos de invalidez, vejez y muerte. Abarca además a aquellas personas que se acogieron al Decreto Legislativo 667 del Sistema Temporal de Pensiones de Vejez, de fecha 19 de diciembre de 1990 y los que se trasladaron al Instituto por lo estipulado en el Decreto 474 ó Ley de Incorporación al Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos de las Jubilaciones y Pensiones Civiles a cargo del Estado, de fecha 29 de marzo de 1990.

Con la entrada en vigencia de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones (Ley SAP), aprobada en 1996, se modificó el Sistema Previsional del país, quedando establecidos dos Subsistemas Previsionales:

- Sistema de Ahorro para Pensiones (SAP), incluye a todos aquellos trabajadores del sector privado, público y municipal cuyas cotizaciones serán destinadas a capitalización en la cuenta individual de ahorro para pensiones de cada uno de ellos, con lo cual gozan del derecho de otorgamiento y pago de pensiones de vejez, invalidez común y sobrevivencia, que se determina en la Ley SAP.
- Sistema Público de Pensiones (SPP), comprende los regímenes de invalidez, vejez y muerte administrados por el Instituto Salvadoreño

³⁸ Ley del INPEP, Artículo 1.

del Seguro Social (ISSS) y por el INPEP, incluyendo a los beneficiarios de los decretos 474 y 667.

El INPEP como una entidad oficial autónoma, con 28 años de experiencia en seguridad social e integrante del Sistema de Pensiones Público; creado con la finalidad de asegurar a los servidores civiles del Estado, al presentarse los riesgos de invalidez, vejez y muerte para quienes cumplan los requisitos de trámite de pensión o asignación y brindarles protección a su grupo familiar.

Es con esta finalidad que durante 1982, el Instituto crea la Sección de Servicio Social con el propósito de realizar visitas domiciliarias a los pensionados que lo requerían en los trámites de: autorizaciones de cobro, investigación de convivencia maritales, préstamos, estudios socioeconómicos y toda aquella solicitud del Departamento de Beneficios³⁹.

Durante el período de 1988-1990, el Instituto encamina sus esfuerzos hacia el logro de sus objetivos, contribuyendo a mantener el bienestar de su población protegida, a través de la elevación de la pensión mínima y la revalorización de las pensiones. Se inauguran de esta forma en el mes de abril de 1988 las Oficinas Regionales en las ciudades de San Miguel y Santa Ana; asimismo, se crearon Oficinas Facilitadoras en los departamentos de Ahuachapán, Chalatenango, Usulután, Morazán y La Unión, las cuales surgen ante la necesidad de atender a los usuarios en el trámite de pensiones, préstamos, afiliación y registro; en sus lugares de origen y evitar gastos de transporte hacia la Oficina Central.

³⁹ Fuente: *Memoria de Labores del INPEP, 1982.*

En agosto de 1989, se crea el Sistema Único Descentralizado del pago de pensiones que incorpora gradualmente a los pensionados para que realicen el cobro de sus pensiones, a través de las instituciones del Sistema Financiero que le sea más conveniente, mediante la cuenta personalizada.

En marzo de 1989, se adjudicaron las obras de construcción de la primera etapa del Centro de Recreación, que brinda esparcimiento a pensionados, el cual está ubicado en el kilómetro 73.5, Cantón El Zapote del municipio de San Luis la Herradura (Costa del Sol).

En el desarrollo de programas a la población pensionada, se realizaron diversas actividades, tales como: Charlas motivacionales, incorporación a actividades culturales y sociales; atención constante a problemas de investigación de maltratos a pensionados. Se brindaron además charlas de preparación psicológica a los asegurados próximos a pensionarse, dándoles a conocer el valor humano y el criterio de personalidad en la transición de la vida activa a la inactiva; todas estas actividades se realizaron durante 1990, fecha en que se inicia el trabajo con la población pensionada del Instituto.

Es a partir de 1991, que dentro del Plan Anual Operativo se plantean como **Objetivos** de las Políticas de Desarrollo Social:

- Brindar atención a la salud física y mental, así como a la utilización del tiempo libre de los pensionados; con la creación y mantenimiento de centros recreativos y de adiestramiento hacia otras actividades,
- Desarrollar y mantener programas de prestaciones sociales a la población adulta mayor, y

- Lograr que esta población se sienta útil y realizada, a través del uso adecuado de su tiempo libre; resaltando sus valores humanos y de personalidad.

Actualmente, el INPEP cuenta dentro de su estructura organizativa con el Departamento Atención de Pensionados quienes tienen a su cargo todo el trabajo con la población pensionada, dando así cumplimiento a Política Nacional de Atención a la Persona Adulta Mayor, al Plan de Acción de la Política Nacional de Atención a la Persona Adulta Mayor, a la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento.

El **Objetivo General** de este Departamento es “Asegurar a los servidores públicos civiles una pensión por invalidez, vejez y sobrevivencia que garantice una seguridad económica y social para la satisfacción de sus necesidades vitales básicas y elevar su calidad de vida, mediante el otorgamiento de otras prestaciones y servicios complementarios que permitan un envejecimiento pleno”.

Al mismo tiempo el INPEP, tiene como **misión** “Ser una entidad autónoma de derecho público, integrante del Sistema Nacional de Pensiones, cuya función es asegurar a los servidores públicos civiles una pensión por invalidez, vejez y sobrevivencia que garantice una mejor calidad de vida, así como otras prestaciones y servicios complementarios a sus pensionados, mediante la administración eficiente de los recursos”, y su **visión** es “Ser una Institución permanente con excelencia en el servicio de Seguridad Previsional, con amplia cobertura, sólida confianza y rentabilidad”.

Dentro de sus áreas de atención se encuentran “servicios” tales como las Pensiones, que son el funcionamiento principal de este departamento, y

consiste en brindar asesoría, para tramitar y otorgar las pensiones en las siguientes categorías:

- Pensión por vejez; y
- Pensión por invalidez.

Este departamento atiende en diferentes áreas al adulto mayor (pensionado por el INPEP), y dentro de la circunscripción territorial del departamento de San Salvador; pero también se pueden encontrar oficinas departamentales, ubicadas en Chalatenango, Cabañas, Sensuntepeque, La Unión, Morazán, San Miguel, Usulután, Sonsonate y Ahuachapán. Cada oficina atiende a los pensionados de su sector con sus diferentes programas.

b) Requisitos.

- Ser pensionado del INPEP; y,
- Mostrar disposición e interés a participar en todas las actividades recreativas, culturales y esparcimiento que se realicen.

c) Programas.

- **Visitas domiciliarias (área social)**, se realizan a pensionados que por su avanzada edad o enfermedad no pueden presentarse al Instituto a firmar su sobre-vivencia para que les sigan depositando su pensión; así como cuando hay denuncias de maltrato, de malversación de la pensión, si esta desligado, sino esta en las condiciones en que debe de estar esa persona.
- **Talleres de manualidades** en los cuales se imparten cursos tales como: repujado, arreglos florales, piñatería, productos de croché, bordado, y otros productos.
- **Talleres vocacionales**, se imparten clases de danza, guitarra, coro, música, teatro, ingles y gimnasia.

- **Programa de geroturismo**, se realizan excursiones a diferentes lugares del país, visitando playas, balnearios públicos y privados, caminatas eco-turísticas.
- **Actividades culturales o área de talleres**, las cuales son:
 - a) Celebraciones del Mes del Adulto Mayor, se realizan diferentes actividades culturales, recreativas y de esparcimiento durante el mes de enero.
 - b) Convivios a escala nacional con pensionados de las diferentes oficinas departamentales, en los meses de enero y junio.
 - c) Festival de Reinas de Pensionados, se realiza en el mes de junio con la participación de Reinas de las oficinas departamentales de entre las cuales se elige a una para que sea la Reina a nivel nacional de pensionados. A esta también se le conoce como el “día de la familia” denominación escogida por los pensionados.
 - d) Festivales Artísticos, en las ramas de canto, danza y teatro.
 - e) Fiestas Navideñas, se realizan en todas las oficinas departamentales y central del INPEP durante el mes de diciembre.
 - f) Exposición de Manualidades.
 - g) Feria de la Salud, se realiza en la oficina central de San Salvador en coordinación con el ISSS.
- **Programas de atención integral**, se realizan con el propósito de contribuir a la salud preventiva de la población pensionada por lo que se brinda:
 - a) Clínica Nutricional, esta a cargo de una Licda. en Dietología y Nutrición que brinda consulta a todos los pensionados que lo requieran a que por su condición de salud necesitan una consulta nutricional, todos los miércoles de 8:00 a.m. a 10:00 a.m.
 - b) Charlas Educativas, se imparten sobre temas que favorezcan la salud física y mental de las personas adultas mayores, con el fin de

contribuir a un envejecimiento exitoso y disminuir la incidencia de hábitos nocivos a la salud.

- **Comités permanentes de pensionados**, son grupos de pensionados que voluntariamente prestan sus servicios en diferentes áreas, con el propósito de apoyar a sus compañeros pensionados que se encuentran con problemas de salud o en situación de abandono; dentro de su trabajo voluntario colaboran en la organización de actividades recreativas, culturales y ocupacionales que permiten el desarrollo y la practica de los principios de solidaridad, espíritu de servicio y amor al prójimo. En la actualidad funcionan cuatro comités que atienden las aéreas de: Educación y Cultura; Atención Social; Capacitación; y, Orientación en Trámites Institucionales.

3.2.1.7 DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS A PENSIONADOS DEL ISSS.

a) Antecedentes.

Este lugar comienza a atender a los pensionados a nivel institucional, el 18 de octubre del 1988, nace como una oficina de prestaciones y servicios sociales a pensionados, directamente atendidos por trabajadoras sociales y enfocando la atención inicialmente en el área económica, es decir en el trámite de la pensión y la entrega de la misma, este es lo que se conoce como el IBM. A partir de ese momento, en el año 1988 se comienza a dar atención a nivel social, creándose el “Programa de Preparación para la Jubilación” eso implica que va enfocada alas personas que no son jubiladas pero que están próximas a jubilarse, se crea como un programa de ayuda, para todas aquellas personas que deseaban iniciar el proceso de jubilación que comprendía desde la parte económica, la parte social, la parte

psicológica y la parte medica, cuatro áreas especiales, para que los que estaban próximos a jubilarse consideraran que el retiro no tiene que ser un proceso traumático sino que por el contrario se observara como un cambio de acción, es decir de ser empleados pasarían a ser retirados, con mayor oportunidad de ocupar su tiempo de una forma diferente a los que habían hecho durante los últimos años.

Dentro del ISSS se encuentra “DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS A PENSIONADOS”, que es una dependencia especializada en brindar a nuestros Pensionados todos los programas sociales, con el fin de ofrecerles una jubilación exitosa, además de ayudarle a obtener oportunidades de integración, socialización y a practicar estilos de vida sana. Este Departamento esta diseñado para ofrecer a los pensionados oportunidades de integración y socialización, fortaleciendo la solidaridad y unidad por medio de un proceso grupal en las cuales se desarrollan actividades sociales, educativas, culturales y recreativas.

Actualmente funcionan 51 grupos en la zona metropolitana y 25 grupos en las diferentes sucursales del país.

Los **Objetivos** de los Programas a Pensionados son:

- Desarrollar un modelo sistemático de enseñanza para preparar positivamente a los derecho-habientes sobre el retiro laboral;
- Propiciar espacios de oportunidades de participación social, integración socialización, fortaleciendo la solidaridad y unidad en los pensionados;
- Satisfacer las necesidades e intereses de los pensionados mediante el desarrollo de talentos en el aprovechamiento del tiempo libre;

- Promover el desarrollo personal y de liderazgo en los pensionados, en la intervención y conducción de los diferentes programas;
- Desarrollar habilidades y potencialidades en los pensionados para la realización de actividades productivas que le permitan generar ingresos económicos;
- Enseñar a los pensionados sobre el auto cuidado de su salud por medio de sanos estilos de vida; y,
- Potenciar el apoyo comunitario para la asistencia de la población adulta mayor, fomentando una cultura de vejez por medio de la relación intergeneracional.

b) Requisitos.

- Ser pensionado o beneficiario del ISSS o coordinación ISSS-INPEP y AFP`s; y,
- Tener tiempo, interés y voluntad de participar y disfrutar de estos beneficios.

c) Programas.

- **Talleres Creativos** en: piñatería, pintura, manualidades, mimbre, lazo, costura, cestería, repujado y horticultura;
- **Esparcimiento Social** en: teatro, danza, rondalla, viajes turísticos, caminatas, festivales artísticos y torneos deportivos;
- **Atención y Auto-cuidado** en: conferencias Educativas, gimnasia, aeróbicos y chequeos de presión y otros;
- **Preparación para la Jubilación**, es un programa especial, que ofrece a los asegurados conocimientos básicos para hacer más fácil la transición entre trabajo y retiro, y esta dirigido a los trabajadores próximos a jubilarse. Se realiza a través de jornadas continuas y sistemáticas dentro de las empresas en las que se incluyen temas

relacionados con los aspectos físicos, económicos, sociales de la etapa de la vejez.

En el desarrollo del anterior programa intervienen profesionales de diferentes disciplinas, quienes ofrecen sus conocimientos y experiencias en beneficio de los asegurados. Estas jornadas además de ser formativas, son motivadoras ya que orientan a los participantes a planificar positivamente su nueva etapa de vida como jubilado.

3.2.2 INSTITUCIONES NO GUBERNAMENTALES.

3.2.2.1 CENTRO INTEGRAL DE DÍA “MARIA ÁLVAREZ DE STAHL” FUSATE.

a) Antecedentes.

En un principio fueron personas altruistas quienes tuvieron la iniciativa de velar por las personas Adultas Mayores, por lo que comenzaron a organizar grupos de Adultos Mayores en algunos departamentos incluyendo San Salvador, a estos grupos se les llamo “subfiliales” o “filiales”.

En los años de 1990 cuando se fundo e inicio el tramite para obtener la personería jurídica (21 de marzo de 1990) fue cuando se vio la necesidad de crecimiento y fue como en el año de 1992 se fundo el Primer Centro Integral de Día en Soyapango, hasta llegar a la actualidad que se cuentan con seis centros de día como lo son:

- Soyapango,
- Armenia,
- Colonia Costa Rica, San Salvador,
- Santa Tecla,

- Chalatenango, y
- Zacatecoluca

Actualmente existen 14 filiales y más de 96.000 subfiliales en todo el país. Las filiales son aquellas que se encuentran en cada cabecera departamental y se encuentran organizadas por una junta directiva; en cambio las subfiliales se encuentran en lugares mas alejados como en municipios, cantones pero también cuentan con su propia junta directiva. Además existe una junta directiva a nivel nacional que esta organizada por un equipo de voluntariado.

El equipo de voluntariado esta formado por personas que realizan sus practicas profesionales, que realizan su servicio social, o profesionales que donan parte de su tiempo para asistir al Centro como lo hacen algunos médicos que llegan una vez por semana a evaluar a las personas Adultas Mayores haciéndoles chequeos médicos rutinarios evaluando su salud.

FUSATE como una institución nueva innovo con una atención diferente de la que se conocía en el país en relación a las personas Adultas Mayores, ya que lo que se conocía eran Asilos, Hogares, entre otros; pero no “Centros de Día” y/o “Clubes” pues esto significo una nueva forma de atención para este sector; lo que busca esta institución como **Misión** “es mejorar la Atención de las personas Adultas Mayores y que se mantengan en relación con los diferentes ambientes sociales como lo son la familia, iglesia, comunidad”, ya que estar encerrados dentro de un Asilo o un Hogar en muchas ocasiones influye en su estado de ánimo, por ejemplo deprimiéndolos.

Este Centro en especial se fundo en el año de 1995 y en un comienzo formo parte del Asilo Zara, y era este quien le proporcionaba los alimentos a las pocas personas que lo visitaban, pero este servicio no era gratis sino que se pagaba para ello.

Fue en el año 2000 que el funcionamiento del Centro cambio, se hizo gratuito el servicio y lo único que se necesitaba para obtener los beneficios era que el interesado presentara dos fotografías una para formar su expediente y otra para la obtención de un carnet; por lo que se opto salir a las comunidades aledañas a dicho Centro para dar a conocer su existencia y los beneficios que otorgaba pues muchas personas no entendían que era un “Centro de Día”, fue de esta forma como la población fue en aumento y significo la implementación de nuevos programas además del tradicional como lo es la alimentación para suplir con las necesidades de las personas Adultas Mayores que lo frecuentaban.

Como lo hemos dicho anteriormente en un inicio los alimentos que este Centro proporcionaba eran donados por el Asilo Zara pero al aumentar la población se vio la necesidad con que el Centro contará con su propia cocina y así fue como se instala un lugar afuera del Centro para que funcione como tal pero dentro del mismo terreno.

En los últimos años el numero de voluntarios ha aumentado, lo que ha a significado una gran ayuda para que el Centro se desempeñe normalmente ya que de esta forma el funcionamiento del mismo, depende en su mayoría de estas personas que donan parte de su tiempo para colaborar en esta obra.

Al mismo tiempo los afiliados han aumentado y la población con la que cuenta actualmente el Centro son con mas de 108,000 Adultos Mayores aproximadamente, carnetizados hasta en mayo de 2007.

Dicho Centro de Día, como una entidad miembro de FUSATE tiene como **objetivos generales:**

- Contribuir a mejorar la calidad de vida,
- Hacer concientización y dar a conocer sobre los Adultos Mayores sus derechos y deberes, y
- Dar apoyo en emergencias (terremotos, tormentas) a los Adultos Mayores.

Específicamente como Centro de Día, contribuye a mejorar la calidad de vida y prevenir el deterioro del estado físico y mental, ya que como no se puede evitar el envejecimiento (que les salgan las canas, que caminen más lentos), si se puede ayudar a que ese deterioro no sea tan rápido, y una forma de ayudar a este propósito es evitar que un adulto mayor se encuentre solo, y esta es una razón importante por la que el Centro cuenta con mucha aceptación en la comunidad Adulta Mayor ya que brinda un espacio para que estas personas socialicen y compartan tiempo con otras diferentes personas pero con las mismos intereses.

b) Requisitos.

- Tener 60 años de edad o más;
- Poseer carné de afiliación; para ello debe de presentarse 2 fotografías tamaño cédula, 1 documento de identidad y 1 tipeo sanguíneo.

c) Programas.

- **Programa de recreación y esparcimiento:** Cumpliendo con el objetivo de “mantenerlos saludables emocionalmente”, la institución celebra como costumbre los cumpleaños de cada mes, y realiza además una excursión mensual a diferentes lugares turísticos de nuestro país.
- **Programa de alimentación:** Este Centro de Día atiende a las personas Adultas Mayores en el horario de ocho de la mañana a cinco de la tarde, de lunes a viernes, sin cerrar al mediodía. A todos los Adultos Mayores que llegan, se les ofrece refrigerio por la mañana, el almuerzo al mediodía y un otro pequeño refrigerio por la tarde.

En algunos casos a algunos Adultos Mayores se les otorga dotaciones de alimentos, pero esto es luego de realizar un estudio socio-económico como una forma de asegurar que la persona lo necesite en realidad y esto depende además de la cantidad de recursos con que cuente la institución para brindárselos.

- **Programa educativo:** Dentro de este programa se imparten estudios de Alfabetización que se coordina con instituciones para que lleguen a dar clases, en apoyo de este programa visitan la institución estudiantes en servicio social que el Ministerio de Educación las autoriza para que impartan clases a los Adultos Mayores, dichas alumnas visitan el Centro los días: lunes, martes y jueves por la tarde de 2:00 a 4:00 p.m.
- **Talleres:** Dichos talleres se imparten en la siguiente forma:
 - a) Los lunes y viernes, brindan un taller de lectura motivacional y espiritual.

- b) Los miércoles realizan el taller de manualidades de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- c) Los días jueves y martes se realizan ensayos de coro y de baile, se realizan en el horario de 11:00 a.m. a 12:00 m. ó de 1:00 p.m. a 2:00 p.m.
- d) El taller de Teatro comienza en octubre para preparar la Pastorela, donde muchas veces reciben invitaciones para ir a participar en presentaciones.
- e) En ocasiones se imparten cursos pequeños como de Carpintería o Cosmetología, pero no como una forma de trabajo para ellos, sino para que inviertan su tiempo reparando sus propios muebles en el caso del curso de carpintería, y en su cuidado personal en el caso del curso de cosmetología.

3.2.2.2 COMEDOR MAMA MARGARITA.

a) Antecedentes.

Por el año de 1986, el Padre Óscar Rodríguez Blanco y un grupo de cooperadores salesianos, se reunieron con el propósito de ver la forma de ayudar al prójimo de una forma diferente, y así fue como pensaron hacer algo por las personas Adultas Mayores que siempre se dejaban ver en los alrededores de la parroquia, y que eran considerados como indigentes ya que su área preferida era la entrada del templo, por lo que consideraron la idea que en lugar de darles una pequeña ayuda económica se les brindara una ayuda mas concreta por lo que se vio la necesidad de crear un comedor, en donde se les brindara por los menos dos tiempos de alimentación desayuno y almuerzo.

El Padre Óscar empezó a buscar ayuda, haciendo cartas y visitando a muchas personas y la obra de Dios no se hizo esperar. AID (Agencia Internacional para el Desarrollo) dono una cocina, ollas, refrigeradora y dinero para comenzar a comprar mesas y bancas.

En un principio el Comedor quiso instalarse en donde ahora funciona el parqueo de la Iglesia Don Rúa (espacio ocupado anteriormente por la Escuela Domingo Savio), por lo que se comenzó a construir la obra, entre otras cosas; la obra estaba por finalizar, cuando sucedió el terremoto del 10 de octubre de 1986 y todo el esfuerzo realizado se redujo a escombros.

La Comunidad Salesiana al ver lo sucedido, se conmueve y otorgan una casa ubicada junto a la Librería Salesiana, y fue en ese lugar donde comenzó a funcionar el Comedor, esto sucedió un 28 de enero de 1987. Estando ubicados ya en ese lugar, las personas comenzaron a colaborar con víveres y todo lo necesario para la alimentación de los primeros 60 ancianitos que se atendían a diario.

Desde entonces se atienden a más de 100 ancianitos diariamente, con el alimento espiritual que es tan importante para todo Hijo de Dios, preocupándose especialmente de darle amor, ternura, comprensión ya que son personas tan necesitadas de estos sentimientos, que tal vez en sus propios hogares son marginados o totalmente abandonados.

Además el Padre Óscar solicitó ayuda a diferentes instituciones, la cual fue brindada por la Organización Mundial Contra El Hambre, quien dono el dinero para la construcción del edificio que ahora cuenta el "Comedor" y fue inaugurado el 25 de noviembre del año 1988.

Se le puso Comedor “Mama Margarita” en honor a la Madre de Don Bosco que fue la primera cooperadora que tuvo Don Bosco, actualmente la administradora es la señora Ángela De Guerrero.

Los colaboradores del Comedor son feligreses de la Parroquia Maria Auxiliadora “Don Rúa”, en su mayoría. La participación promedia diaria es de 70% hombres y 30% mujeres.

Dicho Comedor cuenta con una población de 400 afiliados, de los cuales se mantiene un promedio diario de 120-150 adultos mayores a quienes se les imparte Desayuno a las 8.00 a.m. y Almuerzo a las 12.00 m.

b) Requisitos de Ingreso.

- Mayor de 60 años
- Examen del esputo (tuberculosis) o examen de pulmones
- Dos fotografías tamaño cédula; y,
- Documento Único de Identidad

Las únicas restricciones que hace el Comedor para sus afiliados son: a) no armas de fuego; b) no estado de embriaguez, y c) no peleas mientras permanezcan dentro de la Institución; de lo contrario reciben una sanción de 30 días durante los cuales se les deniega el derecho de participar de los beneficios que otorga el Comedor.

c) Programas.

- Asistencia espiritual, evangelismo cristiano católico;
- Asistencia medica;
- Asistencia alimentaría.

3.2.2.3 ASOCIACIÓN PARKINSON DE EL SALVADOR.

a) Antecedentes.

La enfermedad de Parkinson fue nombrada como tal hace 150 años, pero fue descubierta y descrita en 1817 por el médico británico Dr. James Parkinson, a nombre de quien le pusieron el nombre a dicha enfermedad; este padecimiento afecta la capacidad de una persona para moverse; y preciso es mencionar, que el Parkinson es de causas desconocidas, es por ello que le llaman parkinson hidropático, a la vez que no tiene cura alguna, pero existen medicamentos de reposición o de reemplazo, para tratar dicha enfermedad.

Después de haber descrito la enfermedad Parkinson, es necesario mencionar que en nuestro país, fue hasta el año de 1997, cuando el Dr. Ricardo López Contreras, con el apoyo del Colegio Médico que nace la iniciativa de constituir una asociación a favor de las personas que padecen la enfermedad del parkinson, debido que dicha enfermedad estaba abarcando una parte de la población muy significativa.

De esta manera, es que se logró en 1998, establecer una Junta Directiva Provisional que dio importancia y reconocimiento social, inclusive para con muchas personas jurídicas que en su momento aportaron su ayuda. En dicha junta, se encontraba como presidente de la asociación el pintor Camilo Minero, quien junto a su esposa y tesorera de la misma Sra. Carmen De Minero, aportaron mayor iniciativa e imagen social por ser personas de reconocimiento tanto nacional como internacional; asimismo, en la misma junta se contaba con la presencia de otro grupo de personas que demostraron empeño y esfuerzo para hacer posible la creación de la asociación. No mucho tiempo de ello, es que se cuenta con la presencia del

Ing. Antonio Contreras, quien asumió la vicepresidencia de la Junta Directiva Provisional, y quien tras el fallecimiento del Sr. Camilo Minero, optó por la presidencia de la asociación parkinson.

Fue hasta el año 2006, que se reconoce como persona jurídica, la hoy denominada Asociación Parkinson de El Salvador (APAES), la cual bajo Acuerdo Ejecutivo número 143, se aprobó y confirió su carácter como una entidad apolítica, no lucrativa ni religiosa. Mencionando que también se encuentra inscrita en el registro de la Secretaría Nacional de la Familia⁴⁰.

