



GOBIERNO DE ITALIA



CEPAL

CELADE- DIVISION DE POBLACION



FONDO POBLACION DE NACIONES UNIDAS

**CURSO  
CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES:  
INSTRUMENTOS PARA EL SEGUIMIENTO POLITICAS Y PROGRAMAS  
EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION REGIONAL  
DEL PLAN DE ACCION INTERNACIONAL DE ENVEJECIMIENTO, MADRID 2002**

CELADE- División de Población, CEPAL  
Santiago de Chile, 25 de Agosto – 12 de Septiembre, 2003