Como fuente de ingreso se cuenta con la aportación de sus miembros de \$2 Dólares en sus asambleas mensuales y \$10 Dólares anuales en la celebración de sus simposios. No obstante, que también se cuenta con las donaciones y cualquier otra contribución que son pocas pero de gran ayuda.

Actualmente se cuenta con 140 pacientes inscritos de los cuales 40 - 60 asisten a las reuniones mensuales, en donde se comparten experiencias y formas de tratar la enfermedad. Para cierre de año se celebra un Simposio Nacional, los cuales datan desde 1998 hasta nuestra fecha, en la que asisten aproximadamente 200-300 personas que padecen de dicha enfermedad, familiares, cuidadores y amigos.

La Asociación Parkinson tiene como **Objetivo General**: “Brindar apoyo material y psicológico a los enfermos de parkinson, a sus familiares, amigos y a personas responsables de su cuidado, fomentar el conocimiento científico de la enfermedad parkinson dentro de la comunidad, y realizar cursos de capacitación para profesionales en salud, cuidadores y amigos”.

⁴⁰ El 11 de abril de cada año, se celebra el Día Mundial del Parkinson.

Además tiene como **Visión**: “Crear una institución que ofrezca orientación y capacitación permanente para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson, cuidadores y grupo familiar; y como **Misión**: “Ofrecer orientación y asistencia social a las personas con enfermedad de Parkinson junto con su grupo familiar para suavizar el impacto físico, social y emocional que ocasiona esta dolencia”.

b) Requisitos de ingresos.

Podrán ser miembros todas las personas mayores de 18 años, sin distinción de sexo, raza, credo, religión e ideología política, que lo soliciten por escrito a la Junta Directiva.

c) Programas.

Con respecto a las actividades fundamentalmente se tiene:

- **Charlas** orientadoras para tratar la enfermedad, en las que están los Simposios anuales.
- **Excursiones** a lugares adecuados en los que no se corra peligro.
- **Reuniones sociales**, en las que se quiebran piñatas, música en vivo y baile.

**3.2.2.4 SOCIEDAD DE SAN VICENTE DE PAÚL EN EL SALVADOR,
“HOGAR DE ANCIANOS RAMÓN MELÉNDEZ”.**

a) Antecedentes.

A consecuencias del terremoto de 1986 en El Salvador, varios países a través del Consejo General Internacional⁴¹, acordaron enviar una ayuda

⁴¹ El Consejo General Internacional proporciona la dirección necesaria a los Consejos Nacionales y responde a los pedidos de ayuda para los proyectos del desarrollo, que vienen de los Consejos Nacionales de la Confederación Internacional de la Sociedad de San

económica para aliviar en alguna forma el dolor de nuestros hermanos necesitados, el fondo llegó aproximadamente a los \$91,428.57 Dólares, también se acordó que sería el Consejo General de la SSVP, aquel que dirigiera la entrega progresiva de estas cantidades de acuerdo a las necesidades.

Reunidos los miembros del Consejo Nacional de la SSVP, es que se evaluó la situación de dos maneras: Dada la magnitud del siniestro, varias comunidades de ayuda acudieron para la reconstrucción, esto siempre es un fenómeno que se da cuando ocurre este tipo de desastres naturales, pero una vez a pasado la emergencia las ayudas desaparecen.

La circunstancia en que nuestra sociedad se hallaba en esos momentos como sin albergue propio, o sin recursos para un programa de largo plazo, que decidió con la anuencia del Presidente General Internacional de la SSVP, iniciar el proyecto de construcción de un complejo habitacional para personas mayores que no tuvieran quien por ellas, y por ende tener en dicho proyecto la sede del Consejo Nacional de la SSVP, en un espacio propio.

El proyecto fue aprobado por unanimidad y gracias a la bondad de una de las personas que fueron los pioneros del Barrio San Jacinto de San Salvador, se hizo una donación con carácter de venta por lo que la Junta Directiva en ese entonces nombró al proyecto y luego al complejo con el nombre de esta persona "RAMÓN MELÉNDEZ".

Vicente de Paúl (SSVP) por todo el mundo. Dichos proyectos tienen por objeto aliviar el sufrimiento y fomentar la dignidad e integridad humana.

El proyecto fue elaborado por la arquitecta Berta Marina Meléndez Zelaya, y su autorización se dio para 1987, siendo aprobado por el Ministerio de Obras Públicas, fue el 16 de agosto de ese año cuando se celebraban la fiestas patronales, en honor a San Jacinto de Polonia, que fue bendecido el terreno y colocaba su primera piedra por el Arzobispado, Monseñor Arturo Rivera Damas.

Para 1988 los trabajadores de terracería habían finalizado y ya se comenzaba a vislumbrar lo que sería en un futuro la primera obra de carácter permanente. Para fines de 1989 las estructuras comenzaban a tomar forma y para fines de 1990 se contaba ya con parte del servicio externo, administración que en ese entonces se compartió con el trabajo de los jóvenes que atendían a los ancianos externos; para fines de 1991 ya casi la obra estaba terminada y se comenzaba a organizar la manera de un plan de trabajo para el futuro.

Fue el 21 de enero de 1992 cuando el hogar de ancianos abrió sus puertas a su primer interno, quien era de 90 años de edad; de allí en adelante el Hogar se convirtió en el oasis de muchos ancianos, no sólo por el hecho de brindarles un techo, ropa y un ligero alimento sino por el amor prodigado por aquellos que los han atendido.

Hoy en día se ha llegado al máximo de personas que se pueden atender con los recursos que se cuentan, por lo que se ha decidido hacer otro paro temporal de ingresos para realizar una nueva evaluación del trabajo y de sus necesidades.

Su **Objetivo Principal** es: “Brindar a los adultos mayores ingresados, la mejor atención que se pueda.”

b) Requisitos de ingresos.

- Llenar un formulario;
- No tener una enfermedad que requiera de atención especializada; y
- Con respecto a la condición económica se tiene:
 - a) Caridad: el anciano que no posee ninguna obligación económica;
 - b) Colaboración: donde una persona particular, familiar o el adulto mayor mismo paga una cuota simbólica.
- Con respecto a la persona responsable se tiene:
 - a) Familiar: que se responsabiliza por el interno;
 - b) Padrino: que es una persona particular que se responsabiliza subsidiariamente por el interno.

Hoy en día se cuenta con 37 adultos mayores ingresados, tanto hombres como mujeres que poseen 70 ó más años de edad. El hogar posee 16 años de funcionamiento. La mayor necesidad es de carácter económica, puesto que el hogar se encuentra muy altamente gravado tanto del pago de impuestos municipales como del pago del servicio de agua, los cuales de cierta manera, hacen que los servicios de atención a los adultos mayores sean reducidos.

Dentro de la Organización Interna tenemos: al Director: quien vela por todos los problemas generales, salvo excepciones que lo ameriten; a la Administradora: quien vigila y atiende los asuntos que suceden dentro del hogar; a las Señoras de las Conferencias: quienes poseen tareas diversas; a los Empleados: que prestan los servicios de mantenimiento del hogar; y finalmente, los Adultos Mayores residentes.

c) Programas.

- Alimentación.
- Atención en salud primaria.
- Psicología.
- Terapia.
- Servicio religioso.
- Alojamiento y dormitorio.
- Recreación

3.3 DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL.

3.3.1 INSTITUCIONES NO GUBERNAMENTALES.

3.3.1.1 ASILO SAN ANTONIO Y CASA DE LA MISERICORDIA.

a) Antecedentes.

Fundado el 28 de diciembre de 1929, por Monseñor Basilio Plantier. Inicia con 27 ancianas y 24 ancianos, bajo el cuidado de las Hijas de la Caridad. Al inicio las Señoras de la Caridad visitaban a los pobres en sus casas, llevándoles víveres, medicinas y ropas; se organizaban bonos para el reparto de leche a ancianitos indigentes y se solicitaba el apoyo de personas altruistas para el mantenimiento de la incipiente obra.

Después de varios años de esfuerzos, actividades y el apoyo de personas de gran corazón, el día el 27 de enero de 1946, se realizó la inauguración y bendición del Asilo “San Antonio”, bajo la dirección de Sor Cecilia Mora, Hija de la Caridad; y a iniciativa de Monseñor Basilio Plantier, se instaló en el asilo telares y una ganadería como fuente de sostenimiento y como terapia ocupacional a los que ahí residían.

El 26 de agosto de 1963, fallece Monseñor Basilio Plantier, y dejó heredado a las Señoras de la Caridad, el cuidado, administración y sostenimiento del Asilo San Antonio. Ante ello resaltamos que actualmente se encuentra ejerciendo el cargo de la administración Sor Genoveva.

En la actualidad se han unido, el Asilo “San Antonio” y “la Casa de la Misericordia”, esta última, desde que sufrió muchos daños a consecuencia de los terremotos. Asimismo, se cuenta con 117 ancianos, de los cuales, 70 son mujeres y 47 son hombres.

El **Objetivo Principal** “Es darse a Dios y a sus grandes amigos, enfermos y desvalidos”.

b) Requisitos de ingresos.

- Se ingresan a personas mayores de 78 años de edad;
- Que exista consentimiento del adulto mayor a ingresar;
- Con o sin persona responsable;
- Para pobres y abandonados;
- Gratuito y oneroso.

En cuanto al trámite se cumplen los siguientes pasos:

- Se solicitan los cupos;
- Se visita y se realiza un estudio socioeconómico;
- Se realizan exámenes de salud;
- Se ingresa o no al asilo.

La organización esta basada por Sectores los cuales son: asilo de mujeres, de hombres, misericordia, lavandería y cocina. Existiendo un personal de 26 sub-alternos, que tiene una tarea de distribución rotativas.

También cuenta con personal remunerado y ad-honore, de la misma manera con el apoyo de estudiantes y profesionales en salud. De ellos, existen 2 Médicos permanentes que devengan un salario.

La mayor necesidad es tanto alimentaría (por escasez de leche, entre otras) como de cuidado personal (uso de pampers).

c) Programas.

- Alojamiento;
- Alimentación;
- Vestuario;
- Salud;
- Terapia física y ocupacional;
- Recreación.

CAPITULO IV:

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

4.1 Metodología aplicada.

En el presente capítulo haremos un análisis de los resultados obtenidos en la investigación de campo realizada, y para ello utilizaremos el Muestreo Probabilístico y el del Muestreo Selectivo de Informantes Claves.

Las Técnicas utilizadas fueron el de la Encuesta, dirigida a las personas adultas mayores y la Entrevista, estructurada o dirigida, a profesionales involucrados en la atención de la persona adulta mayor, lo que significó un gran aporte para tener más claridad de los aspectos y avances que iban surgiendo en el avance del tema.

Por lo tanto, la muestra con la que se trabajó fue de 384, lo que significó la cantidad de encuestas que había que trabajar, pero a la vez dicha cantidad se dividió en zonas porque resulta necesario, para nuestra investigación, recabar información sobre aquellos los departamentos que contaban con mayor población de personas Adultas Mayor en el país.

Dichos departamentos fueron: Santa Ana, San Salvador y San Miguel, por ser estos, los que cuentan con mayor población adulta mayor en sus respectivas cabeceras; como se dejó claro en los capítulos anteriores, sobre los datos recabados en el último censo de población y vivienda, en cada

departamento las encuestas que se pasaron fueron de 128, lo que hacia un total de 384 la cual es la muestra original.

4.2 Datos generales de la población adulta mayor encuestada.

4.2.1 Departamento de Santa Ana.

En el Departamento de Santa Ana los datos recabados de la población encuestada es del 75% hombres y un 25% mujeres, entre las edades de 60 a 78 años hombres y de 60 a 86 años mujeres.

De las personas encuestadas un 56% (hombres y mujeres) manifiestan que viven con sus familiares, y del resto un 36% prefiere vivir solo, un 5% duermen en dormitorios públicos y un 3% viven en asilos.

Al cuestionarlos sobre el conocimiento de instituciones tanto públicas como privadas que ayuden al adulto la mayor, un 73% dijeron, no conocer alguna institución que brinde o colabore con los adultos mayores, pero el 27% restante asegura haber escuchado de ellas por medios de los medios de comunicación⁴², por lo consiguiente, hay muchas personas que no saben que existe una clasificación de privadas y publicas⁴³. Pero aun así, existe un 22% de la Población Adulta Mayor que es miembro de alguna Institución, un 75% no lo es y el resto un 3% prefiere guardar silencio⁴⁴.

Por esta razón, un 36% no quiere pertenecer o ser miembros de una Institución que ayude al Adulto mayor, pero un 44% (hombres y mujeres) si

⁴² Ver Cuadro 13 en la Presentación de Resultados.

⁴³ Ver Cuadro 14 en la Presentación de Resultados.

⁴⁴ Ver Cuadro 15 en la Presentación de Resultados.

les gustaría pertenecer a una, siempre y cuando, ellos obtengan algún beneficio propio y el resto un 20%, prefiere no dar alguna opinión al respecto⁴⁵.

En relación a la aptitud que tiene el gobierno para ayudar a este sector de la población a solventar las necesidades básicas a que se ven envueltos diariamente, la opinión en su mayor parte fue negativa en un 67% de los encuestados, el 33% restante nos menciona que el gobierno esta tratando de apoyarlos pero que dicha ayuda no es suficiente y además no llega a todos⁴⁶.

Al preguntar a la población encuestada si alguna vez han recibido ayuda por parte del gobierno o alguna otra Institución, independientemente esta ayuda sea alimenticia, educacional, de vivienda, de empleo, de salud a alguna otra, el 84% respondió que ninguna vez el gobierno les ha ayudado y un 16% respondió positivamente⁴⁷.

Es importante hacer notar que mucha de la población Adulta Mayor no alcanza a solventar por si misma sus necesidades, y esto se deja claro con los datos siguientes: a) Económicas, del 100/1% , del 75/5%, del 50/27%, del 25/58% y el resto un 0/9% no pude mantenerse por si solo, esto deja claramente visible la necesidad de la población a recibir ayuda, b) Salud Y Alimentación, de 100/0%, de un 75/9%, del 50/18%, de 25/62% y un 0/11% , c) Vivienda, 100/25%, de 75/4%, 50/29%, de 25/29%, y un 0/13% simplemente no puede, d) Trabajo, toda esta situación hace que algunas de estas personas busquen la forma de ganarse la vida con

⁴⁵ Ver Cuadro 16 en la Presentación de Resultados.

⁴⁶ Ver Cuadro 17 en la Presentación de Resultados.

⁴⁷ Ver Cuadro 18 en la Presentación de Resultados.

pequeños trabajos que por supuesto les permita solventar sus necesidades diarias y es por eso que del 100/0%, del 75/5%, del 50/28%, 25/47%, y un 0/20% no les queda otra opción “pedir” en las calles⁴⁸.

Si bien es cierto que la Secretaria Nacional de la Familia es la encargada de velar por la protección de las personas Adultas Mayores en todo el territorio nacional, no toda la población conoce de ella y por consiguiente también desconoce de los programas que esta realiza a favor de ellos, pues solamente un 7% nos menciona, haber escuchado alguna vez de su existencia por medio de los medios de comunicación, el 93% restante desconoce de ella y a lo que se dedica⁴⁹.

Por lo tanto al preguntarles si han recibido alguna vez su ayuda o desearían recibirla, la mayoría prefirió mantenerse en silencio(71%) y solo un 29% respondió que si les gustaría que la ayude llegue⁵⁰.

Los datos reflejan que la población requiere de atención más específica por parte el Estado y es la misma población quien ofrece las áreas en las cuales ellos han detectado mayor problema, y estas son: a) un 18% considera que falta ayuda Económica, b) un 7% se inclina por el área de Salud Y Alimentación, c) un 5% necesita ayuda en relación a Empleos, d) un 4% manifiesta que les gustaría tener una Vivienda propia, e) un 2% desearía que las Pensiones se adecuaran en relación a la calidad de vida, f) un 1% manifiesta que les gustaría mas programas Recreativos, g) pero un 58% considera que la ayuda debe darse en Todas las Áreas, y h) solamente el 5% de la población se resigna a su

⁴⁸ Ver Cuadros del 19- 22 en la Presentación de Resultados.

⁴⁹ Ver Cuadro 23 en la Presentación de Resultados.

⁵⁰ Ver Cuadro 24 en la Presentación de Resultados.

situación y no espera ayuda de ninguna forma, ya que se consideran víctimas de la sociedad y que solo los toman en cuenta para hacer política⁵¹.

Se les pregunto también si conocían la existencia de la “Ley de Atención Integral del Adulto Mayor” creada en el año 2002, y de como calificaban la atención después de ese año hasta el día de hoy y la repuesta que se obtuvo demostró que: un 7% la considera buena, un 25% manifiesta se sigue igual, un 33% que es regular, y el 35% afirma que la situación es mala y que no espera una solución inmediata⁵².

En relación a la salud, se les cuestiono con que regularidad visitaban una Clínica de salud o algún Medico Particular a lo que respondieron en su mayoría, un 71% que efectivamente las visitas al médico se incrementa con el paso de los años, y el 29% manifestó que son raras las ocasiones en que requieren de tratamiento médico pues gozan de buena salud⁵³.

A las personas que dijeron que sus visitas médicas eran frecuentes, se les hizo la siguiente interrogante, ¿Cual era el tipo de enfermedad que padecían? a lo que respondieron: enfermedades del Aparato Digestivo 18%, del Aparato Cardiocirculatorio 5%, del Sistema Nervioso un 11%, del Aparato Sensorial 5%, del Sistema Urinario 6%, del Sistema Osteoarticular 13%, de Enfermedades Endocrinas y Metabólicas 7%, y el resto un 35% se limito a contestar que nada más sufrían de procesos virales como la gripe⁵⁴.

⁵¹ Ver Cuadro 25 en la Presentación de Resultados.

⁵² Ver Cuadro 26 en la Presentación de Resultados.

⁵³ Ver Cuadro 27 en la Presentación de Resultados.

⁵⁴ Ver Cuadro 28 en la Presentación de Resultados.

Un elemento de vital importancia para nuestra investigación era el hecho de la “Violencia” a que muchos adultos mayores se ven envueltos dentro de la sociedad misma, y la respuesta fue que el 65% dijo que ellos no han sufrido de ese problema, pues tratan la manera de alejarse de situaciones problemáticas, pero un 35% acepto con honestidad que en algunas ocasiones si habían sido víctima de violencia⁵⁵.

Por lo tanto, al preguntarles en relación al mismo tema, a las personas que respondieron positivamente, fue el 35%, se les cuestiono de que tipo de violencia han sido víctima, sea esta física, psicológica, o si de las dos clases y de quienes, si fue por parte de su familia o de particulares, los que contestaron que de su familia dijeron: violencia física un 9%, psicológica un 21% y un 5% dijo que de los dos tipos; y el porcentaje de quienes han sido víctima de violencia por los particulares fue: física 9%, psicológica 20%, y de las dos un 6%⁵⁶.

4.2.2 Departamento de San Salvador

En este Departamento existe un 51% de adultos mayores que no conocen alguna institución que vele por ellos, el resto un 49% si conocen alguna, pero de este último total un 18% dice que es pública, y un 41% que es privada, el resto, un 41%, no sabe que tipo de clasificación tiene⁵⁷.

Del total de adultos mayores encuestados, se logra determinar que la mínima cantidad del 29% son los que pertenecen o son miembros de una institución que brinde atención al adulto mayor, los demás, quienes son el

⁵⁵ Ver Cuadro 29 en la Presentación de Resultados.

⁵⁶ Ver Cuadro 30 en la Presentación de Resultados.

⁵⁷ Ver Cuadro 13 y 14 en la Presentación de Resultados.

71% no lo son⁵⁸, por lo que se les pregunto ¿Les gustaría pertenecer o ser miembros de alguna institución? a lo que un 40% respondió negativamente, un 31% si les gustaría ser miembros de ellas y el resto un 29% prefirió no dar ninguna opinión al respecto⁵⁹.

Además se a logrado determinar porcentualmente a los Adultos Mayores que consideran que el gobierno brinda la ayuda necesaria para solventar sus necesidades básicas, donde se tiene que un 11% manifiesta que si se dicha ayuda y el 89% niega la misma⁶⁰. No obstante, se ha llegado conocer que solamente un 26% del total de la población Adulta Mayor afirma que han sido beneficiados con alguna ayuda de alimentos, salud, empleo, educación y vivienda sin aun determinar en que medida y el tipo de institución por la cual han sido beneficiada, por el contrario el resto un 74% respondió negativamente⁶¹.

De lo anterior es que se estudia el porcentaje que tienen los Adultos Mayores para solventar sus necesidades básicas y tenemos que las Económicas las satisfacen de la siguiente manera: en un 100/4%, en un 75/13% y en un 50/21%, en un 25/61% y en un 0/1%. De la misma manera tenemos que las de Salud y Alimentación las satisfacen así: 47% de la población en un 25%; 29% de la población en un 50%; 75% de la población en un 20%; así mismo en un 100/4% y un 0%, no logra ningún adulto mayor estar en dicha situación, en lo que respecta al departamento de San Salvador. En cuanto a Vivienda tenemos que un 30% de adultos mayores habitan en casa propia; un 16% en casa de familiares y/o amigos; un 27% alquilan una vivienda, y el resto que es el 27% ambulan por las calles o no

⁵⁸ Ver Cuadro 15 en la Presentación de Resultados.

⁵⁹ Ver Cuadro 16 en la Presentación de Resultados.

⁶⁰ Ver Cuadro 17 en la Presentación de Resultados.

⁶¹ Ver Cuadro 18 en la Presentación de Resultados.

mantienen una estabilidad para habitar una casa. Finalmente, se logra conocer que las medidas en que solventan las necesidades de trabajo solamente el 100/7% del total de la población objeto de estudio atiende un negocio propio y se mantiene de él; un 75/10% es empleado activo; un 50/24% atiende negocios sin jornadas y horarios laborales establecidos; un 25/43% son empleados inactivos y son mantenidos de alguna manera por otras personas o pensiones; y por último, se verifica que un 0/16% no trabaja y sus familiares o amigos cuidan totalmente de ellos⁶².

En relación al porcentaje de Adultos Mayores que no conocen los programas que brinda la Secretaría Nacional de la Familia un 79% respondió de forma negativa, el resto y con el un 21% si conocen de dichos programas⁶³, pero tomando en cuenta ese último total, un 5% manifiesta que ha sido beneficiado por alguno de los programas de la Secretaría y un 95% de la población Adulto Mayor como no conocen dichos programas, por lo tanto no han sido beneficiados por ninguno de ellos⁶⁴.

Así mismo, encontramos diferentes áreas donde el Adulto Mayor tiene una mayor falta de atención, y dentro de las cuales tenemos que en el área Económica hay un 10% que manifiesta que encuentra una mayor falta de atención, se tiene también, que en el área de Salud y Alimentación hay un 10%, un 9% en Vivienda, un 5% en Recreación, un 20% en Pensión, un 6% consideran que hay mucha falta de Empleo para las personas adulto

⁶² Ver Cuadros del 19-22 en la Presentación de Resultados.

⁶³ Ver Cuadro 23 en la Presentación de Resultados.

⁶⁴ Ver Cuadro 24 en la Presentación de Resultados.

mayor, y un total del 40% de los cuales consideran que, en todas las áreas mencionadas anteriormente, hay una gran falta de atención⁶⁵.

Al decirles a las personas adultas mayores, que en el año 2002 se creó la “Ley de Atención Integral del Adulto Mayor”, manifestaron que no sabían de la existencia de dicha ley, pero algunos sí habían escuchado acerca de ella y al cuestionarlos como es la situación con la entrada en vigencia de una ley que está a favor de sus derechos, se obtuvo el siguiente resultado, un 13% de la población considera que dicha ley es buena, al contrario de esto, un 44% la considera como mala. En ese mismo sentido tenemos que un 9% manifiesta que dicha ley está en el estatus regular, mas sin embargo un 34% afirma que si situación no a cambiado en absoluto y sigue igual que antes de la creación de la ley⁶⁶.

Al analizar a la Población Adulto mayor, en general, tenemos que en San Salvador hay un porcentaje del 26% de los cuales no han asistido, en su vejez, a ninguna Clínica de Salud o un Médico Particular. Contrario a eso contamos con un 74% que si asiste regularmente a control⁶⁷.

Al detallar a las personas que han visitado una Clínica de Salud o un Médico Particular, les cuestionamos que tipo de enfermedad padecen y por la cual visitan una clínica, a lo que un 4% respondió que las enfermedades que sufren en reiteradas ocasiones son del Aparato Digestivo, un 9% del Aparato Respiratorio, no así un 19% de las que consideran que sufren con un mayor porcentaje del Aparato Cardiocirculatorio; otro porcentaje nos menciona (un 4%) del Sistema

⁶⁵ Ver Cuadro 25 en la Presentación de Resultados.

⁶⁶ Ver Cuadro 26 en la Presentación de Resultados.

⁶⁷ Ver Cuadro 27 en la Presentación de Resultados.

Nervioso, un 10% del Aparato Sensorial, un 3% de Enfermedades Endocrinas y Metabólicas y un 6% de la población sufre más del Aparato Urinario. Y encontramos que porcentaje de la población encuestada padece del Sistema Osteoarticular, un 23%, de igual manera hay otro 22% de la población adulto mayor que consideran que sufren más de otras enfermedades y no de las mencionadas anteriormente⁶⁸.

Al preguntar a las personas Adultas Mayores si alguna vez han sido víctimas de violencia, es lastimoso observar que en efecto un 26% de personas Adultas Mayores han sido víctimas de violencia, pero por el contrario un 74% manifestó que nunca han sufrido por ser víctimas de violencia⁶⁹. Por lo tanto hacemos una clasificación de violencia para detallar que tipo de violencia es la que han sufrido los adultos mayores que respondieron positivamente, por lo que tenemos que maltrato por parte de la familia hay un 6% de la población sufrió violencia física, otro 6% de la población violencia psicológica, así mismo contamos que un 14% de población manifestó que han sufrido ambos tipos de violencia por parte de la familia.

Además, las encuestas demostraron que los Adultos Mayores son muy vulnerables ya que también han sufrido violencia por parte de los particulares, siendo que un 9% ha sufrido violencia física, un 10% psicológica y paradójicamente tenemos que un 7% han sufrido estos dos tipos de violencia⁷⁰.

⁶⁸ Ver Cuadro 28 en la Presentación de Resultados.

⁶⁹ Ver Cuadro 29 en la Presentación de Resultados.

⁷⁰ Ver Cuadro 30 en la Presentación de Resultados.

4.2.3 Departamento de San Miguel.

En este departamento la población Adulta Mayor es de 4,224 habitantes (hombres y mujeres), un 77% manifiesto no tener conocimiento alguno de la existencia de instituciones que se dediquen a prestar servicios a las personas adultas mayores, por el contrario un 23% manifiesto que si conocen por lo menos una⁷¹. Y al cuestionarlos sobre si saben si es publica o privada, un 17% manifestaron que es institución pública, otro 77% dice conocer alguna institución privada y el resto 6% no tiene conocimiento alguno al respecto⁷².

Del total de Adultos Mayores encuestados, y que no son miembros de una institución dijeron que a pesar de no pertenecer a ninguno de esos entes, un 23% si les gustaría ser miembro de alguna, en consecuencia, los otros 77% no les gustaría ser parte de ninguna institución que vele por sus necesidades⁷³.

Posteriormente, un 54% de habitantes niega que el gobierno brinde la ayuda necesaria para solventar sus necesidades básicas, en consecuencia, el 46% de ellos afirma que el gobierno si les ayuda⁷⁴.

Ahora bien, para llegar a conocer en mas afondo sobre el tipo de ayuda brindada por parte de alguna institución, sea esta pública o privada, tenemos que en cuanto a salud, alimentación, empleo, vivienda y educación, solamente un 15% a recibido de alguna manera estos

⁷¹ Ver Cuadro 13 en la Presentación de Resultados.

⁷² Ver Cuadro 14 en la Presentación de Resultados.

⁷³ Ver Cuadro 15-16 en la Presentación de Resultados.

⁷⁴ Ver Cuadro 17 en la Presentación de Resultados.

beneficios, los demás que son el 85% no han tenido oportunidad de recibir ayuda alguna⁷⁵.

Determinando el análisis, tenemos que el porcentaje en que la población adulta mayor logra percibir algunos ingresos económicos para tener un vida digna es: en un 75% de ingresos, solamente el 15% de habitantes; en un 50% el 38% de ellos; en un 25% el 46% de dicha población; y, dentro del 0%, es nada más que el 1% pero con suerte son económicamente sostenidos por otras personas; es importante mencionar que ningún adulto mayor en este departamento percibe lo necesario económicamente (un 100%) como justo y/o digno para vivir⁷⁶.

En ese mismo sentido, en este departamento las personas adultas mayores satisfacen sus necesidades de salud y alimentación de la siguiente manera: en un 25%, solo el 23% de dicha población logra satisfacer esas necesidades, en un 50% el 54% de ellos; en un 75% , un 23% de los mismos; pero ninguno de los encuestados manifestó que cubren en un 100% dichos gastos lo que da a entender que ninguna persona logra cubrir estas necesidades de una forma efectiva en lo que respecta a la atención de salud y alimentación⁷⁷.

En relación al porcentaje de adultos mayores que son propietarios de una vivienda ascienden al 46%; un 15% habitan en casa de familiares y/o amigos; distintamente un 38% alquilan un lugar para vivir; y por ultimo solo el 1% habitan en lugares inseguros y degradantes⁷⁸.

⁷⁵ Ver Cuadro 18 en la Presentación de Resultados.

⁷⁶ Ver Cuadro 19 en la Presentación de Resultados.

⁷⁷ Ver Cuadro 20 en la Presentación de Resultados.

⁷⁸ Ver Cuadro 21 en la Presentación de Resultados.

Al hacer mención de las personas que aun trabajan, nos damos cuenta que un 31% atiende negocios propios; contrario a lo anterior un 15% negocios ajenos; y de manera eventual un 8% de habitantes labora sin horarios y jornadas preestablecidas; cabe mencionar que un total del 46% no desempeña ninguna función laboral y que a lo mejor también gozan de pensiones o de ayuda de terceras personas⁷⁹.

Los Adultos Mayores que conocen los programas que brinda la SNF⁸⁰ son el 31%, los otros 69% niegan tener conocimiento de la existencia de dichos programas⁸¹. Mas no existe ninguna persona encuestada que haya sido beneficiada directamente por la institución en mención⁸².

Al estudiar el área mas necesitada en cuanto a la Atención Integral de la población Adulta Mayor en San Miguel, tenemos los siguientes registros: un 8% dice que el problema se centra en que las pensiones no alcanzan a satisfacer sus necesidades; un 15% dice que el problema esta en el área de la salud y la alimentación debido a que no son las adecuadas; otro 31% manifiesta que la mayor falta se sitúa en el factor económico por ser este pilar fundamental; y un 46% declaran que en todas las áreas existe falta de atención para los adultos mayores⁸³.

En cuanto a la calificación hecha por la misma población sobre la Atención Integral brindada por parte del gobierno y en cumplimiento de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor tenemos que un

⁷⁹ Ver Cuadro 22 en la Presentación de Resultados.

⁸⁰ Secretaria Nacional de la Familia

⁸¹ Ver Cuadro 23 en la Presentación de Resultados.

⁸² Ver Cuadro 24 en la Presentación de Resultados.

⁸³ Ver Cuadro 25 en la Presentación de Resultados.

8% la califica como buena, otro 38% dice que es una atención mala, y un 54% que es la mayoría la pondera como una ley de aplicación regular⁸⁴.

En cuestiones de salud, las personas que tienen igual o más de 60 años, declara que un 92% de dicha población ha visitado periódicamente una Unidad de Salud o medico particular para tratar una o mas enfermedades de las cuales padece, el porcentaje restante un 8% declara que no ha asistido porque goza de buena salud⁸⁵.

La población Adulta Mayor de San Miguel que manifiesta padecer de alguna enfermedad es: un 22% padece de una enfermedad que daña el Aparato Digestivo como las de reflujo gastroesofágico, ulcera gástrroduodenal, colecistopatía calculosa, colecistitis, cáncer de colon; asimismo, un 8% dice padecer de una enfermedad que daña el Aparato Respiratorio como la neumonía, gripe, bronquitis crónica, enfisema, EPOC, cáncer de pulmón; igual que la anterior, un 8% dice padecer de una enfermedad que perjudica el Aparato Cardiocirculatorio como infarto de miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardiaca, enfermedad embólica, hipertensión, hipotensión ortostática, arterioesclerosis obliterante, tromboflebitis, síndrome varicoso; un 10% padece de enfermedades que deterioran el Aparato Sensorial como cataratas, glaucoma, sordera, síndrome vertiginoso; un 4% de padece de aquellas que dañan el Aparato Urinario como hiperplasia prostática, incontinencia urinaria, infecciones urinarias, cáncer de próstata, litiasis urinaria, cáncer de vejiga, insuficiencia renal; el 0.5% sufre de enfermedades del Sistema Nervioso y otro 0.5 del psíquico; un 44% sufre de enfermedades que perjudican el Sistema Osteoarticular como artrosis, fracturas, osteoporosis, artritis metabólicas,

⁸⁴ Ver Cuadro 26 en la Presentación de Resultados.

⁸⁵ Ver Cuadro 27 en la Presentación de Resultados.

enfermedad de Paget; otro 2% padece de enfermedades Endocrinas y Metabólicas como diabetes, hipotiroidismo, deshidratación, hipokalemia, obesidad, malnutrición; y finalmente un 1% manifiesta padecer de otro tipo de enfermedades⁸⁶.

Para finalizar el análisis proporcionamos un aporte de las personas adultas mayores que han sido víctima de violencia en este departamento y de ello tenemos que un 31% declara haber estado en esa calidad, pero no se logro determinar que esa persona haya interpuesto una denuncia ante la autoridad competente (ya sea administrativa o públicas) por la desconfianza que generan estas instituciones en relación a hacerle frente a la delincuencia; los demás que son el 69% manifiesta que no han sido víctima de violencia o agresión por saber dirigirse correctamente en la vida para con sus semejantes. Ahora bien, de aquellos que dijeron que si han sufrido maltrato, algunos de ellos declaran que el maltrato lo recibieron por parte de su familia y en su mayoría el maltrato sufrido era maltrato psíquico y en muy raras ocasiones físico⁸⁷.

4.3 Crecimiento poblacional de la categoría adulta mayor.

4.3.1 Registros nacionales.

Como ya se menciona en lo expuesto del Capítulo II de este estudio, se ha decidido no detallar nuevamente los datos referidos, pero hemos optado por explicar detenidamente la importancia del estudio que requiere un país ante la evolución de la población adulta mayor.

⁸⁶ Ver Cuadro 28 en la Presentación de Resultados.

⁸⁷ Ver Cuadros 29 y 30 en la Presentación de Resultados.

Para ello, retomamos que durante los años de 1992-2007 la población adulta mayor y según los censos poblacionales ha crecido lentamente al situarse en un porcentaje de 2.48%, en comparación a los censos anteriores de los años 1950-1961, 1961-1971 y 1971-1992 correspondientes al 3.72%, 3.26%, y 3.27% respectivamente; salvo excepción del primero de ellos, el cual es de los años 1930-1950 y equivalente al 2.04%⁸⁸. Lo anterior, desilusiona por tener presente que para el año 2007 se contaba con una proporción poblacional del 9.44% de personas adultas mayores del total de la población nacional de El Salvador, cuando la misma proporción ha sido menor a la proyectada para el mismo año y según el censo del año 1992 que establecía el 9.94%; Pero en cierta manera, es de admirar su evolución, debido que la misma proporción ha demostrado incremento sobre la población total registrada durante los años de 1930, 1950, 1961 y 1992 correspondientes al 4.30%, 4.99%, 5.49% y 7.39% respectivamente; a excepción del año 1971 con un porcentaje de población adulta mayor de 5.37%, que no fue mayor a su antecesor y ni aún a sus posteriores, dato que talvez sea deducido por los posibles efectos de la guerra que en su momento afecta y eleva el índice de mortalidad nacional⁸⁹.

4.3.2 Registros departamentales.

Cabe mencionar que en el año 2007, a nivel departamental la población adulta mayor estaba distribuida de la siguiente manera: San Salvador, con 144,529 ó el 26.66% de su total (542,191); La Libertad, con 56,693 ó el 10.46% de su total; Santa Ana, con 52,604 ó el 9.70% de su total; San Miguel, con 44,224 ó el 8.16% de su total; Sonsonate, con 36,915 ó el 6.81% de su total; Usulután, con 36,153 ó el 6.67% de su total; La Paz, con

⁸⁸ Ver Cuadro 2 de Anexos, Tabulaciones.

⁸⁹ Ver Cuadro 3 y 3-1 de Anexos, Tabulaciones.

28,138 ó el 5.19% de su total; La Unión, con 26,996 ó el 4.98% de su total; Ahuachapán, con 26,880 ó el 4.96% de su total; Cuscatlan, con 20,660 ó el 3.81% de su total; Chalatenango, con 19,619 ó el 3.62% de su total; Morazán, con 18,139 ó el 3.34% de su total; San Vicente, con 16,465 ó el 3.03% de su total; finalmente, Cabañas, con 14,176 ó el 2.61% de su total; y proporcionalmente, con sus variables tasas de crecimientos inter-censales siguientes: 1.97%, 3.24%, 2.45%, 2.20%, 2.73%, 2.79%, 2.41%, 2.29%, 2.93%, 3.02%, 2.80%, 2.96%, 2.26% y 2.72%⁹⁰.

En cambio en el año 1992, el departamento de San Salvador mantuvo la más elevada tasa de crecimiento inter-censal correspondiente al 4.71%, y el departamento de San Vicente marcó la menor tasa en mención con el 1.31%⁹¹.

4.3.3 Registros por cabeceras.

A nivel de cabeceras tenemos recientemente que las más pobladas de la categoría objeto de estudio y para suerte las más representativas de las zonas del país son: en primer lugar la de San Salvador con 41,163 ó el 7.59%; en segundo lugar, la de Santa Ana con 25,764 ó el 4.75%; y en tercer lugar, la de San Miguel con 21,179 ó el 3.91%. Dentro de las cabeceras que se clasifican como las menos pobladas tenemos en su orden las siguientes: Santa Tecla con 12,405 ó el 2.29%; Ahuachapán con 9,557 ó el 1.76%; Usulután con 7,670 ó el 1.41%; Sonsonate con 7238 ó el 1.33%; Zacatecoluca con 6,315 ó el 1.16%; San Vicente con 5,413 ó el 1.00%; Cojutepeque con 5,028 ó el 0.93%; Sensuntepeque con 4,133 ó el 0.76%; La Unión con 3,897 ó el 0.72%; Chalatenango con 3,222 ó el 0.59%; por último,

⁹⁰ Ver Cuadro 4 en la Presentación de Resultados.

⁹¹ Ver Cuadro 5 en la Presentación de Resultados.

San Francisco (Gotera) con 2,166 ó el 0.40%. También mencionamos que sus variables tasas de crecimientos inter-censales, tanto de las mas pobladas como de las menos pobladas, proporcionalmente son: 0.45%, 2.36%, 2.55%, 2.97%, 3.03%, 3.04%, 1.64%, 2.35%, 2.28%, 2.31%, 2.60%, 1.99%, 2.05% y 2.75%⁹².

Determinados que se tienen los registros de la proporción poblacional de los censos de 1992 y 2007; asimismo, supongamos que la tendencia del indicador demográfico se mantenga se espera para el año 2015 la cantidad de 659,577 adultos mayores a nivel nacional, correspondientes al 10.78% del total de la población nacional que para ese año aproximadamente sería de 6,117,339; y de igual forma, en el departamento de San Salvador la cantidad de 168,941; en La Libertad 73,167; en Santa Ana 63,843; y en San Miguel 52,634; ellos como los más densamente poblados en cuanto a adultos mayores se refiere al tener actualmente el 54.97% y en aquel futuro el 54.37% de sus mismas categorías.

4.4 Población adulta mayor por área y sexo.

4.4.1 Registros nacionales.

Una vez obtenida la cantidad de personas adultas mayores, hacemos énfasis al porcentaje poblacional de las áreas en que se concentra el mayor y menor número de ellos a nivel nacional. Es así que tenemos en el área urbana un total de 347,870 adultos mayores, de los cuales 144,589 son hombres y 203,281 son mujeres. Contrario a lo anterior es que tenemos en el área rural un total de 194,321 adultos mayores de los cuales 95,407 son

⁹² Ver Cuadro 6 en la Presentación de Resultados.

hombres y 98,914 son mujeres. De los datos mencionados, podemos determinar que en el área urbana existe mayor índice poblacional equivalente al 64.16%, que en comparación al resto del área rural, esta se sitúa con la mínima cantidad de 35.84%. También hacemos referencia, que las mujeres aventajan a los hombres tanto en el área rural como en el área urbana, donde proporcionalmente tenemos el 50.90% de ellas contra el 49.10% de ellos y el 58.44% de ellas contra el 41.56% de ellos.

4.4.2 Registros departamentales.

En su mismo sentido, podemos observar que el departamento mas poblado en el área urbana es el de San Salvador con 136,201 adultos mayores de los cuales 55,317 son hombres y 80,884 son mujeres. En cambio, en el área rural el departamento de San Miguel posee el primer lugar de los más poblados con 21,804 adultos mayores de los cuales 10,398 son hombres y 11,406 son mujeres.

Contrario a lo anterior, podemos verificar que el departamento menos poblado en el área rural es el de San Salvador con 8,328 adultos mayores de los cuales 3,965 son hombres y 4,363 son mujeres⁹³. Finalmente, se percibió que el departamento del área urbana menos poblado de adultos mayores es el de Cabañas con 5,234 habitantes de los cuales 2,157 son hombres y 3,077 son mujeres, ambos adultos mayores.

⁹³ Ver Cuadro 7 en la Presentación de Resultados.

4.5 Estado familiar de la población adulta mayor por área y sexo.

Al comenzar a describir las diversas categorías del estado familiar de las personas adultas mayores, cabe mencionar que se han adoptado 7 tipos para efectos de estudio rígido, de los cuales 4 son los que reconoce la normativa de familia, otros 2 son de convencionalismos sociales, y 1 es aquel que elimina el margen de error al igualar el total poblacional. De esa manera es que se estudian a continuación⁹⁴.

4.5.1 Registros nacionales.

Los adultos mayores Casados ascienden al total de 206,832 habitantes, de los cuales 121,280 son hombres y 85,552 son mujeres. Del total de ellos, es que existen en el área rural 78,062 habitantes y en el área urbana 128,770 habitantes, ambos bajo la categoría en comento.

Los adultos mayores Viudos cuentan con un total de 125,789 habitantes, de los cuales 81,131 pertenecen al área urbana y 44,658 al área rural.

Los adultos mayores Divorciados alcanzan un total nacional de 7,995 habitantes, de los cuales 2,474 son hombres y 5,521 son mujeres; bajo la categoría de género femenino podemos analizar que se cuenta con un total de 4,914 habitantes en el área urbana y de 607 habitantes mujeres bajo el área rural.

⁹⁴ Ver Cuadro 8 en la Presentación de Resultados.

Los adultos mayores Solteros a nivel nacional son 85,929 habitantes, de ese total 62,030 habitan en el área urbana y 23,899 habitan en el área rural; en la categoría de genero masculino se cuentan con 16,613 habitantes en el área urbana y con 10,395 hombres en el área rural.

Los adultos mayores Acompañados en nuestro país son 79,578 habitantes, de los cuales los hombres aventajan a las mujeres con la cantidad de 50,086 contra 29,492 respectivamente. Poseyendo en el área urbana un total de 44,339 adultos mayores y el resto que equivale a 35,239 habitantes en el área rural.

Los adultos mayores Separados se sitúan en la cantidad de 29,393 habitantes, de los cuales 65.66% pertenecen al área urbana y un 34.34% al área rural. En la categoría de géneros tenemos que el 34.64% son hombres y el 65.36 son mujeres.

Finalmente, se detallan aquellos adultos mayores cuyo estado familiar se ignora, demarcando con la cantidad de 6,675 ó su equivalente del 1.23% del total de ellos (142,191); de los cuales 3,223 son hombres y 3,452 son mujeres. Es así que en el área rural se cuenta con el porcentaje de 19.57% y el área urbana con el 80.43% de su total.

4.5.2 Registros departamentales.

Al especificar los departamentos mas representativos de las diversas zonas del país, nos damos cuenta que en la zona occidental tenemos a Santa Ana, en la zona central a San Salvador y en la zona oriental a San Miguel; por lo que estudiaremos sus diversos aspectos de aquí en adelante.

Al estudiar a Santa Ana tenemos que la población adulta mayor casada es superior a cualquier otra categoría del estado familiar y la menor de ellas es la de divorciados con las cantidades de 19,164 y 868 respectivamente. Además de situarse en cuanto al género masculino la misma condición donde resultan 11,366 casados y 266 divorciados. Las mujeres en cambio, presentan una variante al poseer la mayor cantidad en viudas (9,405) y la menor en divorciadas (602).

El departamento de San Salvador así como el anterior mantiene a 54,331 adultos mayores casados y a 3,379 adultos mayores divorciados, esos totales como el índice superior y el índice menor dentro de las categorías del estado familiar gerontológico. A la vez se cuenta con iguales índices dentro de la población adulta mayor masculina y la variante en la femenina cuando la superior son las viudas y la inferior son las divorciadas.

El otro departamento que también mantiene la línea como los anteriores es el de San Miguel situando a 15,761 adultos mayores casados como la cantidad mayor de los diversos tipos de estados familiares y como cantidad menor los adultos mayores divorciados con 535 habitantes. Teniendo a 9,180 hombres casados como índice superior y a 145 hombres divorciados como índice inferior. Y en cuanto a las mujeres, la variante de la categoría mayor de divorciadas con 8,742 habitantes y la menor con 390 divorciadas⁹⁵.

⁹⁵ *Ibídem.*

4.6 Fecundidad de la mujer adulta mayor, por hijos tenidos, hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes, según el área de residencia.

4.6.1 Registros nacionales.

En nuestro país El Salvador tenemos un total de 302,195 mujeres adultas mayores, de las cuales 277,128 son mujeres que tuvieron hijos, y el resto, equivalente a 25,067 son mujeres que no tuvieron hijos. Dentro de esas categorías tenemos que 1,624,082 fueron los hijos que nacieron vivos, y de ellos, el total de 1,287,822 son hijos sobrevivientes.

Si estudiamos el área de cada mujer, tenemos que en la urbana se cuenta con un total de 203,281 mujeres, de las cuales 185,358 cuentan con hijos y 17,923 no cuentan con hijos, pero de esos totales se tienen que esas mujeres tuvieron 992,617 hijos que nacieron vivos y que hasta la fecha solo cuentan con 791,523 hijos aun sobrevivientes.

En el área rural hay existencia de 98,914 mujeres adultas mayores, las cuales en su etapa reproductiva llegaron a tener 631,465 hijos, quienes a su vez nacieron vivos, y del total de ellos solamente se cuenta con 496,299 sobrevivientes; al detallar el porcentaje de las mujeres que tienen hijos tenemos que dentro de ellas están el 92.78% y de las que no tienen hijos el 7.22%⁹⁶.

⁹⁶ Ver Cuadro 9 en la Presentación de Resultados.

4.6.2 Registros departamentales.

En Santa Ana se tienen a 28,722 mujeres de las cuales 26,437 aun tienen hijos, quedando el resto de mujeres sin hijos. Pero según análisis estadísticos se determinan que de 154,793 hijos tenidos solamente 122,954 hijos son los sobrevivientes, lo que implica un total de mortalidad del 20.57% de su procreación.

San Salvador en cambio, totaliza a 85,247 mujeres adultas mayores de las que 7,786 no cuentan con hijos y el resto –que es mayor– si lo cuenta. Mas todas ellas manifiestan que tuvieron a 383,884 hijos nacidos vivos y de los cuales hoy en día 310,167 son sobrevivientes; determinando que de los hijos procreados por las mujeres solamente el 19.20% fallecieron.

El departamento de San Miguel se asemeja mas al de San Salvador, ya sea que cuenta con 24,755 mujeres quiénes procrearon un total de 135,384 hijos nacidos vivos de los cuales el 19.21% han fallecido, contando en el presente con 22,680 mujeres con hijos⁹⁷.

4.7 Personas adultas mayores portadoras de su Documento Único de Identidad (DUI), según género y área de residencia.

4.7.1 Registros nacionales.

Siendo que nuestro país cuenta con 542,191 adultos mayores, tenemos que 499,269 de ellos poseen DUI y el total restante de 42,922 no lo poseen. Si detallamos el área tenemos que en la urbana existen 324,825

⁹⁷ *Ibídem.*

personas adultas mayores portadoras de su DUI, a excepción de 23,045 que no lo portan; al examinar la rural nos damos cuenta que 19,877 no portan debida identificación (DUI), y que solamente 174,444 si portan su DUI.

Si estudiamos el género masculino, observamos que del total nacional de 239,996 hombres adultos mayores, 136,506 portan su DUI en el área urbana, asimismo que 87,307 lo portan en el área rural. En sentido contrario, tenemos que no poseen DUI en el área rural 8,100 hombres, y en el área urbana 8,083 hombres que también no portan legal identificación personal.

Al analizar el género femenino tenemos que a nivel nacional el 91.15% poseen DUI, y que el 8.85% no poseen DUI. Al detallarlas según el área tenemos que en la urbana el 92.64% están debidamente identificadas, de igual manera en la rural con el 88.09% tienen DUI. En los últimos porcentajes el restante del 100% no posee DUI⁹⁸.

4.7.2 Registros departamentales.

En Santa Ana existen 4,462 adultos mayores indocumentados, de quienes 1,752 son hombres y 2,710 son mujeres que ambos carecen de una identificación formal.

Estudiando a San Salvador se detallan que 2,885 son hombres adultos mayores indocumentados y que 5,622 son mujeres con la misma situación; ambas cantidades hacen reflejar el 5.89% del total de la población de dicho departamento.

⁹⁸ Ver Cuadro 10 en la Presentación de Resultados.

San Miguel en cambio eleva sus índices de in-documentación al poseer el 9.25% de habitantes adultos mayores en esa condición, de los que 1,511 son hombres y 2,578 son mujeres⁹⁹.

4.8 Condición de alfabetismo gerontológico, según área de residencia y género.

4.8.1 Registros nacionales.

A nivel nacional se registra un total de 303,299 adultos mayores alfabetos, de ellos se tienen 150,237 hombres y 153,062 mujeres. Por otro lado, el país sitúa a 238,892 habitantes en la categoría de analfabetos, de los cuales 89,759 son hombres y 149,133 son mujeres.

Al detallar el índice de alfabetismo en el área urbana se tiene que 230,747 personas son las que saben leer y escribir, de la misma manera se cuenta con 72,552 personas adultas mayores alfabetas bajo el área rural.

En cambio, el nivel educativo en el área rural de las personas que no saben leer y escribir es superior a los del área urbana según su misma categoría, teniendo los totales proporcionales siguientes: 121,769 contra 117,123.

Al estudiar el género según el área de residencia, resulta que hay un mayor número de hombres alfabetos y una mínima cantidad de analfabetos masculinos, ambos en el área urbana que en la rural quizá como ya se esperaba. El porcentaje de las mujeres es mas alto en el área urbana que en

⁹⁹ *Ibíd.*

la rural, tanto de alfabetas como de analfabetas adultas mayores, lo que hace denotar un aspecto muy distintivo entre la otra categoría de género¹⁰⁰.

4.8.2 Registros departamentales.

El departamento de Santa Ana cuenta con 30,614 adultos mayores que saben leer y escribir, de ese total 15,842 son hombres y 14,772 son mujeres.

San Salvador cuenta con el 26.11% de analfabetismo y esta compuesto tanto de 10,582 hombres y de 27,152 mujeres.

Representando la zona oriental, el departamento de San Miguel cuenta con 20,357 adultos mayores alfabetas de los cuales el 49.23% son hombres y el 50.77% son mujeres que saben leer y escribir¹⁰¹.

4.9 Población adulta mayor, por condición de actividad económica, género y área.

4.9.1 Registros nacionales.

A nivel nacional se calculó un total de 1,909,256 personas como Población Económicamente Activa (PEA), dentro de las cuales existen 1,727,154 personas ocupadas y 182,102 personas desocupadas. Además, se calculó un total nacional de 1,759,615 personas como Población Económicamente Inactiva (PEI)¹⁰².

¹⁰⁰ Ver Cuadro 11 en la Presentación de Resultados.

¹⁰¹ *Ibidem*.

¹⁰² Ver Cuadro 12 en la Presentación de Resultados.

En cambio, dentro de la población adulta mayor hay 170,065 PEA, de las cuales 138,171 están ocupadas y 31,894 están desocupadas. Según el estudio, se totalizan 372,126 PEI de la categoría adulta mayor.

Detallando el genero tenemos que los hombres de la categoría PEA son 114,101; de ellos, 96,146 están ocupados y 17,955 están desocupados. Contando con 125,895 PEI de habitantes masculinos. En cambio, el genero femenino cuenta con 55,964 PEA, y de ellas, 42,025 están ocupadas y 13,939 están desocupadas. Finalmente se registran 246,231 mujeres bajo el tipo de PEI.

Al detallar las áreas, tenemos que en la urbana existen 114,326 PEA y de ellas 91,894 están ocupadas, así como 22,432 están desocupadas; en la rural se totalizan 55,739 PEA de las cuales 46,277 están ocupadas y 9,462 están desocupadas. El área rural también cuenta con 138,582 PEI y el área urbana con 233,544 PEI. Los datos detallados son de la categoría adulta mayor.

Si analizamos el género dentro del área, nos damos cuenta que existen 68,992 hombres adultos mayores, urbanos como PEA, de ellos 57,244 están ocupados y 11,748 desocupados; teniendo la cantidad de 75,597 hombres adultos mayores, urbanos como PEI. Los hombres del área rural como PEA son 45,109 y dentro de ellos hay 38,902 ocupados y 6,207 desocupados; esta área también cuenta con 50,298 hombres adultos mayores como PEI.

Siguiendo el anterior análisis, según el aspecto femenino, vemos que en el área urbana habitan 45,334 PEA, de ellas 34,650 están ocupadas y 10,684 están desocupadas; habiendo 157,947 PEI. De igual manera y dentro

del área rural tenemos que 10,630 son PEA, de las cuales 7,375 mujeres están ocupadas y 3,255 mujeres están desocupadas; a su vez, hay 88,284 mujeres como PEI.

Algo especial a mencionar dentro de la PEI, es que existe una categoría de personas tanto jubiladas como pensionadas y que juntas a nivel nacional existen 59,346 adultos mayores, correspondientes a 36,041 hombres y 23,305 mujeres. De esos datos es que se cuenta con 55,598 en el área urbana (59.63 hombres y 40.37 mujeres) y 3,748 en el área rural (77.08 hombres y 22.92 mujeres).

4.9.2 Registros departamentales.

En Santa Ana se totalizan que de 52,604 adultos mayores, la cantidad de 17,379 habitantes pertenecen a la categoría de la PEA, el resto con 35,225 habitantes son de la PEI y de estos últimos 5,709 son adultos mayores pensionados y jubilados, y de quienes 3,584 son hombres y 2,125 son mujeres.

En la zona central en cambio, San Salvador cuenta con 49,963 habitantes adultos mayores como PEA, de quienes 21,274 son mujeres y 28,689 son hombres; contrarios a ello, tenemos 30,662 adultos mayores jubilados y pensionados del total de la PEI que son 94,566 habitantes.

San Miguel totaliza 31,244 adultos mayores que forman parte de la PEI, dentro de ellos están inmersos 3,017 habitantes que son jubilados y

pensionados, y esa cantidad comprende 1,868 hombres y 1,149 mujeres. El resto forman parte de la PEA¹⁰³.

4.10 Datos de opiniones profesionales sobre la atención integral del adulto mayor.

Según la opinión del Dr. Juan Ramón Mena Guerra¹⁰⁴ las personas Adultas Mayores se vuelven vulnerables, porque se disminuyen algunas cualidades y funciones tanto físicas como mentales, es decir, los músculos pierden su vigor, el cerebro pierde la capacidad de memorizar, las enfermedades y sus síntomas aumentan, y todo ello se debe a los cambios funcionales y orgánicos que se adquieren con la edad.

Para la Licenciada Rhina Hernández Tomasino¹⁰⁵ los adultos son vulnerables por necesitar de las atenciones básicas de terceras personas y a la vez tienen que enfrentar las condiciones de vida y de organismo que van disminuyendo.

Además los profesionales cuestionan sobre la falta de apoyo que tiene este sector por parte de la comunidad, pero sobre todo por el Estado pues en ningún periódico dice que se necesita a una persona mayor de 45 años, pues a esa edad no existe ningún empleo para ellos, pues los requisitos de la edad van entre 25 y 30 años.

Otra forma clara de discriminación se ve manifestada por la cultura del Agerísmo (sin viejismo), es decir, la cultura de lo joven y lo bello.

¹⁰³ *Ibídem.*

¹⁰⁴ *Médico, Geriatra Internista.*

¹⁰⁵ *Licenciada en Trabajo Social, Licenciada en Ciencias Jurídicas (Abogada) y Master en Didáctica en Formación del Profesorado.*

La mayoría de personas abusamos de los adultos mayores, y un ejemplo claro se observa cuando una persona adulto mayor sube las gradas de los autobuses estas en la mayoría miden mas de medio metro, y cuando el autobús se encuentra lleno ahora es poco común ver que una persona les seda su asiento, la medicina debería de tener un precio menor para ellos, y otras cosas que deben de cambiarse y tratar de hacer conciencia en los jóvenes de la necesidades que sufren día a día estas personas y de cómo se puede ayudarles.

Ambos profesionales concuerdan que el trato hacia las personas adultas mayores debe de ser digno y respetuoso, pues hay que recordar que la juventud es pasajera y que todos sin excepción llegaremos a esa edad y por lo tanto el trato debería ser como a nosotros nos gustaría ser tratados, pero esto solo se lograra si se comienza a crear una cultura de concientización en los niños y jóvenes sobre el trato especial que merecen estas personas.

En relación con las enfermedades más comunes que suelen presentarse están los llamados Síndromes Geriátricos, que suelen ser: Inmovilidad, Trastornos Mentales Cognitivos, Caídas e Incontinencias Urinarias, Enfermedades Cardiovasculares, Estreñimientos, Depresión entre otras, pero que las mismas pueden prevenirse con el debido tratamiento, pero como en muchas ocasiones los adultos mayores no poseen un control medico en cual se les examine con regularidad su estado de salud lleva a que el índice de presentar una enfermedad grave incrementa, haciendo mas difícil su tratamiento y por ende el periodo de sanación.

El padecer de alguna enfermedad posibilita al adulto mayor a pasar la mayor parte del tiempo dormido aunque no en todos los casos, esto

dependerá del grado de motivación que les genere el ambiente en el que se rodean.

La alimentación juega un papel importante para la salud para toda persona sin excepción, es por ello que los Adultos Mayores deben seguir una dieta balanceada de acuerdo a su edad, es decir puede comer las mismas cosas que una persona mas joven pero de diferente forma como por ejemplo: Proteínas (carne, leche, queso), Grasas (no saturadas, aceite oliva) y Carbohidratos (verduras, papas y legumbres), solamente hay que preparárselos de diferente manera picándolos, moliéndolos o licuándolos.

Otro factor importante para conservar una buena salud es el ejercicio y un buen método es Caminar o Nadar, y de forma especial el último, es un perfecto ejercicio ya que es considerado como el deporte mas completo para mantener la salud.

Pero es importante recordar que las Personas Adultas Mayores deben de tener un cuidado especial, lo que significa que deben llevarse un control mas riguroso de su salud y por lo tanto las visitas al Medico deben ser mensuales preventivamente, o por lo menos dos veces al año, opinión que es sugerida por la Licda. Tomasino y sustentada por el Dr. Mena Guerra como Geriatra Internista.

A manera de conclusión ambos profesionales coinciden en que los Adultos Mayores deben de tener una Atención Integral, es decir, que se les pueda brindar una seguridad social, funcional, psicológica-emocional, que les permita un envejecimiento saludable, pero para que esto sea posible se tiene que crear conciencia pública de lo que significa el envejecimiento, a través de

políticas y programas educativos implementándolos en las escuelas, colegios y por supuesto dentro de las carreras universitarias.

4.11 Comprobación de hipótesis.

Dentro de la investigación se formularon una serie de hipótesis, las cuales son:

Como Hipótesis General tenemos *“Los cuerpos normativos existentes a favor de las personas Adultas Mayores no logran satisfacer efectivamente las necesidades básicas de esta población aunque estos hayan sido creados con el objeto de asegurar un mejor bienestar y una calidad de vida integra como el fin primordial de la actividad estatal”*.

A nivel internacional muchos han sido los esfuerzos en que los países intentan de diferentes formas el concienciar a la población en general para que cada uno pueda apreciar a la vejez como una época productiva que permita el desenvolvimiento pleno de toda persona de sesenta y más años de edad. Es por ello que las leyes internacionales solo se rigen por una opinión política gubernamental que no sigue absolutamente el ideal del pueblo sino más bien el interés de la clase que esta en el poder independientemente de su posición ideológica.

A nivel nacional los cuerpos normativos son creados de alguna manera por presiones internacionales que si bien es cierto se rigen según el pensamiento subjetivo y político defendido, dejando de lado el ideal que en un principio fomento la norma. Es decir, las leyes nacionales, principalmente las nuestras, se rigen por postulaciones de otros países y no es posible regular los comportamientos de la población nacional debido a que cada país

y aun dentro de él, no existe una orientación genérica donde se logre un fin único.

Otro aspecto a resaltar seria que con el aumento de la población adulta mayor se siguen aumentando las necesidades básicas y aun no ha sido posible dirimirlas mediante la dimensión jurídica por cuanto esta no se fundamenta con propuestas y decisiones idóneas que permitan el optimo bienestar en todos sus aspectos y en toda persona que se situé en la etapa de la vejez.

Por lo tanto dicha hipótesis queda comprobada al verificar que las leyes estudiadas en el capítulo II, apartado 2.2.2 que trata sobre “La Legislación vigente a favor de las personas adultas mayores”, solo podemos observar que literalmente el adulto mayor esta protegido, lo que puede dar a entender que si se tiene voluntad para ayudar o por lo menos brindar una seguridad a este sector de la población, pero que a la vez solo es eso (voluntad) ya que la realidad es y sigue siendo otra, porque de las muchas leyes que contemplan una serie de derechos a favor de estas personas, ninguno de ellos se lleva a la practica, como es el caso de que en el año 2001, y durante la gestión en ese entonces de la Primera Dama de la República de El Salvador, Licenciada Lourdes Rodríguez de Flores, se creo la Política Nacional de Atención al Adulto Mayor 2001-2004, creada con el fin de satisfacer las necesidades básicas del adulto mayor, el cual hasta la fecha es el que se sigue implementando ya que actualmente la primera Dama, Ana Ligia de Saca, no ha realizado un esfuerzo para adecuar este plan a la realidad actual del adulto mayor.

Las Hipótesis Específicas son:

- f) *El Estado salvadoreño no busca los medios y recursos necesarios que optimicen un adecuado equilibrio entre factores sociales, económicos, culturales y jurídicos.*

Al verificar esta hipótesis encontramos que el estado salvadoreño, a pesar de que asiste a las diferentes convenciones que se realizan sobre el Envejecimiento Activo como país miembro de las Naciones Unidas, esto no es suficiente para lograr un adecuado equilibrio entre lo pactado en las convenciones y lo desarrollado en el país, y esto queda demostrado en que muchas personas no conocen de la existencia de que existe una ley a su favor y al mencionarles de que trata dicha ley, se muestran desconfiados de que en verdad exista, situación que predomina sobre todo en el interior del país.

Además también desconocen el papel que juega la Secretaria Nacional de la Familia y mucho menos conocen sobre los programas que esta institución desarrolla ya que solo saben de ella por los anuncios publicitarios de los medios televisivos, radiales o peridiodísticos, asegurando que solo se acuerdan de ellos cuando se trata de hacer campaña política, es por esta razón que la población Adulta Mayor cada vez más se siente aislada e insegura y la única forma de seguir adelante y soportar su situación es apoyándose en sus propias fuerzas.

- g) *Las condiciones socio-económicas en las que se encuentran diariamente las personas adultas mayores no son las adecuadas para alcanzar una vejez saludable y cumplir con sus principales necesidades.*

Ante ello debemos de hacer un análisis crítico en cuanto a los ingresos y egresos de los salvadoreños, por lo que debemos de tomar los gastos de la canasta básica, para con los ingresos del salario mínimo y pensiones como base de nuestro estudio. De lo anterior, es que apreciamos que para el mes de junio de 2008, la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) indico que los habitantes del área urbana pagaron \$172.83 Dólares por los principales alimentos y en el área rural pagaron \$130.80 Dólares para su mismo concepto, es decir que esa cantidad es solamente para soportar la canasta básica alimentaría sin tomar en cuenta la salud, transporte, recreación entre otras necesidades. Ahora bien, el salario mínimo rural promedio es de \$85 Dólares, el de la maquila \$162 Dólares, el de servicios \$183 Dólares y en cuanto a pensiones aun hay existencia mínimas de \$50 Dólares y el promedio se sitúa en \$119.70 Dólares que devengan pensionados y jubilados, en su mismo sentido cabe decir que para este año 2008 la Superintendencia de Pensiones ha reportado 88,565 pensionados por vejez, de los cuales 75,793 son de la categoría del Sistema Público de Pensiones (SPP) y 12,772 son del Sistema de Ahorro para Pensiones (SAP).

En cuanto a lo social el adulto mayor aun es discriminado por cuanto no hay tolerancia ni respeto a este sector poblacional por parte del resto de habitantes, no hay cultura de protección hacia la vejez, no hay infraestructura social acorde a dichas necesidades, no hay un sistema de protección que vele por el bienestar del envejecimiento y así un sin fin de preocupaciones en donde las acciones por eliminarlas solo quedan en una iniciativa sin impulso para culminarla.

Esto lleva a los Centros de Atención Integral sean públicos o privados no cuentan con una verdadera infraestructura que garanticen una vida digna para las personas Adultas Mayores, ni mucho menos satisfacer las diversas

demandas a los que se ven envueltos para tratar de brindar una buena atención, principalmente por el carecimiento del factor económico entre otras cosas.

h) A mayor falta de consciencia por parte de la familia de los derechos que gozan las personas adultas mayores, menor será el reconocimiento, respeto y protección que estas personas se merecen.

Esta hipótesis la podemos comprobar, tomando en cuenta que en las personas adulto mayor, el proceso del envejecimiento es más evidente. La forma en que envejece su cuerpo no se debe solo a los cambios que el tiempo produce en su organismo, sino también a la forma de vida y al ambiente que los rodea.

Por lo cual es de suma importancia tener en cuenta el respeto que se le debe de brindar al adulto mayor ya que por el hecho de tener una avanzada edad sus relaciones sociales pueden estar dificultadas por factores como limitaciones de salud, fallecimiento de miembros de la familia y amigos, pérdida de compañeros de trabajo y falta de un medio de transporte adecuado al alcance de su bolsillo. Muchas personas mayores invierten todo el tiempo y la energía posible en estar con amigos y familiares y muchos encuentran nueva compañía en centros especiales y clubes de ocio para el adulto mayor.

Las personas mayores en su mayoría están casadas y viven con su pareja en su propia casa. Por lo tanto, dado que la tasa de mortalidad del hombre es más alta que la de la mujer, hay una mayoría de ancianas viudas. Tanto las personas mayores como sus hijos expresan una fuerte preferencia

por una forma de vida independiente, aunque la mayor parte de las primeras viven próximas a alguno de sus hijos.

- i) El estado no armoniza esfuerzos eficaces en lo que se refiere a una adecuada atención a la población adulta mayor mediante la creación de nuevas formas de funcionamiento (Convenios) u organizaciones (Federaciones) por parte de todas las instituciones que se dedican a dicha actividad.*

Esta hipótesis se demuestra en la falta de apoyo que tienen las instituciones dedicadas a brindar sus servicios a favor de las personas Adultas Mayores por parte del Estado en la formación de una cultura en la cual se promuevan los principios, valores (morales y religiosos), y derechos los cuales deberían de gozar estas personas y esto solo se puede lograr si se busca la participación de toda la comunidad y se cree un programa de educación para que en un futuro cercano la situación cambie.

Porque es triste ver como los valores se pierden al paso de los años, pues ahora es poco común observar que un joven seda su asiento a una persona Adulto Mayor cuando ésta sube a un autobús o que le ayude a cruzar la calle, que son cosas que no necesitan de mucho esfuerzo para realizarlas, mas ahora predomina una cultural de individualidad que cada vez mas va en aumento.

- j) Los programas creados a favor de las personas adultas mayores si buscan una participación activa de toda la comunidad para desafiar el problema del envejecimiento y brindar una verdadera atención integral, pero no se les da continuidad*

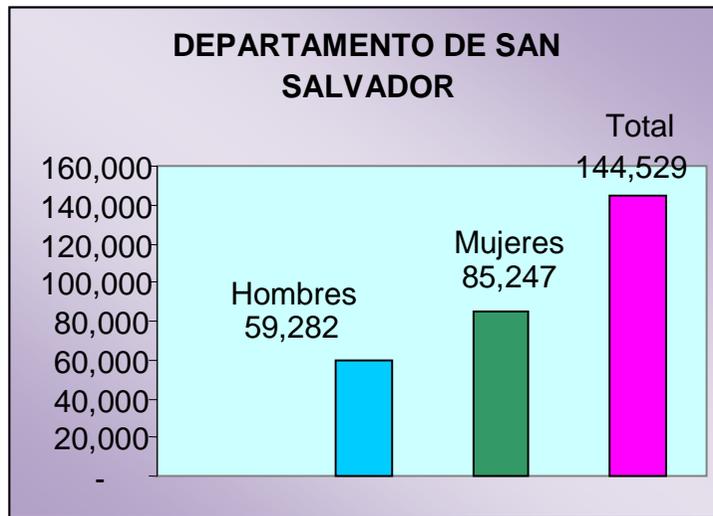
Para la comprobación de esta hipótesis se valoro uno de los más grandes problemas de las personas adultas mayores el cual es el nivel de ingresos y el bienestar económico. Dado que la mayoría de las personas mayores ya no trabajan, necesitan disponer de algún tipo de ayuda económica por parte de la familia o en su ausencia del Estado. Las sociedades industrializadas conceden, por lo general, sistemas de pensiones y servicios de seguros médicos. A pesar de ello, muchas personas mayores (en su mayor parte mujeres y miembros de grupos étnicos y de otras minorías con una seguridad económica casi siempre precaria) viven prácticamente en el nivel de pobreza.

Por tanto, es de suma importancia tomar en cuenta los datos de los jubilados pensionados, así tenemos un total de 59,346 personas adultas mayores de 60 años, contamos con 36,041 de hombres y 23,305 mujeres. En concordancia con lo anterior tomamos en cuenta la Población Económicamente Activa (PEA) 1,909,256; y su contra la Población Económicamente Inactiva (PEI) 1,759,615 como las personas que no trabajan, por lo que muchos casos estas personas se ven en la obligación de ver por ellas mismas la forma de ir sobresaliendo con sus necesidades diarias, dedicándose así al sector informal del comercio en vista de la falta de oportunidades en el sector formal, que para nadie es desconocido que la edad mínima para laboral es de treinta y cinco años de edad y la edad para jubilarse es de cincuenta y cinco años para las mujeres y de sesenta años para los hombres, por lo tanto, es obligación del estado garantizar que las personas adultas mayores cubran sus necesidades básicas así mismo que dispongan de los recursos suficientes para seguir viviendo de forma útil y satisfactoria dentro de la comunidad.

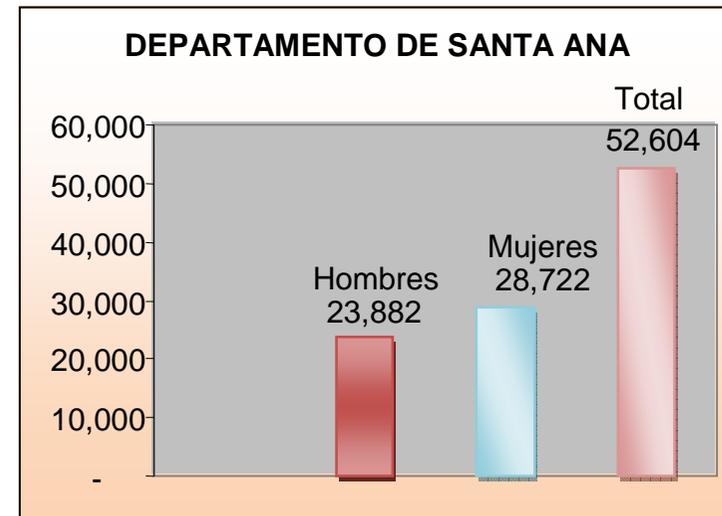
4.12 Presentación de Resultados.

1. Personas Encuestadas por Departamento.

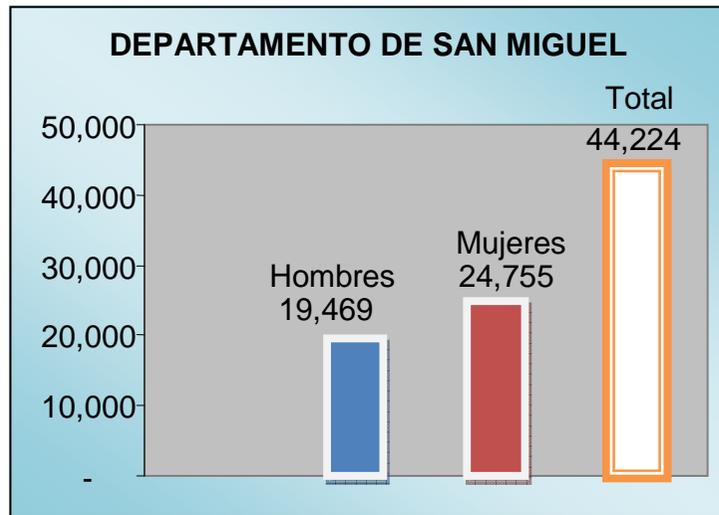
CUADRO 1



CUADRO 2



CUADRO 3



2. Crecimiento Poblacional por Departamento, según Censo de 2007.

CUADRO 4

Nacional y Departamental	Población Adulta Mayor Total, 2007	Tasa de Crecimiento Inter-censal	Tiempo Inter-censal, años
El Salvador	542191	2.48%	14.67%
San Salvador	144529	1.97%	14.67%
La Libertad	56693	3.24%	14.67%
Santa Ana	52604	2.45%	14.67%
San Miguel	44224	2.20%	14.67%
Sonsonate	36915	2.73%	14.67%
Usulután	36153	2.79%	14.67%
La Paz	28138	2.41%	14.67%
La Unión	26996	2.29%	14.67%
Ahuachapán	26880	2.93%	14.67%
Cuscatlán	20660	3.02%	14.67%
Chalatenango	19619	2.80%	14.67%
Morazán	18139	2.96%	14.67%
San Vicente	16465	2.26%	14.67%
Cabañas	14176	2.72%	14.67%

3. Crecimiento de Población por Departamento, según Censo de 1992.

CUADRO 5

Nacional y Departamental	Población Adulta Mayor Total, 1992	Tasa de Crecimiento Inter-censal	Tiempo Inter-censal, años
El Salvador	378527	3.27%	21.25%
San Salvador	108492	4.71%	21.25%
La Libertad	35512	3.97%	21.25%
Santa Ana	36886	3.03%	21.25%
San Miguel	32119	3.09%	21.25%
Sonsonate	24878	3.53%	21.25%
Usulután	24159	1.96%	21.25%
La Paz	19829	3.11%	21.25%
La Unión	19374	3.15%	21.25%
Ahuachapán	17589	3.41%	21.25%
Cuscatlán	13350	2.06%	21.25%
Chalatenango	13087	1.58%	21.25%
Morazán	11827	2.06%	21.25%
San Vicente	11855	1.31%	21.25%
Cabañas	9570	1.71%	21.25%

4. Crecimiento de Población por Cabeceras Departamentales, según Censo de 2007.

CUADRO 6

Cabeceras	Población Adulta Mayor Total, 2007	Tasa de Crecimiento Inter-censal	Tiempo Inter-censal, años
San Salvador	41163	0.45%	14.67%
Santa Ana	25764	2.36%	14.67%
San Miguel	21179	2.55%	14.67%
Santa Tecla	12405	2.97%	14.67%
Ahuachapán	9557	3.03%	14.67%
Usulután	7670	3.04%	14.67%
Sonsonate	7238	1.64%	14.67%
Zacatecoluca	6315	2.35%	14.67%
San Vicente	5413	2.28%	14.67%
Cojutepeque	5028	2.31%	14.67%
Sensuntepeque	4133	2.60%	14.67%
La Unión	3897	1.99%	14.67%
Chalatenango	3222	2.05%	14.67%
San Francisco (Gotera)	2166	2.75%	14.67%

5. Población Adulta Mayor, distribuida por Departamento, Área y Sexo.

CUADRO 7

Nacional y Departamental	Población Adulta Mayor								
	Total			Área					
				Urbana			Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
El Salvador	542191	239996	302195	347870	144589	203281	194321	95407	98914
Santa Ana	52604	23882	28722	34287	14526	19761	18317	9356	8961
San Salvador	144529	59282	85247	136201	55317	80884	8328	3965	4363
San Miguel	44224	19469	24755	22420	9071	13349	21804	10398	11406



6. Estado Familiar de la Población Adulta Mayor, por Departamento y Área.

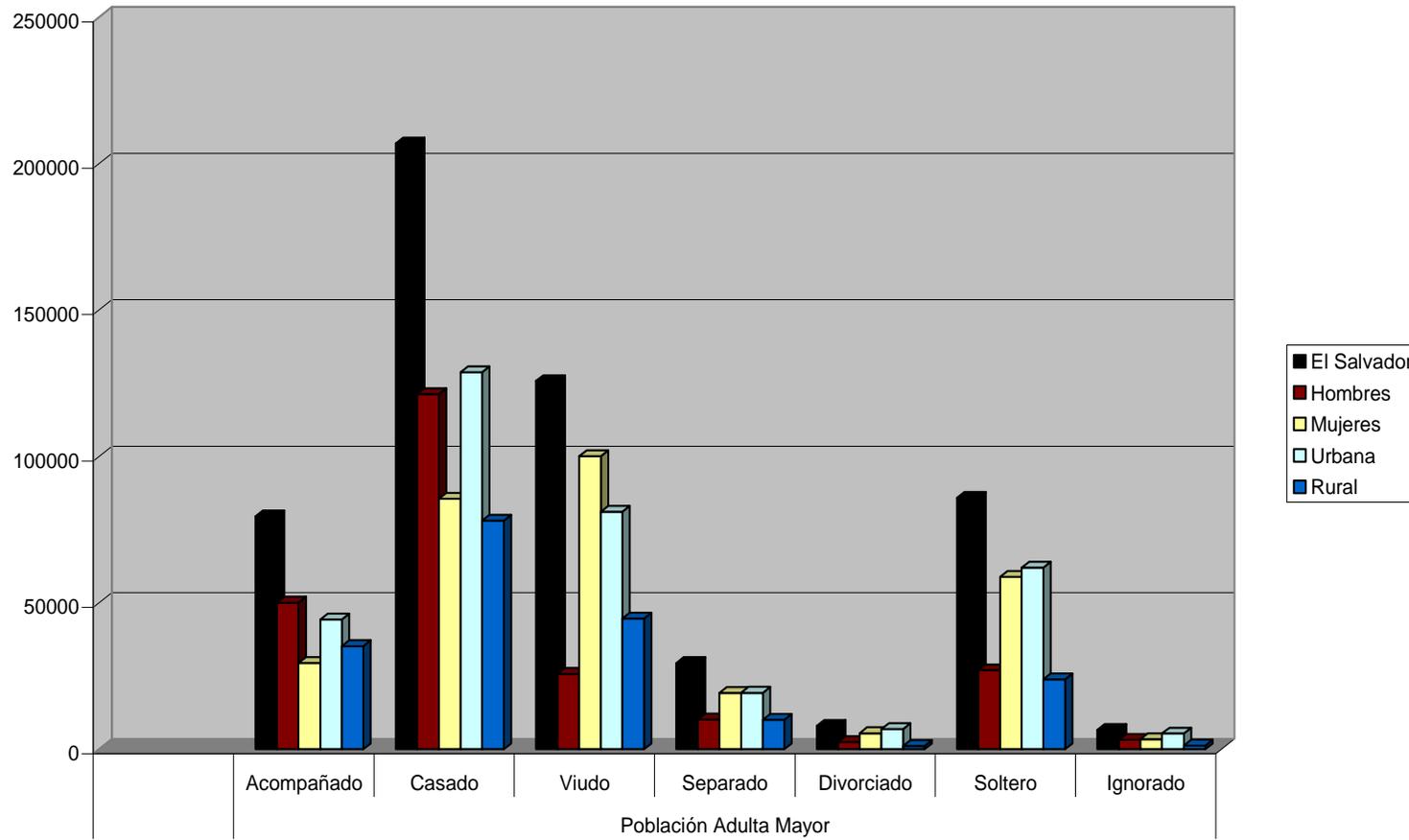
CUADRO 8

Nacional y Departamental, Genero y Área	Población Adulta Mayor							
	Total	Estado Familiar						Ignorado
		Acompañado	Casado	Viudo	Separado	Divorciado	Soltero	
El Salvador								
Total	542191	79578	206832	125789	29393	7995	85929	6675
Hombres	239996	50086	121280	25743	10182	2474	27008	3223
Mujeres	302195	29492	85552	100046	19211	5521	58921	3452
Urbana	347870	44339	128770	81131	19299	6932	62030	5369
Hombres	144589	27832	74786	14804	5947	2018	16613	2589
Mujeres	203281	16507	53984	66327	13352	4914	45417	2780
Rural	194321	35239	78062	44658	10094	1063	23899	1306
Hombres	95407	22254	46494	10939	4235	456	10395	634
Mujeres	98914	12885	31568	33719	5859	607	13504	672
Santa Ana								
Total	52604	8143	19164	11926	3117	868	8753	633
Hombres	23882	5188	11366	2521	1105	266	3094	342
Mujeres	28722	2955	7798	9405	2012	602	5659	291
Urbana	34287	4665	11946	7835	2142	741	6445	513
Hombres	14526	2949	6977	1469	683	211	1962	275
Mujeres	19761	1716	4969	6366	1459	530	4483	238
Rural	18317	3478	7218	4091	975	127	2308	120
Hombres	9356	2239	4389	1052	422	55	1132	67
Mujeres	8961	1239	2829	3039	553	72	1176	53

CONTINUACIÓN DE CUADRO 8

Nacional y Departamental, Genero y Área	Población Adulta Mayor							
	Total	Estado Familiar						Ignorado
		Acompañado	Casado	Viudo	Separado	Divorciado	Soltero	
San Salvador								
Total	144529	17279	54331	32108	7273	3379	27213	2946
Hombres	59282	10952	31539	5575	2243	980	6505	1488
Mujeres	85247	6327	22792	26533	5030	2399	20708	1458
Urbana	136201	16019	50839	30207	6914	3341	26052	2829
Hombres	55317	10131	29513	5122	2091	965	6064	1431
Mujeres	80884	5888	21326	25085	4823	2376	19988	1398
Rural	8328	1260	3492	1901	359	38	1161	117
Hombres	3965	821	2026	453	152	15	441	57
Mujeres	4363	439	1466	1448	207	23	720	60
San Miguel								
Total	44224	8299	15761	10877	2511	535	5817	424
Hombres	19469	5009	9180	2135	797	145	2005	198
Mujeres	24755	3290	6581	8742	1714	390	3812	226
Urbana	22420	3332	8025	5634	1283	422	3434	290
Hombres	9071	1980	4614	973	324	115	932	133
Mujeres	13349	1352	3411	4661	959	307	2502	157
Rural	21804	4967	7736	5243	1228	113	2383	134
Hombres	10398	3029	4566	1162	473	30	1073	65
Mujeres	11406	1938	3170	4081	755	83	1310	69

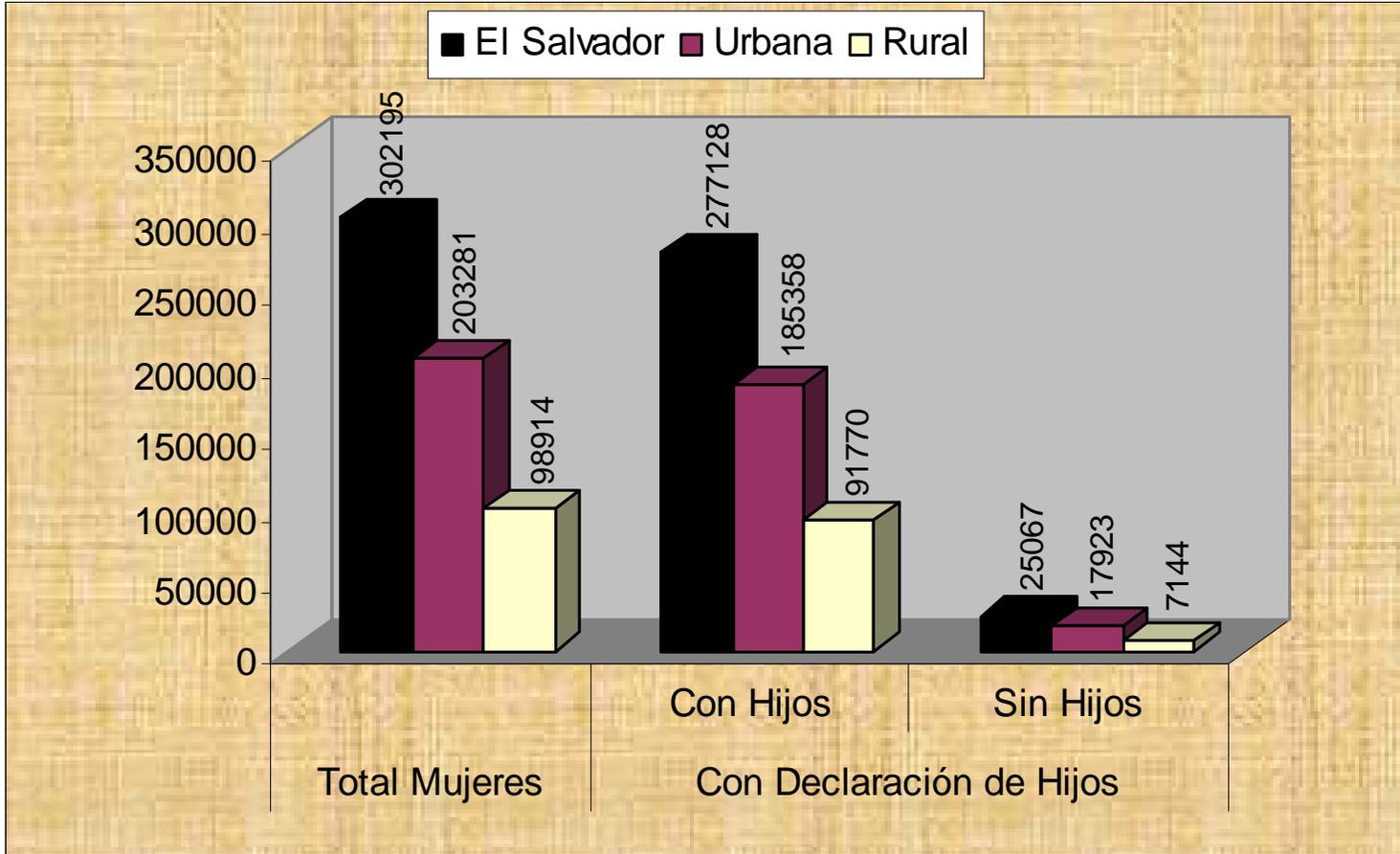
EL SALVADOR



7. Fecundidad de la Mujer Adulta Mayor, por hijos tenidos, hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes, según el área de residencia.

CUADRO 9

Nacional y Departamental, mas Área	Mujeres Adultas Mayores		Total de Hijos		
	Total	Con Declaración de Hijos		Nacidos Vivos	Sobrevivientes
		Con Hijos	Sin Hijos		
El Salvador	302195	277128	25067	1624082	1287822
Urbana	203281	185358	17923	992617	791523
Rural	98914	91770	7144	631465	496299
Santa Ana	28722	26437	2285	154793	122954
Urbana	19761	18036	1725	96021	76748
Rural	8961	8401	560	58772	46206
San Salvador	85247	77461	7786	383884	310167
Urbana	80884	73405	7479	356247	262074
Rural	4363	4056	307	27637	21524
San Miguel	24755	22680	2075	135384	109378
Urbana	13349	12202	1147	66284	53550
Rural	11406	10478	928	69100	55828

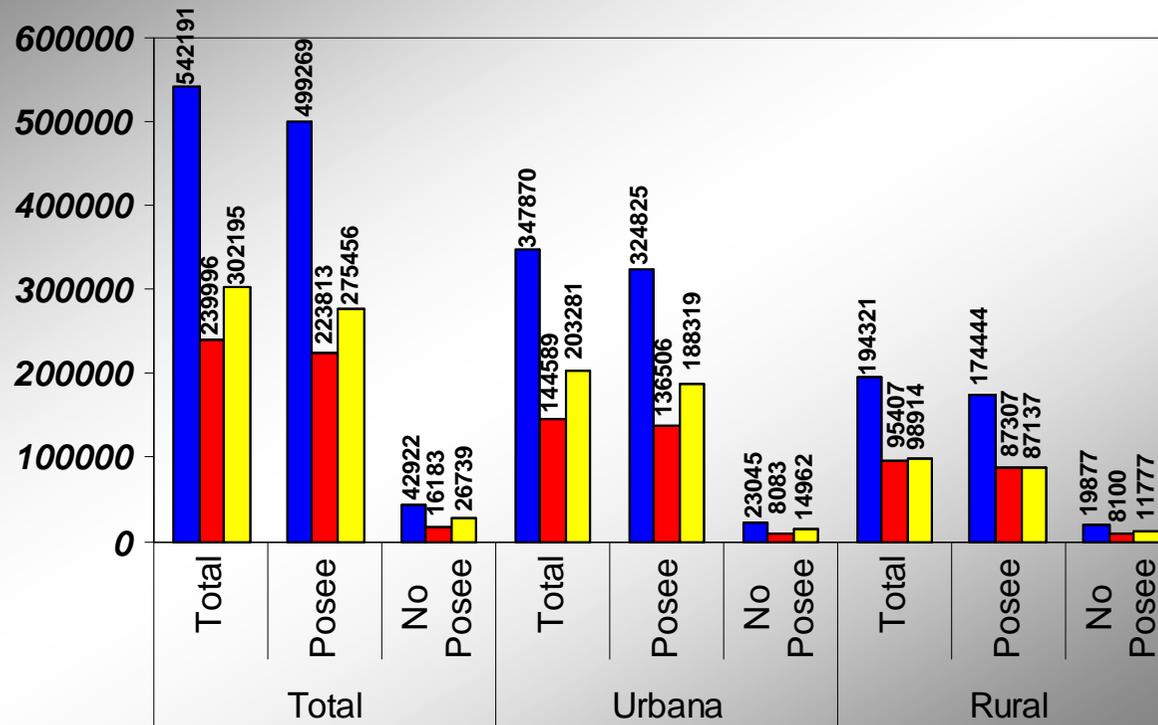


8. Personas Adultas Mayores portadoras de su Documento Único de Identidad (DUI), según Género y Área de Residencia.

CUADRO 10

Nacional y Departamental, mas genero	Total			Urbana			Rural		
	Total	Posee	No Posee	Total	Posee	No Posee	Total	Posee	No Posee
El Salvador	542191	499269	42922	347870	324825	23045	194321	174444	19877
Hombres	239996	223813	16183	144589	136506	8083	95407	87307	8100
Mujeres	302195	275456	26739	203281	188319	14962	98914	87137	11777
Santa Ana	52604	48142	4462	34287	31859	2428	18317	16283	2034
Hombres	23882	22130	1752	14526	13690	836	9356	8440	916
Mujeres	28722	26012	2710	19761	18169	1592	8961	7843	1118
San Salvador	144529	136022	8507	136201	128568	7633	8328	7454	874
Hombres	59282	56397	2885	55317	52773	2544	3965	3624	341
Mujeres	85247	79625	5622	80884	75795	5089	4363	3830	533
San Miguel	44224	40135	4089	22420	20921	1499	21804	19214	2590
Hombres	19469	17958	1511	9071	8586	485	10398	9372	1026
Mujeres	24755	22177	2578	13349	12335	1014	11406	9842	1564

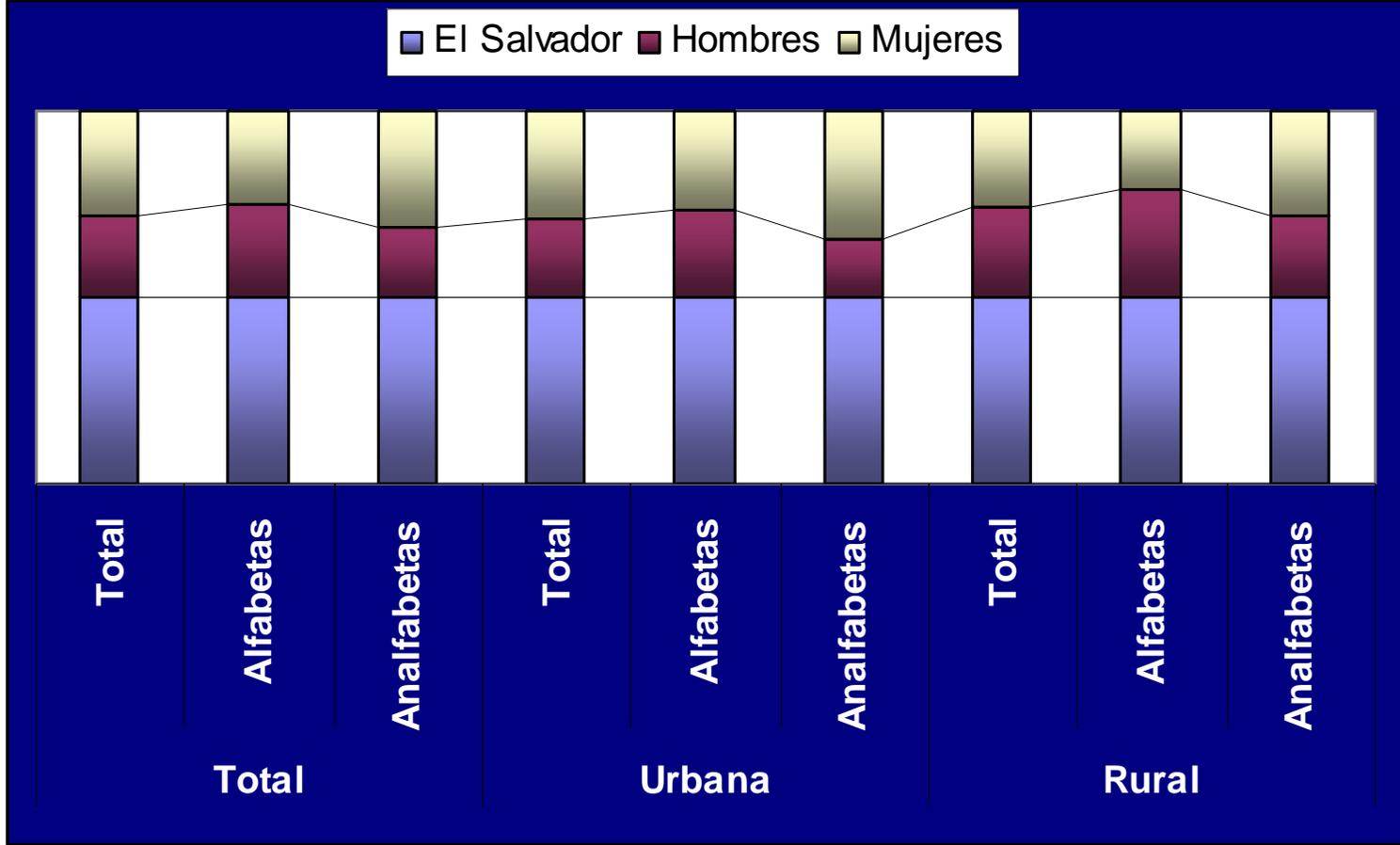
EL SALVADOR



11. Condición de Alfabetismo Gerontológico, según Área de Residencia y Género.

CUADRO 11

Nacional y Departamental, mas genero	Total			Urbana			Rural		
	Total	Alfabetas	Analfabetas	Total	Alfabetas	Analfabetas	Total	Alfabetas	Analfabetas
El Salvador	542191	303299	238892	347870	230747	117123	194321	72552	121769
Hombres	239996	150237	89759	144589	107934	36655	95407	42303	53104
Mujeres	302195	153062	149133	203281	122813	80468	98914	30249	68665
Santa Ana	52604	30614	21990	34287	23034	11253	18317	7580	10737
Hombres	23882	15842	8040	14526	11100	3426	9356	4742	4614
Mujeres	28722	14772	13950	19761	11934	7827	8961	2838	6123
San Salvador	144529	106795	37734	136201	103210	32991	8328	3585	4743
Hombres	59282	48700	10582	55317	46556	8761	3965	2144	1821
Mujeres	85247	58095	27152	80884	56654	24230	4363	1441	2922
San Miguel	44224	20357	23867	22420	13323	9097	21804	7034	14770
Hombres	19469	10021	9448	9071	6123	2948	10398	3898	6500
Mujeres	24755	10336	14419	13349	7200	6149	11406	3136	8270



12. Población Adulta Mayor, por Condición de Actividad Económica, Género y Área.

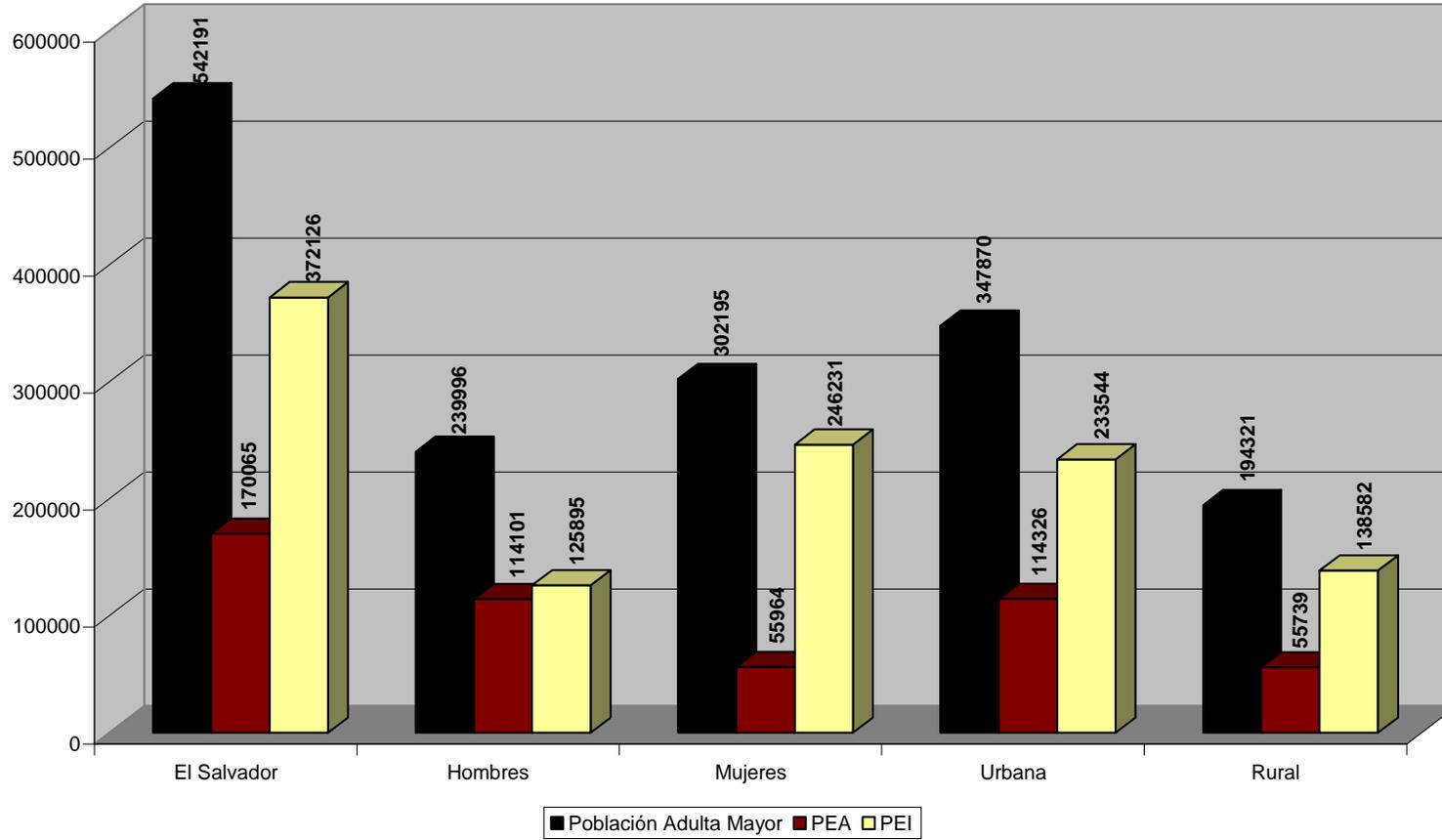
CUADRO 12

Nacional y Departamental, genero y área	Total de Población Adulta Mayor	Población Económicamente Activa			Población Económicamente Inactiva	
		Total PEA	Ocupada	Desocupada	Total PEI	Jubilada o Pensionada
El Salvador						
Total	542191	170065	138171	31894	372126	59346
Hombres	239996	114101	96146	17955	125895	36041
Mujeres	302195	55964	42025	13939	246231	23305
Urbana	347870	114326	91894	22432	233544	55598
Hombres	144589	68992	57244	11748	75597	33152
Mujeres	203281	45334	34650	10684	157947	22446
Rural	194321	55739	46277	9462	138582	3748
Hombres	95407	45109	38902	6207	50298	2889
Mujeres	98914	10630	7375	3255	88284	859
Santa Ana						
Total	52604	17379	14703	2676	35225	5709
Hombres	23882	12027	10381	1646	11855	3584
Mujeres	28722	5352	4322	1030	23370	2125
Urbana	34287	11461	9833	1628	22826	5266
Hombres	14526	7096	6193	903	7430	3221
Mujeres	19761	4365	3640	725	15396	1046
Rural	18317	5918	4870	1048	12399	443
Hombres	9356	4931	4188	743	4425	363
Mujeres	8961	987	682	305	7974	80

CONTINUACIÓN DE CUADRO 12

Nacional y Departamental, genero y área	Total de Población Adulta Mayor	Población Económicamente Activa			Población Económicamente Inactiva	
		Total PEA	Ocupada	Desocupada	Total PEI	Jubilada o Pensionada
San Salvador						
Total	144529	49963	38532	11431	94566	30662
Hombres	59282	28689	22864	5825	30593	17844
Mujeres	85247	21274	15668	5606	63973	12818
Urbana	136201	47391	36441	10950	88810	30311
Hombres	55317	26812	21288	5524	28505	17545
Mujeres	80884	20579	15153	5426	60305	12766
Rural	8328	2572	2091	481	5756	351
Hombres	3965	1877	1576	301	2088	299
Mujeres	4363	695	515	180	1668	52
San Miguel						
Total	44224	12980	10722	2258	31244	3017
Hombres	19469	9042	7723	1319	10427	1868
Mujeres	24755	3938	2999	939	20817	1149
Urbana	22420	6840	5597	1243	15580	2739
Hombres	9071	4220	3538	682	4851	1646
Mujeres	13349	2620	2059	561	10729	1093
Rural	21804	6140	5125	1015	15664	278
Hombres	10398	4822	4185	637	5576	222
Mujeres	11406	1318	940	378	10088	56

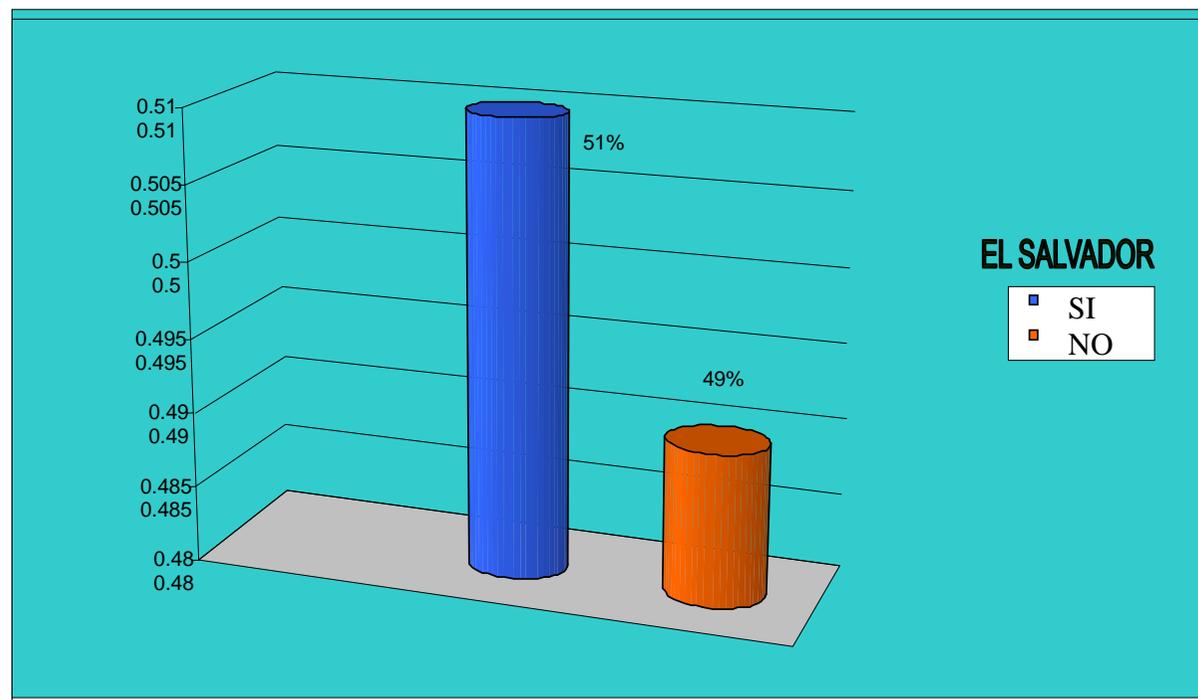
EL SALVADOR



13. Conocimiento de instituciones que brindan sus servicios a la Población Adulta Mayor, por Departamento.

CUADRO 13

NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS	
	SI	NO
El Salvador	51%	49%
Santa Ana	27%	73%
San Salvador	49%	51%
San Miguel	77%	23%



14. Conocimiento de la Clasificación de las Instituciones, por la Población Adulta Mayor.

CUADRO 14

NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS		
	PUBLICA	PRIVADA	NO SABE
El Salvador	12%	39%	49%
Santa Ana	0%	0%	100%
San Salvador	18%	41%	41%
San Miguel	17%	77%	6%

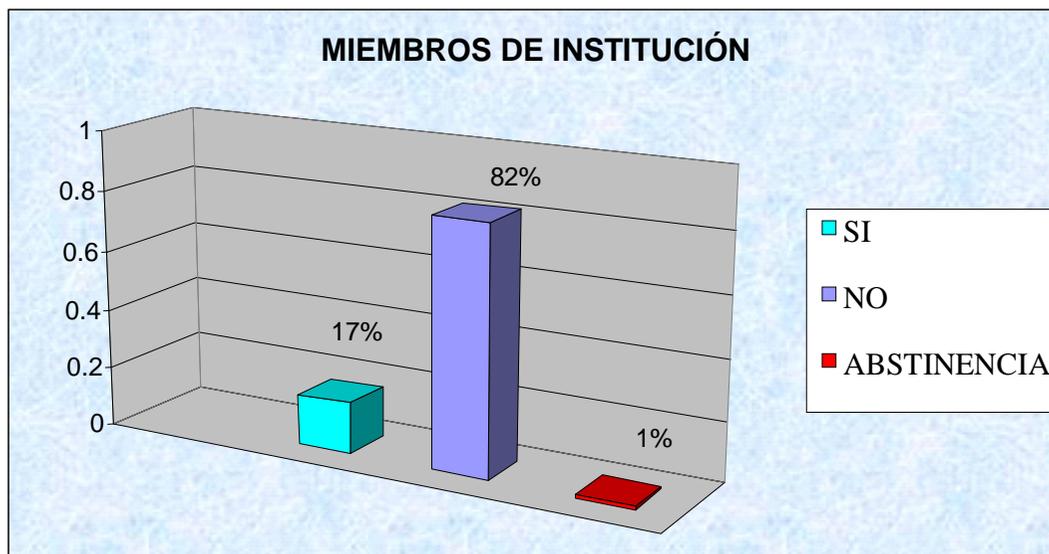


15. Población Adulta Mayor perteneciente o miembro de alguna Institución que preste sus servicios a este sector.

CUADRO 15

NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS		
	SI	NO	ABSTINENCIA
El Salvador	17%	82%	1%
Santa Ana	22%	75%	3%
San Salvador	29%	71%	0%
San Miguel	0%	100%	0%

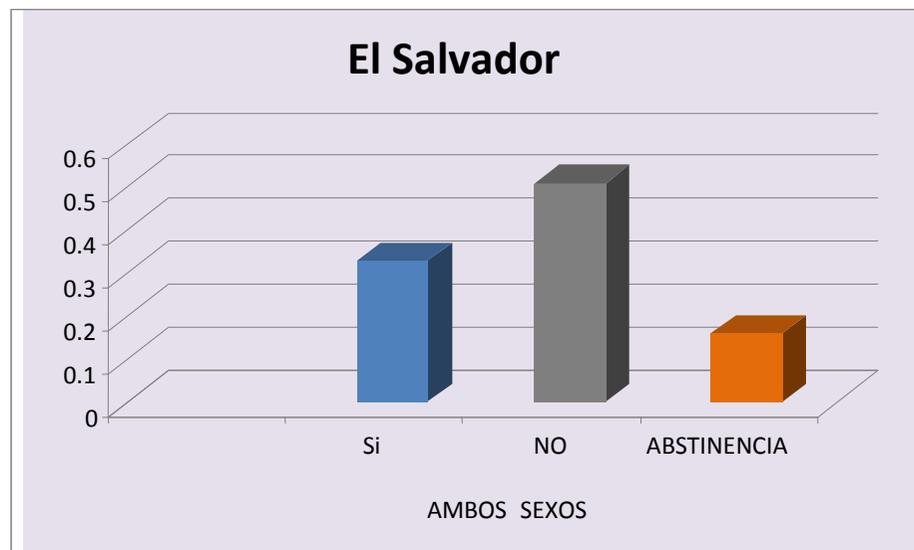
EL SALVADOR



16. Población Adulta Mayor, que desea ser miembro de alguna Institución que vele por ellos.

CUADRO 16

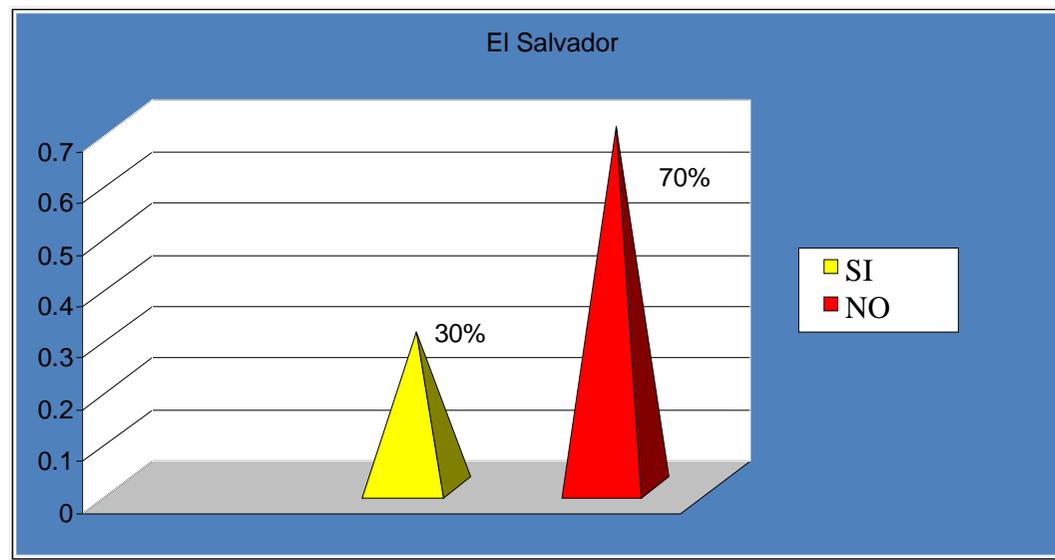
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS		
	SI	NO	ABSTINENCIA
El Salvador	33%	51%	16%
Santa Ana	44%	36%	20%
San Salvador	31%	40%	29%
San Miguel	23%	77%	0%



17. Población Adulta Mayor que considera, que el Gobierno solventa sus necesidades básicas.

CUADRO 17

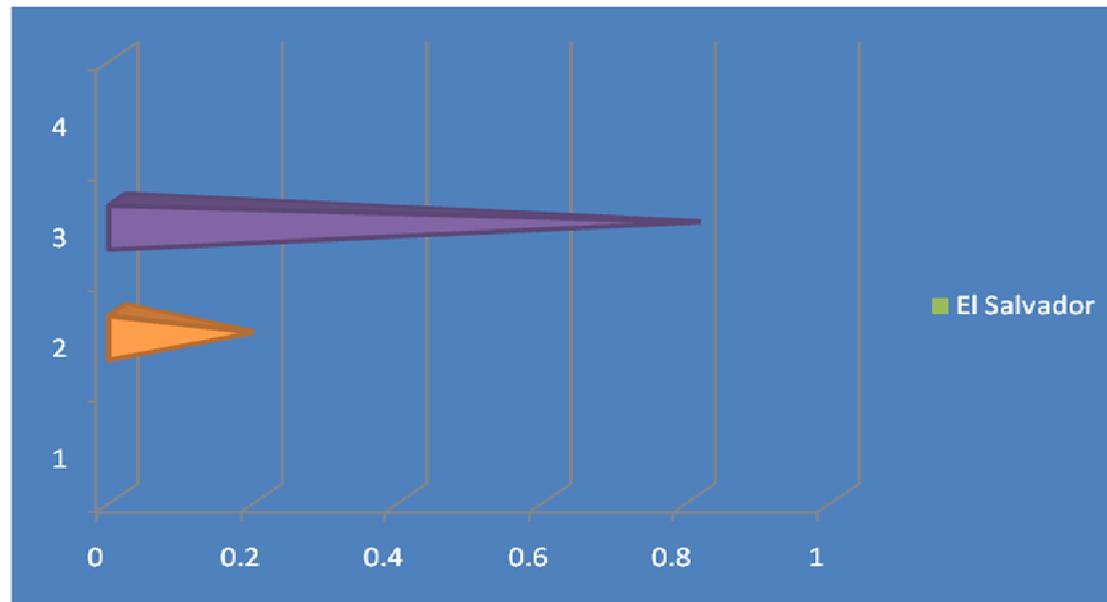
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS	
	SI	NO
El Salvador	30%	70%
Santa Ana	33%	67%
San Salvador	11%	89%
San Miguel	46%	54%



18. Población Adulta Mayor beneficiada por el Gobierno o Institución Privada.

CUADRO 18

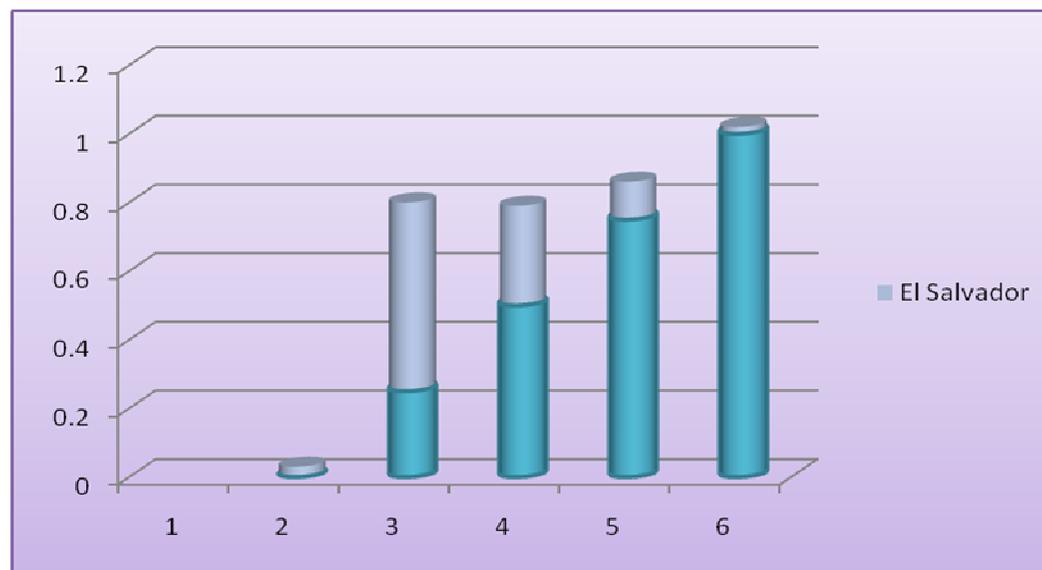
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS		
	SI	NO	BENEFICIO
El Salvador	19%	81%	***
Santa Ana	16%	84%	alimentación
San Salvador	26%	74%	empleo
San Miguel	15%	85%	salud



19. Porcentaje de la Población Adulta Mayor que solventa sus necesidades Económicas.

CUADRO 19

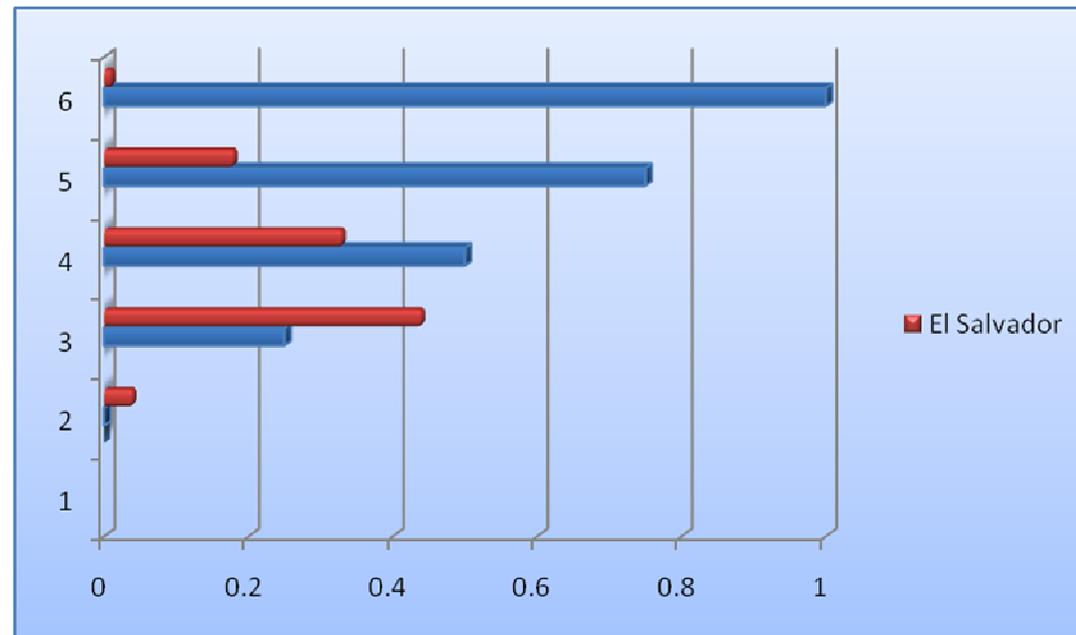
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS				
	0%	25%	50%	75%	100%
El Salvador	3%	55%	29%	11%	2%
Santa Ana	9%	58%	27%	5%	1%
San Salvador	1%	61%	21%	13%	4%
San Miguel	1%	46%	38%	15%	0%



20. Porcentaje de la Población Adulta Mayor que solventa sus necesidades de Salud y Alimentación.

CUADRO 20

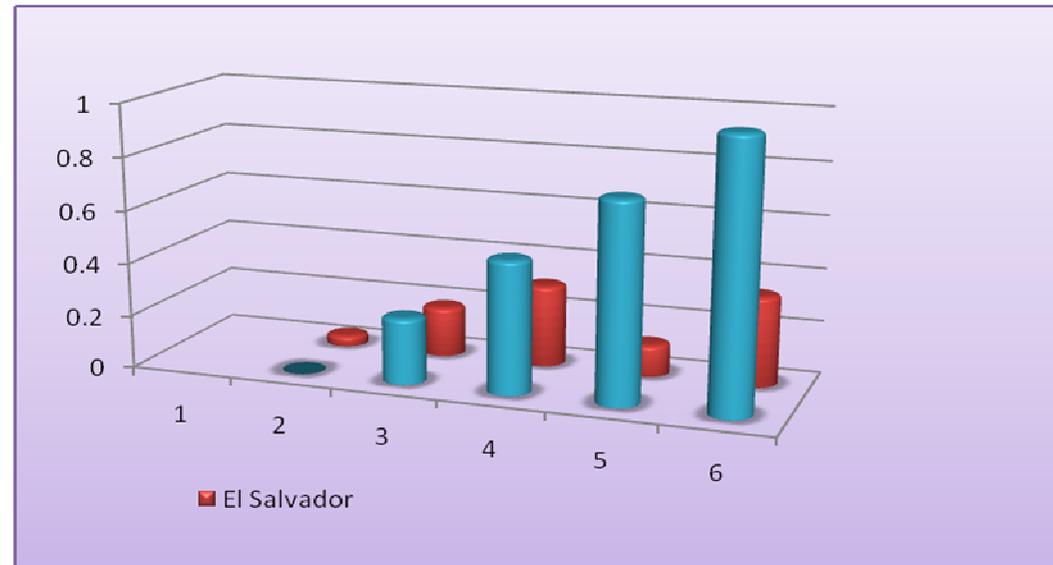
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS				
	0%	25%	50%	75%	100%
El Salvador	4%	44%	33%	18%	1%
Santa Ana	11%	62%	18%	9%	0%
San Salvador	0%	47%	29%	20%	4%
San Miguel	0%	23%	54%	23%	0%



21. Porcentaje de la Población Adulta Mayor que solventa sus necesidades de Vivienda.

CUADRO 21

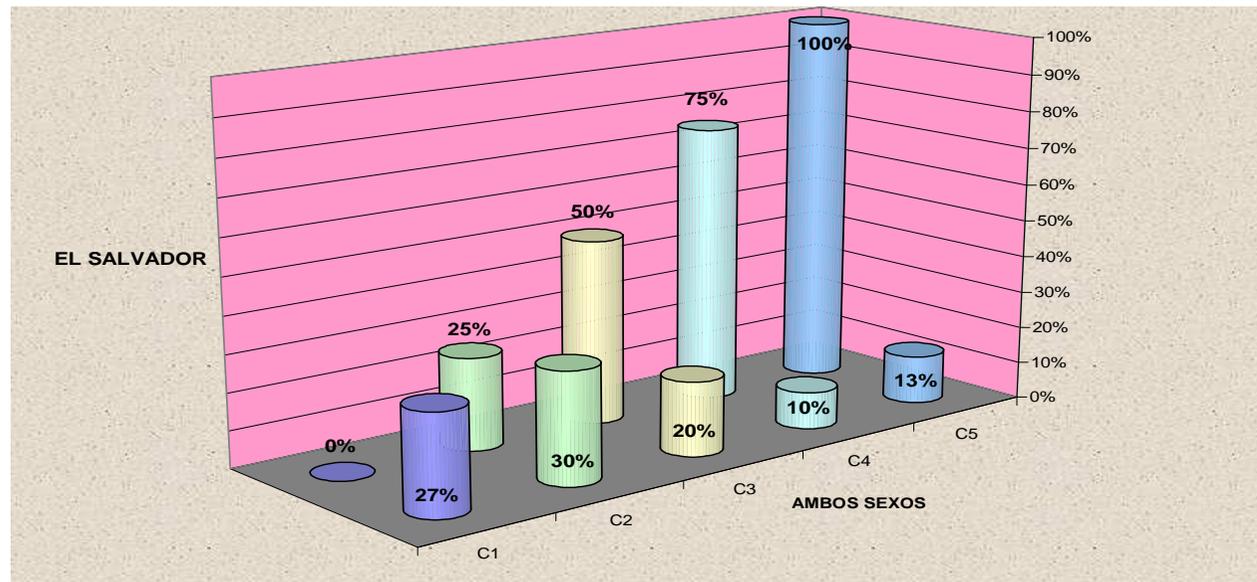
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS				
	0%	25%	50%	75%	100%
El Salvador	4%	19%	31%	12%	34%
Santa Ana	13%	29%	29%	4%	25%
San Salvador	0%	27%	27%	16%	30%
San Miguel	0%	1%	38%	15%	46%



22. Porcentaje de la Población Adulta Mayor que cubre sus necesidades de Trabajo.

CUADRO 22

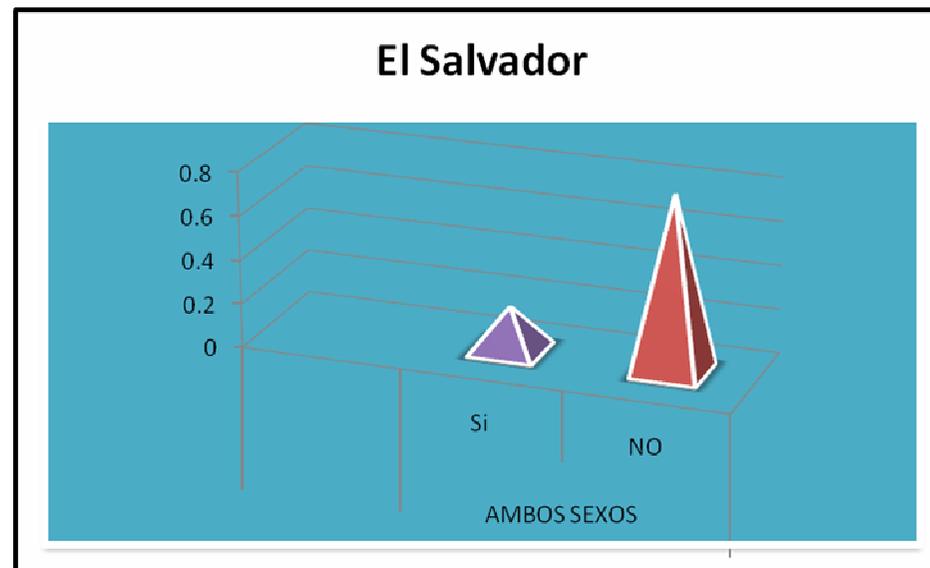
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS				
	0%	25%	50%	75%	100%
El Salvador	27%	30%	20%	10%	13%
Santa Ana	20%	47%	28%	5%	0%
San Salvador	16%	43%	24%	10%	7%
San Miguel	46%	0%	8%	15%	31%



23. Conocimiento de los Programas brindados por la Secretaria Nacional de la Familia, por la Población Adulta Mayor.

CUADRO 23

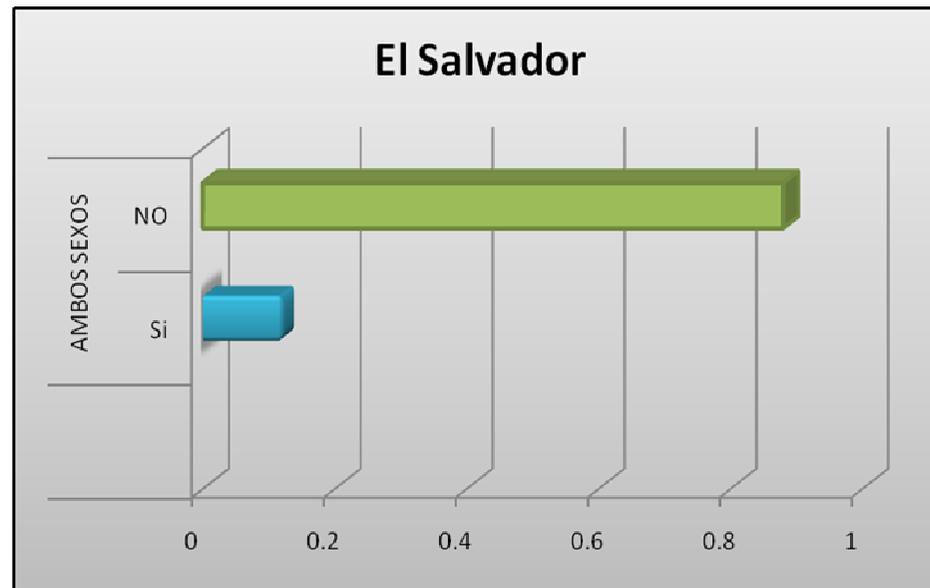
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS	
	SI	NO
El Salvador	20%	80%
Santa Ana	7%	93%
San Salvador	21%	79%
San Miguel	31%	69%



24. Población Adulta Mayor beneficiada por algún programa de la Secretaria Nacional de la Familia.

CUADRO 24

NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS	
	SI	NO
El Salvador	12%	88%
Santa Ana	29%	71%
San Salvador	5%	95%
San Miguel	0%	100%

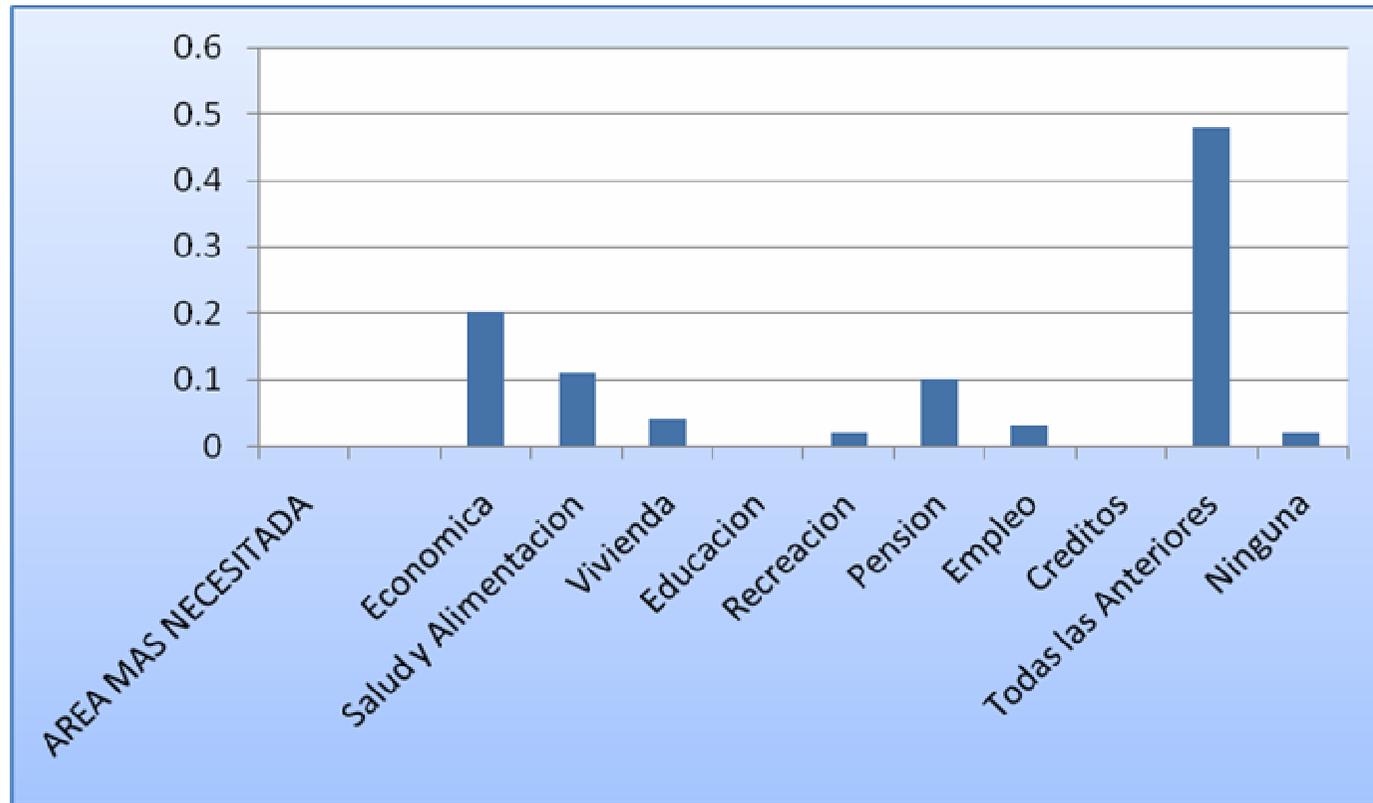


25. Área donde falta mayor atención para el Adulto Mayor.

CUADRO 25

AREA MAS NECESITADA	NACIONAL Y DEPARTAMENTAL			
	EL SALVADOR	SANTA ANA	SAN SALVADOR	SAN MIGUEL
Económica	20%	18%	10%	31%
Salud y Alimentación	11%	7%	10%	15%
Vivienda	4%	4%	9%	0%
Educación	0%	0%	0%	0%
Recreación	2%	1%	5%	0%
Pensión	10%	2%	20%	8%
Empleo	3%	5%	6%	0%
Créditos	0%	0%	0%	0%
Todas las Anteriores	48%	58%	40%	46%
Ninguna	2%	5%	0%	0%

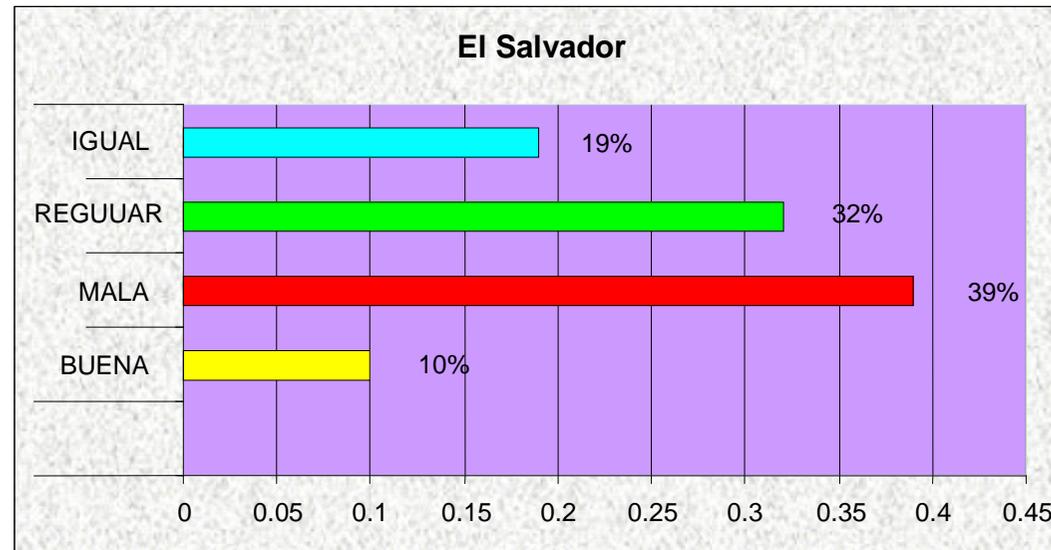
EL SALVADOR



26. Calificación de la Ley de Atención Integral del Adulto Mayor.

CUADRO 26

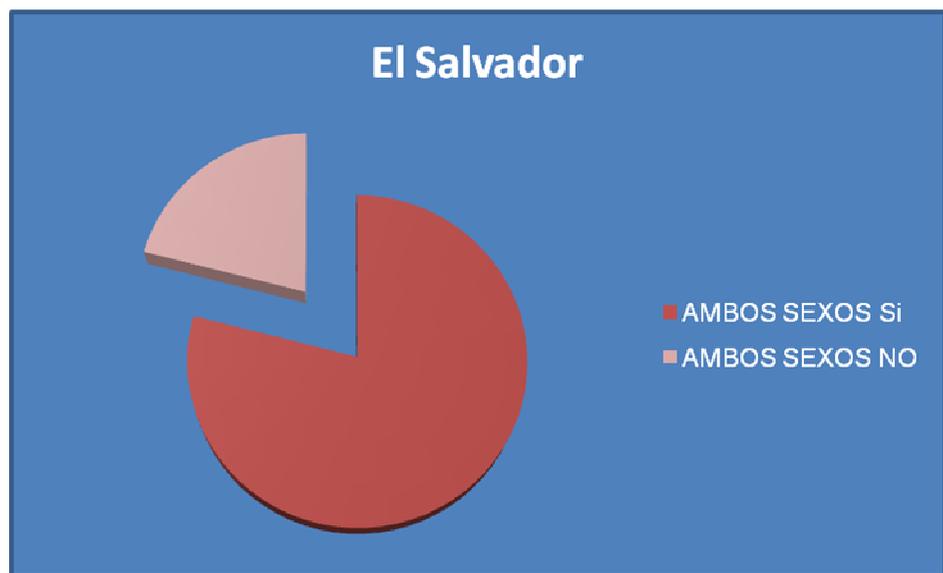
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS			
	BUENA	MALA	REGULAR	IGUAL
El Salvador	10%	39%	32%	19%
Santa Ana	7%	35%	33%	25%
San Salvador	13%	44%	9%	34%
San Miguel	8%	38%	54%	0%



27. Porcentaje de la Población Adulta Mayor que lleva un control medico en una Clínica de Salud o Medico Particular.

CUADRO 27

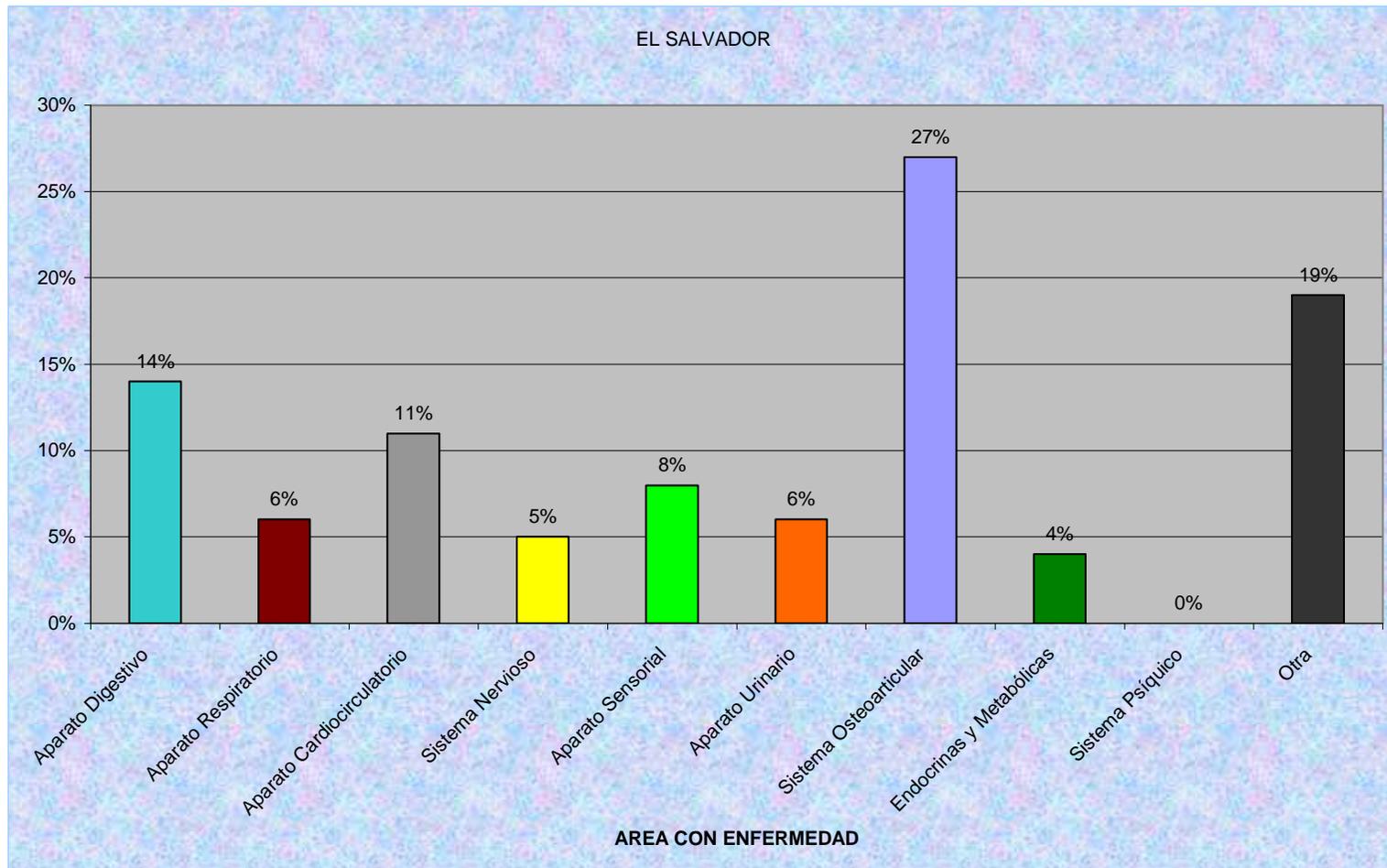
NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS	
	SI	NO
El Salvador	79%	21%
Santa Ana	71%	29%
San Salvador	74%	26%
San Miguel	92%	8%



28. Población Adulta Mayor que padece de alguna enfermedad.

CUADRO 28

AREA CON ENFERMEDAD	NACIONAL Y DEPARTAMENTAL			
	EL SALVADOR	SANTA ANA	SAN SALVADOR	SAN MIGUEL
Aparato Digestivo	14%	18%	4%	20%
Aparato Respiratorio	6%	0%	9%	8%
Aparato Cardiocirculatorio	11%	5%	19%	8%
Sistema Nervioso	5%	11%	4%	1%
Aparato Sensorial	8%	5%	10%	10%
Aparato Urinario	6%	6%	6%	4%
Sistema Osteoarticular	27%	13%	23%	44%
Endocrinas y Metabólicas	4%	7%	3%	2%
Sistema Psíquico	0%	0%	0%	0%
Otra	19%	35%	22%	1%



29. Población Adulta Mayor que ha sido víctima de violencia.

CUADRO 29

NACIONAL Y DEPARTAMENTAL	AMBOS SEXOS	
	SI	NO
El Salvador	31%	69%
Santa Ana	35%	65%
San Salvador	26%	74%
San Miguel	31%	69%



30. Porcentaje de la Población Adulta Mayor que ha sido víctima de violencia por parte de otros.

CUADRO 30

TIPO DE VIOLENCIA	NACIONAL Y DEPARTAMENTAL			
	EL SALVADOR	SANTA ANA	SAN SALVADOR	SAN MIGUEL
FAMILIAR				
FISICA	16.30%	9%	6%	0%
PSICOLOGICA	45.65%	21%	6%	15%
AMBAS	20.65%	5%	14%	0%
NINGUNA	17.40%	0%	0%	16%
PARTICULAR				
FISICA	19.57%	9%	9%	0%
PSICOLOGICA	41.30%	20%	10%	8%
AMBAS	22.83%	6%	7%	8%
NINGUNA	16.30%	0%	0%	15%

CAPITULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 Conclusiones.

Se ha finalizado de una manera satisfactoria el tema investigado por nuestro equipo de trabajo y tomando en consideración la serie de problemáticas que giran alrededor de las personas adultas mayores, concluimos que si es posible evadir y corregir los factores que facilitan la aceleración del envejecimiento mediante una atención integral en las condiciones socioeconómicas, sociopolíticas y socioculturales entre otras, que hagan efectiva la vejez saludable.

Actualmente la condición de la actividad económica de la población de sesenta años y más registrada como activa, no logra satisfacer dignamente sus necesidades básicas que involucran para subsistir, esto sea por no tener una remuneración fija y positivamente compensativa; dado que todos ellos pertenecen al sector informal por el simple hecho que nuestra legislación pensiona y jubila al sector formal al llegar a esta edad.

En cuanto a educación se refiere, hemos comprobado que cerca del 56% de adultos mayores son alfabetas, aunque del resto se rescatan algunos que pueden enseñarnos muchas cosas positivas, por lo que hace falta implementar los programas plasmados en los diversos cuerpos normativos para mejorar esos intelectos y así poder exaltar los derechos que protegen a este grupo social vulnerable.

La situación de los adultos mayores en nuestro país ha sido olvidada hasta el punto de ser víctima de discriminación por parte de la sociedad misma, es por ello que los problemas de salud se hacen graduales y avanzan a diferentes velocidades según el individuo. De hecho, muchas personas no experimentan este tipo de pérdidas sino hasta muy avanzada edad (mayor de 80 años) y la gran mayoría de ellas se adaptan a las limitaciones de sus problemas de salud por el carecimiento de políticas de seguridad social durante el transcurso de sus vidas.

A manera de ilustración, podemos decir que la pobreza gerontológica abarca la marginalidad social, familiar y personal, mediante el engendro de una vida inactiva. El envejecimiento como ya se ha mencionado, conlleva a la pérdida o disminución de la funcionabilidad normal de los organismos vitales del cuerpo humano para subsistir, y en nuestro país se registra un gran número de patologías gerontológicas de las cuales la población se hace vulnerable por lo que se requiere una legislación que promueva programas para tratar estas deficiencias humanas e institucionales.

Es por ello que aunque la población adulta mayor en nuestro país no representa un gran sector de la población total, no significa que deben pasarse por alto sus necesidades, pero en estos últimos años los avances que se dicen tener respecto a ello no dejan de ser una simple pantalla con lo que el gobierno trata de crear la falsa visión que en verdad esta ayudando y velando por los derechos que tienen todas estas personas, cuando la realidad sigue siendo otra.

Sintetizando lo expuesto, significa que nuestro país se enmarca dentro de aquellos que poseen un crecimiento continuo de transición demográfica (encaminada hacia la vejez), y aun cuando exista mayor porcentaje

poblacional entre las edades menores de la categoría objeto de estudio, no se debe olvidar que dicha población sigue estando ahí, esperando recibir la atención especial que se merecen como sector vulnerable y siendo que su aumento no es el esperado por cuanto no hay indicios que se eleve la tasa de crecimiento inter-censal, (careciendo de estudios que determinen la tasa efectiva de crecimiento gerontológica¹⁰⁶) resulta descubrir la falta de interés del Estado para velar y hacer cumplir los derechos que los diferentes cuerpos normativos le otorgan a este sector.

5.2 Recomendaciones.

Después de haber realizado una investigación y analizado algunas instituciones dedicadas a brindar servicios a la población adulta mayor, en los departamentos de Santa Ana, San Salvador y San Miguel más las encuestas realizadas a la misma, nos hemos dado cuenta que aun falta mucho camino por recorrer para que este sector goce de la protección especial que las Leyes establecen y les sea brindada una efectiva Atención Integral, es así que vemos la necesidad de ciertos aspectos los cuales mencionamos de la siguiente manera:

A los habitantes salvadoreños.

a) Es importante que para lograr y brindar una verdadera Atención Integral a este sector poblacional, se debe buscar el apoyo de todos los grupos que conforman la sociedad, es decir la iglesia, la familia, las instituciones públicas y privadas, y el Estado mismo para desarrollar un proyecto en conjunto que busque la participación de todos.

¹⁰⁶ Se calcula mediante la resta entre la tasa de natalidad gerontológica y la tasa de mortalidad gerontológica, con lo que se obtiene la tasa de crecimiento vegetativo de la población adulta mayor; y finalmente, se le añade (o resta) el porcentaje neto de la migración gerontológica (inmigración - emigración).

b) Unificar esfuerzos mediante la promoción de federaciones y confederaciones de las diversas instituciones, tanto privados como públicos descentralizados, que tengan por objeto el cuidado y protección de adultos mayores, para que exista una mejor atención nacional mediante una administración sólida y comprometida.

A la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

a) Implementar un programa eficaz para que revise y dictamine periódicamente todo cuerpo normativo para así poder crear o incorporar normas que velen por la situación del adulto mayor como fundamento de protección de los derechos humanos.

Al Órgano Ejecutivo.

a) El salario mínimo y/o pensiones deben de elevarse al precio de la Canasta Básica del Mercado, la que comprende alimentos y servicios como de vivienda, agua, energía eléctrica, telefonía, vestuario y educación entre otros. Para así poder brindar un envejecimiento digno a todo adulto mayor dependiente e independiente.

b) Fortalecer el sistema de educación para abolir todo tipo de discriminación del envejecimiento, mediante el implemento de programas educativos accesibles a la población adulta mayor, como de estudio para los jóvenes y adultos, enfatizando la puesta en marcha del “Plan didáctico para la enseñanza de atención primaria en salud de las personas adultas mayores en instituciones formadoras de profesionales en salud¹⁰⁷” para así ir eliminando las fronteras oscuras del envejecimiento propio e impropio (de los

¹⁰⁷ *Elaborado por la Licda Rhina Hernández Tomasino, Dra. Yasmín Delgado y Otros, conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; año 2003.*

demás semejantes) en cuanto a trato, cuidado y respeto que como seres humanos tenemos y merecemos.

Al Órgano Legislativo.

a) El cumplimiento efectivo de los artículos 210 y 145 de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones, solamente será digno a la persona beneficiada, cuando existan reformas que cumplan con transparencia y discusión representativa entre el beneficiado y el benefactor en cuanto a su revalorización anual se refiere, previo estudio objetivo del salario promedio cotizante, del costo de la canasta básica y los recursos disponibles requeridos por el gobierno central. Hacemos mención que el sistema de pensión público debe optar por el mismo mecanismo una vez le sea aplicable.

b) Las políticas normativas deben de tener por objeto directo o indirecto la eliminación de la discriminación que por razón de la edad sufra toda persona adulta mayor, mediante la implementación de mecanismos que garanticen la calidad de vida personal y social, a su vez, reconocer y garantizar mediante la incorporación dentro de los cuerpos normativos fundamentales, normas destinadas a condenar dicha discriminación.

c) Que mediante un Decreto Legislativo se le de Autonomía al Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de Adultos Mayores (CONAIPAM), se le asigne un porcentaje dentro del presupuesto nacional y a la vez se le otorgue de un espacio físico donde funcione administrativamente y cumpla con el objetivo por el cual fue creado y que hasta el momento no ha sido cumplido a satisfacción; o se cree un nuevo organismo autónomo e independiente que tenga como función principal velar por el cumplimiento

efectivo de los Derechos de los Adultos Mayores y que a la vez se encargue de supervisar a las demás entidades existentes en el país.

A la comunidad internacional.

a) Que la preocupación tanto nacional como internacional siga siendo debidamente atendida por los gobiernos y más aun cuando carguen con compromisos debatidos, decididos y tomados en pactos internacionales, especialmente los de normativa gerontológica. Recomendamos a su vez, la puesta en marcha de los intercambios de conocimientos para tratar la vejez.

Al Estado salvadoreño.

a) Existen muy diversas promociones con respecto a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, cuales insta en la legislación y proyectos de acciones para que participe la sociedad civil mediante la dirección del gobierno. Dentro de ellas, cabe mencionar, que para que disminuyan los maltratos y discriminaciones es necesario hacer efectivos los derechos, deberes y procedimientos sancionadores mediante la implementación de políticas institucionales de interés social.

b) Como meta a largo plazo y no mayor del tiempo de una administración gubernamental en el ramo de su gestión ejecutiva, es necesario proyectar y ejecutar profesionalmente y no técnica un sistema de seguridad social en cuanto lo necesiten aquellos Adultos Mayores desprotegidos por el simple hecho de estar excluidos de los programas de previsión social; este sistema debe estar financiado por una partida económica que sea percibida directamente por el adulto mayor vulnerable, su familia o responsable, o indirectamente por medio de una institución administrativa central (CONAIPAM, como ente autónomo) en coordinación con sus dependencias (con las diversas Instituciones que tienen el mismo

objeto de trabajo) en la que se responsabilicen por la atención digna que estas personas necesitan y merecen.

c) Que el Estado salvadoreño debe de hacer efectivo lo dispuesto en el artículo 70 de nuestra Constitución cuando establece la obligación de tomar a su cargo a las personas indigentes, que por su edad, sean inhábiles para el trabajo, especialmente para con las mujeres adultas mayores que no tienen hijos u otro familiar, o persona a su cuidado que vele por ellas, debiendo tomar en cuenta que solamente, la mínima cantidad del 8.3% de mujeres de esta categoría no tienen hijos.

d) Que exista concientización en las labores que ejerce la Primera Dama de la Nación, como encargada de dirigir a la Secretaria Nacional de la Familia, en coordinación con las demás entidades, sean estas, gubernamentales y no gubernamentales que se dedican a la protección de la población adulto mayor, para que en conjunto realicen un mejor desempeño dentro del Sistema Nacional de Protección a la familia y personas adultas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS.

ALAMANNI DE CARRILLO, BEATRICE; **“Breves consideraciones de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos sobre la situación de las Personas Adultas Mayores en El Salvador”**, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos; El Salvador, 2005.

BELTRÁN, JOSÉ MIGUEL Y OTRA; **“Los Factores Posibilitadores y las Expresiones de la Violencia en los Noventa”**, ECA, No 588, Octubre de 1997.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE; **“América Latina y el Caribe: el Envejecimiento de la Población. 1950-2050”**, primera edición, Santiago de Chile, 2003.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS; **“Censos Nacionales de Población 1930-1992”**, Ministerio de Economía, El Salvador 1997.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS; **“Resultados de la Población de la Tercera Edad 1997-1992 (Variables Económicas, Sociales y Educativas)”**, Ministerio de Economía de El Salvador, septiembre de 1998.

LUNA, OSCAR HUMBERTO; **“Posición del Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos, frente a la aplicación de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor”**, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, El Salvador, 2007.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; **“Informe sobre el tema Adulto Mayor”**, Actualizado para ser presentado a la XII Reunión de la Comisión de Derechos Humanos del Parlamento Latinoamericano; San José de Costa Rica, del 29 de octubre al 1º de noviembre de 2000.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; **“Programa de Reconstrucción de Post-Guerra en El Salvador”**, México, 1999.

RODRÍGUEZ DE FLORES, LOURDES; **“Política Nacional de Atención a la Persona Adulta Mayor”**, Secretaria Nacional de la Familia, segunda edición, El Salvador, 2001.

SECRETARÍA NACIONAL DE LA FAMILIA; **“Directorio de Instituciones dedicadas a la Atención de las Personas Adultas Mayores en El Salvador”**, año 2002.

ENSAYO.

VIVEROS MADARIAGA, ALBERTO; **“Los Desafíos de Acción Continental en los temas del Envejecimiento y la Vejez”**, Ensayo, Chile 2004.

TESIS.

CARRILLO QUIROZ, YANIRA ELIZABETH: "**Memoria de Labores realizadas durante el Servicio Social en el Asilo Sara Zaldívar**", tesis, Universidad de El Salvador, 1995.

MARTINEZ URQUILLA, EMERITA LIZET Y OTROS; "**La Eficacia del Sistema Nacional de Protección a las Personas de Tercera Edad en el tratamiento de Abandono al Adulto Mayor**", tesis, Universidad de El Salvador, 2005.

MINERO HERNANDEZ, NANCY CAROLINA, Y OTROS; "**Papel del Sistema Nacional de Protección de los Adultos Mayores en la Protección Integral de dicho sector**", tesis, Universidad de El Salvador, 2003.

PÁGINAS Y DIRECCIONES DE INTERNET.

http://www.isri.gob.sv/asilo_sara_zaldivar_2003.htm; "**Centro de Atención a Ancianos Asilo Sara Zaldívar**", fecha de consulta: 3 de julio de 2008.

<http://www.elsalvador.com/noticias/2006/02/23/escenarios/esc1.asp>; "**FUSATE, la voz de la Tercera Edad**", fecha de consulta: 5 de agosto de 2008.

<http://www.jurisprudencia.gob.sv/Lgmateria.htm>; "**Legislación Nacional**", fecha de consulta: 6 de junio de 2008.

<http://www.primeradama.gob.sv/enero3108.html>; “**SNF Clausura Mes dedicado a las Personas Adultas Mayores**”, fecha de consulta: 20 de julio de 2008.

LEGISLACIÓN.

Código de Familia, Decreto Legislativo número 677, Diario Oficial 231, publicado el 13 de diciembre de 1993.

Código de Salud, Decreto Legislativo número 955, Diario Oficial 86, publicado el 11 de mayo de 1988.

Código de Trabajo, Decreto Legislativo número 15, Diario Oficial 142, publicado el 31 de julio de 1972.

Código Penal, Decreto Legislativo número 1030, Diario Oficial 105, publicado el 10 de junio de 1997.

Código Procesal Penal, Decreto Legislativo número 904, Diario Oficial 11, publicado el 20 de enero de 1997.

Constitución de la Republica de El Salvador, Decreto Legislativo número 38, Diario Oficial 234, publicado el 16 de diciembre de 1983.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS; “**Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José**”, Costa Rica, 1969.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; “**Declaración sobre Política de Protección Integral al Envejecimiento y la Vejez Saludable**”, Montevideo, 1997.

Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, Decreto Legislativo número 902, Diario Oficial 241, publicado el 20 de diciembre de 1996.

Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, Decreto Legislativo número 717, Diario Oficial 38, publicado el 25 de febrero de 2002.

Ley del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada, Decreto Legislativo número 500, Diario Oficial 225, publicado el 28 de noviembre de 1980.

Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones, Decreto Legislativo número 927, Diario Oficial 243, publicado el 23 de diciembre de 1996.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; “**Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos**”, Ginebra, Suiza ,1966.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; “**Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales**”, Ginebra, Suiza ,1966.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; “**Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**”, Madrid, España, 2002.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; “**Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento**”, Viena, Austria, 1982.

ANEXOS

I. GLOSARIO.

★ **Adulto Mayor.**

Son todas aquellas personas que poseen una edad mayor a los sesenta años de edad.

★ **Atención Integral.**

Es la atención que la familia, la sociedad y el Estado debe brindar a los Adultos Mayores en función de satisfacer sus necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, legales y familiares.

★ **Atención Geriátrica.**

Se refiere a la atención brindada por el personal médico con formación académica o capacitación formal en la medicina para las personas Adultas Mayores.

★ **Atención Gerontológica.**

Se refiere a la atención brindada por el personal socio-sanitario que ha tenido formación académica o capacitación formal en gerontología.

★ **Abandono o Desamparo.**

Se considera una persona Adulta mayor en situación de abandono o riesgo social cuando carezca de medios de subsistencia, es decir se vea privado de alimentos o de las atenciones que se requiere su salud, cuando no disponga de una habitación cierta o se vea habitualmente privado del

afecto o del cuidado de sus hijos o familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, cuando se objeto de violencia intrafamiliar o malos tratos de terceras personas y cuando existan circunstancias de desamparo que lleven a la convicción de que se encuentra en situación de abandono, la cual será declarada por los tribunales correspondientes.

★ **Accesibilidad.**

Es el conjunto de condiciones del entorno físico, de las comunidades y del transporte que permiten la integración comunitaria y vida autónoma de las Personas Adultas Mayores, como lo son Centros de Atención que brindan atención geronto-geriátrica, psicológica, moral, social y jurídica a las personas Adultas Mayores.

★ **Calidad de Vida.**

Es «la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones, esto incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno» (OMS, 1994).

★ **Centros de Atención.**

Están conformados por Asilos, residencias, hogares. Albergues, centros de día y/o comunitarios, entre otros que brindan atención a las personas Adultas Mayores.

★ **Centros de Día.**

Son centros diurnos en los que se desarrollan programas de actividades ocupacionales, socioculturales y recreativas de acuerdo a los intereses de las personas Adultas Mayores que los visitan.

★ **Centros Comunitarios.**

Son centros que pueden contar con la infraestructura física necesaria tales como casa comunales, clubes, en los que se cumple la función de la familia sustituta y se propicia atención, afecto y apoyo emocional a las personas Adultas mayores.

★ **Enfermedades utilizadas.**

- ✓ Aparato Cardiocirculatorio, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, hipertensión.
- ✓ Aparato Digestivo, úlceras, gastritis, cáncer de colon, colesterol.
- ✓ Aparato Sensorial, cataratas, glaucoma, sordera, síndrome vertiginoso.
- ✓ Enfermedades Endocrinas y Metabólicas, diabetes, deshidratación, obesidad, malnutrición, entre otras.
- ✓ Sistema Nervioso, Parkinson, epilepsia, síndrome demencial, aneurismas cerebrales.
- ✓ Sistema Osteoarticular, artrosis, fracturas, osteoporosis, artritis metabólicas.
- ✓ Sistema Psíquico, depresión, ansiedad, síndromes delirantes, esquizofrenia.
- ✓ Sistema Respiratorio, neumonía, gripe, bronquitis crónica, cáncer de pulmón.

- ✓ Sistema Urinario, incontinencia urinaria, infecciones urinarias, cáncer de próstata, cáncer de vejiga, insuficiencia renal, cálculos.

★ **Envejecimiento Activo.**

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), se define como "el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez". Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas.

★ **Esperanza de Vida Saludable.**

Este término se utiliza comúnmente como sinónimo de «esperanza de vida libre de discapacidad ». Mientras la esperanza de vida al nacer sigue siendo una importante medida del envejecimiento de la población, es decir, cuánto tiempo pueden las personas esperar vivir sin discapacidad resulta especialmente importante para una población que envejece.

★ **Geriatría.**

Es la rama de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se presentan en la vejez. Para el *Doctor Juan Ramón Mena Guerra*, Geriatra Internista "La Geriatría es la rama de la medicina y de la gerontología que estudia la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de las enfermedades del adulto mayor", ya que se evalúa al paciente desde diferentes puntos de vista entre los cuales se mencionan: a) físico, b) psíquico, c) funcional (incluye las actividades de la vida diaria que

hacemos y las que hacemos sin sentirlo), y d) social, lo que determina la diferencia de la Geriatría para con la Medicina General.

★ **Gerontología.**

Ciencia que se ocupa de las personas mayores y en especial de los aspectos sociales y de conducta del envejecimiento. Aunque este proceso abarca toda la vida y sus efectos varían según el individuo, se considera que la tercera edad comienza a los 65 años. Desde 1920, el número de personas en las sociedades industrializadas que llegan a la tercera edad ha aumentado de forma considerable. En numerosos países occidentales la esperanza de vida supera los 70 años (en España en concreto era de 78 años en 1993). En los países en vías de desarrollo a medida que se van eliminando las enfermedades infantiles y mejora la sanidad, la esperanza de vida también va aumentando.

★ **Hogar, Asilo, Residencia o Albergue.**

Son instalaciones en las cuales se prestan servicios institucionalizados en los que se ofrece a las personas Adultas Mayores la posibilidad de convivir en un ambiente sustitutivo, cuando no es viable su permanencia en su entorno habitual. La estancia de las personas Adultas Mayores en estos centros puede ser permanente o temporal.

★ **Principio de Autonomía.**

Es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias.

★ **Principio de Independencia.**

Se entiende como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás.

★ **Violencia o Maltrato.**

Entre este tipo de violencia están:

- ✓ Los **malos tratos físicos**, pueden ser actos únicos o repetidos, o situaciones prolongadas. Estas últimas incluyen cualquier restricción o confinamiento inapropiado que provoquen dolor o lesiones corporales, dentro de las consecuencias se incluyen indicadores físicos y manifestaciones psicológicas visibles, como una disminución de la movilidad, confusión y otro tipo de alteraciones del comportamiento.
- ✓ El **auto-abandono**, que consiste en una serie de comportamientos que representan una amenaza para la salud o seguridad de una persona de edad, como un impedimento físico o cognitivo, y que llevan a una capacidad limitada para cuidar de sí mismo o mantenerse en buena salud. La depresión y unas condiciones de vida precarias pueden ser indicadores de auto-abandono.
- ✓ Los **malos tratos emocionales o psicológicos**, o la agresión verbal crónica, incluyen palabras e interacciones que denigran a las personas de edad, y que hieren y disminuyen su identidad, dignidad y autoestima. Este tipo de maltrato se caracteriza por: a) la falta de respeto por la intimidad y las pertenencias de la persona de edad; b) la falta de consideración de sus deseos; c) la negación del acceso a sus allegados; y d) la desatención de las necesidades sociales y de salud de la persona. Los indicadores de que se están cometiendo malos tratos emocionales pueden incluir diversas manifestaciones

sicológicas como el miedo, la dificultad para adoptar decisiones, la apatía, el aislamiento y la depresión.

- ✓ La **explotación económica**, o los malos tratos materiales, incluyen: a) el uso ilegal o indebido, o la apropiación indebida de la propiedad o las finanzas de una persona de edad; b) la modificación forzada de su testamento u otros documentos jurídicos; c) la negación del derecho de acceso y control sobre sus fondos personales; y d) los timos financieros y otros tipos de fraude.
- ✓ Los **abusos sexuales**, es decir, todo contacto sexual sin consentimiento, incluidos la violación, el atentado al pudor y el acoso sexual por parte de los encargados de cuidar de la persona de edad. Los abusos sexuales resultan particularmente graves cuando la víctima no puede comunicarse bien o es incapaz de protegerse, ya sea por motivos físicos o ambientales. Las agresiones sexuales suelen clasificarse dentro de los abusos físicos.
- ✓ El **abuso de medicamentos**, significa el uso indebido, ya sea deliberado o accidental, de medicamentos recetados por el médico u otro tipo de medicamentos, que puede deberse a la negación de un medicamento necesario o la administración del medicamento en dosis que puedan sedar o provocar daños físicos a la persona de edad.
- ✓ Los **malos tratos sistémicos**, comprenden la marginación de las personas de edad mediante su ingreso en instituciones, o mediante la aprobación y aplicación de determinadas políticas sociales y económicas, y conducen a la distribución desigual de los recursos y a la discriminación en la provisión y prestación de servicios.
- ✓ La **violencia económica**, con el fin de obtener el control de los bienes de las personas de edad puede, en algunos contextos, verse agravada por la existencia de estructuras económicas, sociales y políticas que toleran o fomentan indirectamente la violencia. Las personas de edad

están particularmente expuestas a la violencia económica debido a su debilidad física y a su poca capacidad para protegerse contra la violencia. En los casos en que tienen bienes importantes para el bienestar de un hogar, como una pensión o un título de propiedad de una vivienda, a veces son presionadas para que renuncien a sus derechos sobre estos bienes. Se han dado casos de violación para forzar a las mujeres a renunciar a sus bienes, así como casos de expropiación y de expulsión de la mujer viuda de la casa familiar.

- ✓ La **violencia social o doméstica**, contra las personas de edad se produce en el contexto de una descomposición de las relaciones sociales entre la persona de edad y su familia o de una falta de armonía familiar. El grado en que ocurre depende de las normas socioculturales sobre lo que constituye una conducta aceptable, la importancia de los valores familiares y las ideas sobre el envejecimiento imperantes en la sociedad.
- ✓ La **violencia en la comunidad**, afecta a las personas de edad a través del miedo generalizado que aumenta su propia sensación de inseguridad, así como de los actos de violencia directa. La violencia delictiva, incluidos los atracos, los robos, las violaciones, el vandalismo, la delincuencia, la violencia relacionada con las drogas y las peleas entre pandillas callejeras, pueden influir en los hogares y las comunidades inhibiendo el acceso de los miembros a los servicios básicos, la atención médica y las actividades sociales, así como mediante la victimización directa de las personas de edad.
- ✓ La **violencia política y los conflictos armados**, afectan a las personas de edad directamente y a través de los desplazamientos forzosos. Las necesidades especiales de las personas de edad desplazadas casi nunca se tienen en cuenta en los planes de socorro humanitario. En los campamentos de refugiados se margina a veces a

las personas de edad en la distribución de alimentos y atención médica, incluso son utilizados para promover votos electorales en campañas políticas.

II. TABULACIONES.

1. Crecimiento Demográfico de la Población a nivel Nacional.

CUADRO 1

Censo	Población Total	Tasa de Crecimiento Inter-censal	Tiempo Inter-censal, años
1930	1434361	***	***
1950	1855917	1.29%	20.12%
1961	2510984	2.82%	10.88%
1971	3554648	3.48%	10.16%
1992	5118599	1.73%	21.25%
2007	5744113	0.79%	14.67%

2. Crecimiento Demográfico de la Población Adulta Mayor.

CUADRO 2

Censo	Población Adulta Mayor Total	Tasa de Crecimiento Inter-censal	Tiempo Inter-censal, años
1930	61683	***	***
1950	92650	2.04%	20.12%
1961	137897	3.72%	10.88%
1971	190946	3.26%	10.16%
1992	378527	3.27%	21.25%
2007	542191	2.48%	14.67%

3. Resultados de los diversos Censos de Población en El Salvador.

CUADRO 3

Censo	Población Total	Población Adulta Mayor	Hombres Adultos Mayores	Mujeres Adultas Mayores	Densidad Poblacional / Km2	Proporción Poblacional de Adultos Mayores
1930	1434361	61683	30648	31035	3	4.30%
1950	1855917	92650	44808	47842	4	4.99%
1961	2510984	137897	66276	71621	7	5.49%
1971	3554648	190946	91590	99356	9	5.37%
1992	5118599	378527	175154	203373	18	7.39%

CUADRO 3-1

Censo	Población Nacional	Total de Hombres	Total de Mujeres	Densidad Poblacional / Km2	Proporción Poblacional Nacional
2007	5744113	2719371	3024742	273	100%

Censo	Población Adulta Mayor	Hombres Adultos Mayores	Mujeres Adultas Mayores	Densidad Poblacional / Km2	Proporción Poblacional de Adultos Mayores
2007	542191	239996	302195	26	9.44%

4. Resultados de la Población Adulta Mayor en relación al área de residencia y el nivel de alfabetización.

CUADRO 4

Censo	Adultos Mayores	Área		Educación		
		Urbana	Rural	Alfabeta	Analfabeta	Desconocido
1930	61683	***	***	15738	45945	***
1950	92650	39944	52706	18312	34526	2031
1961	137897	60221	77676	50246	87651	***
1971	190946	89763	101183	71921	119025	***
1992	378527	207074	171453	176556	201971	***

CUADRO 4-1

Censo más Área	Población Nacional	Adultos Mayores		Censo más genero	Adultos Mayores	Educación	
						Alfabetas	Analfabetas
2007	5744113	542191		2007	542191	303299	238892
Urbana	3598836	347870		Hombres	239996	150237	89759
Rural	2145277	194321		Mujeres	302195	153062	149133

5. Estado Familiar de la Población Adulta Mayor según Censos.

CUADRO 5

Censo	Adultos Mayores	Estado Familiar						
		Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Acompañado	Separado	Ignorado
1930	61683	22351	20079	19180	73	***	***	***
1950	92650	22969	28319	25824	328	14353	***	857
1961	137897	35471	45755	32410	1654	19746	***	2861
1971	190946	47777	65681	43506	1816	31701	***	465
1992	378527	54290	130446	93439	4563	69630	26159	***
2007	542191	85929	206832	125789	7995	79578	29393	6675

6. Condición de Actividad Económica de los Adultos Mayores según los Censos.

CUADRO 6

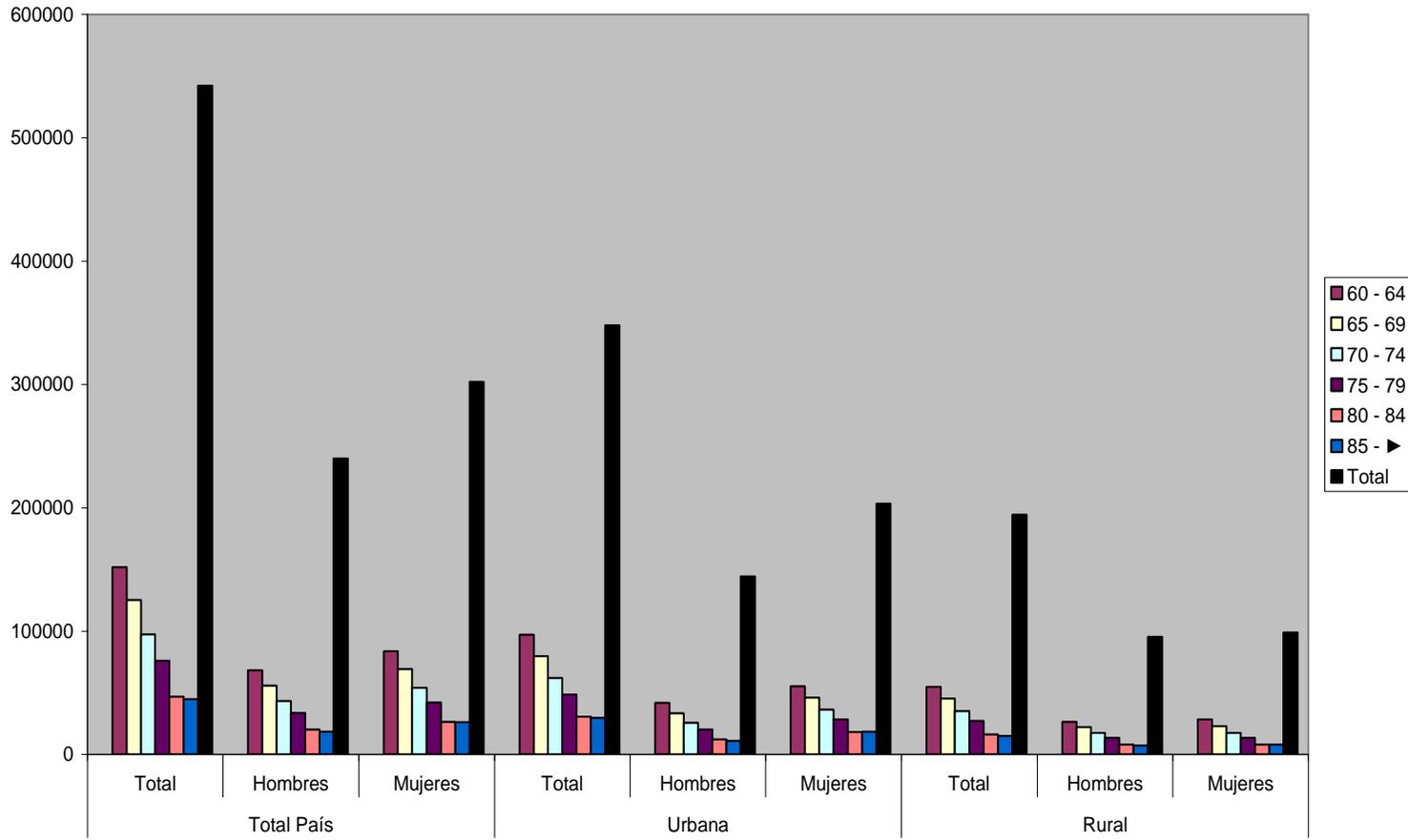
Censo	Población Total	Condición de Actividad Económica Gerontológica		
		PEA	PEI	Relación de Dependencia
1930	1434361	***	***	***
1950	1855917	***	***	***
1961	2510984	807092	137897	17.09%
1971	3554648	1166479	190946	16.37%
1992	5118599	1762002	378527	21.48%
2007	5744113	1909256	542191	28.40%

7. Población Adulta Mayor por área rural y urbana, según edad.

CUADRO 7

Edad	Total País			Urbana			Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
El Salvador	542191	239993	302195	347870	144589	203281	194321	95407	98914
60 - 64	151864	68207	83657	97101	41821	55280	54763	26386	28377
65 - 69	125157	55781	69376	79690	33492	46198	45467	22289	23178
70 - 74	97457	43449	54008	62075	25726	36349	35382	17723	17659
75 - 79	75984	33658	42326	48760	20096	28664	27224	13562	13662
80 - 84	46870	20401	26469	30578	12261	18317	16292	8140	8152
85 - ►	44859	18500	26359	29666	11193	18473	15193	7307	7886
Santa Ana	52604	23882	28722	34287	14526	19761	18317	9356	8961
60 - 64	14844	6808	8036	9613	4183	5430	5231	2625	2606
65 - 69	12287	5608	6679	7920	3369	4551	4367	2239	2128
70 - 74	9460	4290	5170	6122	2597	3525	3338	1693	1645
75 - 79	7452	3482	3970	4859	2083	2776	2593	1399	1194
80 - 84	4461	1997	2464	2952	1238	1714	1509	759	750
85 - ►	4100	1697	2403	2821	1056	1765	1279	641	638
San Salvador	144529	59282	85247	136201	55317	80884	8328	3965	4363
60 - 64	41568	17935	23633	39242	16834	22408	2326	1101	1225
65 - 69	33009	13867	19142	31007	12910	18097	2002	957	1045
70 - 74	25464	10363	15101	23990	9673	14317	1474	690	784
75 - 79	20100	8174	11926	18928	7591	11337	1172	583	589
80 - 84	12580	4795	7785	11875	4445	7430	705	350	355
85 - ►	11808	4148	7660	11159	3864	7295	649	284	365
San Miguel	44224	19469	24755	22420	9071	13349	21804	10398	11406
60 - 64	11966	5227	6739	6009	2448	3561	5957	2779	3178
65 - 69	10167	4531	5636	5134	2095	3039	5033	2436	2597
70 - 74	8118	3613	4505	4175	1662	2513	3943	1951	1992
75 - 79	6297	2833	3464	3180	1328	1852	3117	1505	1612
80 - 84	3781	1620	2161	1919	768	1151	1862	852	1010
85 - ►	3895	1645	2250	2003	770	1233	1892	875	1017

EL SALVADOR



III. PRINCIPALES SUCESOS Y RESOLUCIONES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN LA AGENDA INTERNACIONAL

- 1977** Resolución 32/132 de las Naciones Unidas: se invita a los Estados a organizar una Asamblea Mundial sobre vejez.
- 1978** Resolución 33/52 de las Naciones Unidas: se decide realizar, en 1982, una Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.
- 1979** *La Organización Mundial para la Salud: aprueba la primera resolución sobre el tema.
**Resolución 34/153 de las Naciones Unidas: se aprueba documento "Cuestión de las personas de edad y de los ancianos".
- 1980** Organización Panamericana de la Salud, Consejo Directivo: se aprobó la resolución que insta a los gobiernos al estudio de los problemas de la vejez.
- 1982** Resolución 37/51 de las Naciones Unidas: "Plan de Viena".
- 1991** Naciones Unidas, Asamblea General: se adoptan los principios para los adultos mayores (independencia, participación, atención (cuidados), autorrealización y dignidad).
- 1992** *Resolución 47/5 de las Naciones Unidas: se designa 1999 como Año Internacional de las Personas Mayores, bajo el lema "Una sociedad para todas las edades".
**OPS/ CELADE/ CIE: "Políticas de atención a los Ancianos".
- 1994** Conferencia Sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo): El Programa de Acción destaca el aumento de la autonomía de las personas de edad, las formas de atención de salud, de seguridad socioeconómica y de la capacidad de las familias para hacerse cargo de las personas de edad.

- 1995** *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague).
**CEPAL /CELADE /FNUAP: “Políticas de Atención Integral a la Tercera Edad en América Latina”.
- 1996** Resolución 50/141 de las Naciones Unidas: se establece la denominación de “Personas Adultas Mayores”.
- 1997** OMS/OPS, Declaración sobre Política de Protección Integral al Envejecimiento y la Vejez Saludable (Montevideo).
- 1999** CEPAL/CELADE/FNUAP/OPS, Celebración del Año Internacional: “Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad” (Santiago).
- 2000** Resolución 54/262; Naciones Unidas, Asamblea General: se convoca a la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid, 2002).
- 2002** *Los países aprueban el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Plan Madrid).
**Naciones Unidas, Asamblea General: se acoge el Plan Madrid y se solicita a la Comisión de Desarrollo Social considerar las modalidades para su revisión y evaluación.
- 2003** *A/RES/57/167; Naciones Unidas, Asamblea General: seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
**Grupo de Trabajo Inter-institucional (CEPAL/CELADE, OPS, UNFPA, BID, BM, OIT y PNUD): Proceso Plan Regional.
***Los países de América Latina acuerdan en Santiago de Chile la Primer Estrategia Regional para la Implementación del Plan sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe.
****Naciones Unidas, Consejo Económico y Social: se invitan a los gobiernos, a las Naciones Unidas y a la sociedad civil a que en el examen y evaluación del plan, utilicen el bottom-up approach (“enfoque de abajo hacia arriba”).

- 2004** *A/RES/58/134; Naciones Unidas, Asamblea General: seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- **Los países de la región avalan la estrategia regional y acuerdan que el Comité de Población y Desarrollo actúe como la instancia a cargo del seguimiento regional.
- ***Naciones Unidas, Comisión de Desarrollo Social: se decide que el Plan Madrid se revisará y evaluará cada cinco años.
- ****Resolución 59/150; Naciones Unidas, Asamblea General: se solicita al Secretario General hacer propuestas de cómo realizar el examen y evaluación en el ámbito mundial y regional.
- 2005** *A/RES/59/150; Naciones Unidas, Asamblea General: seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- **Organización Mundial de la Salud: da a conocer su informe de ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento.
- ***Se realiza en Ginebra la consulta interregional sobre el examen y evaluación del plan.
- 2006** *A/RES/60/135; Naciones Unidas, Asamblea General: seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- **Resolución 44/1; Naciones Unidas, Comisión de Desarrollo Social: se adoptan las “Modalidades del primer examen y evaluación del Plan Madrid”.
- 2007** *A/RES/61/142; Naciones Unidas, Asamblea General: seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- **Naciones Unidas, Comisión de Desarrollo Social: Informe sobre el 45º período de sesiones.
- ***XIV Conferencia de Primeras Damas, Esposas y Representantes de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas: “Construyendo una sociedad para todas las edades”.

****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”.

2008 Naciones Unidas, Comisión de Desarrollo Social: 46º período de sesiones, Primer examen y evaluación del Plan Madrid.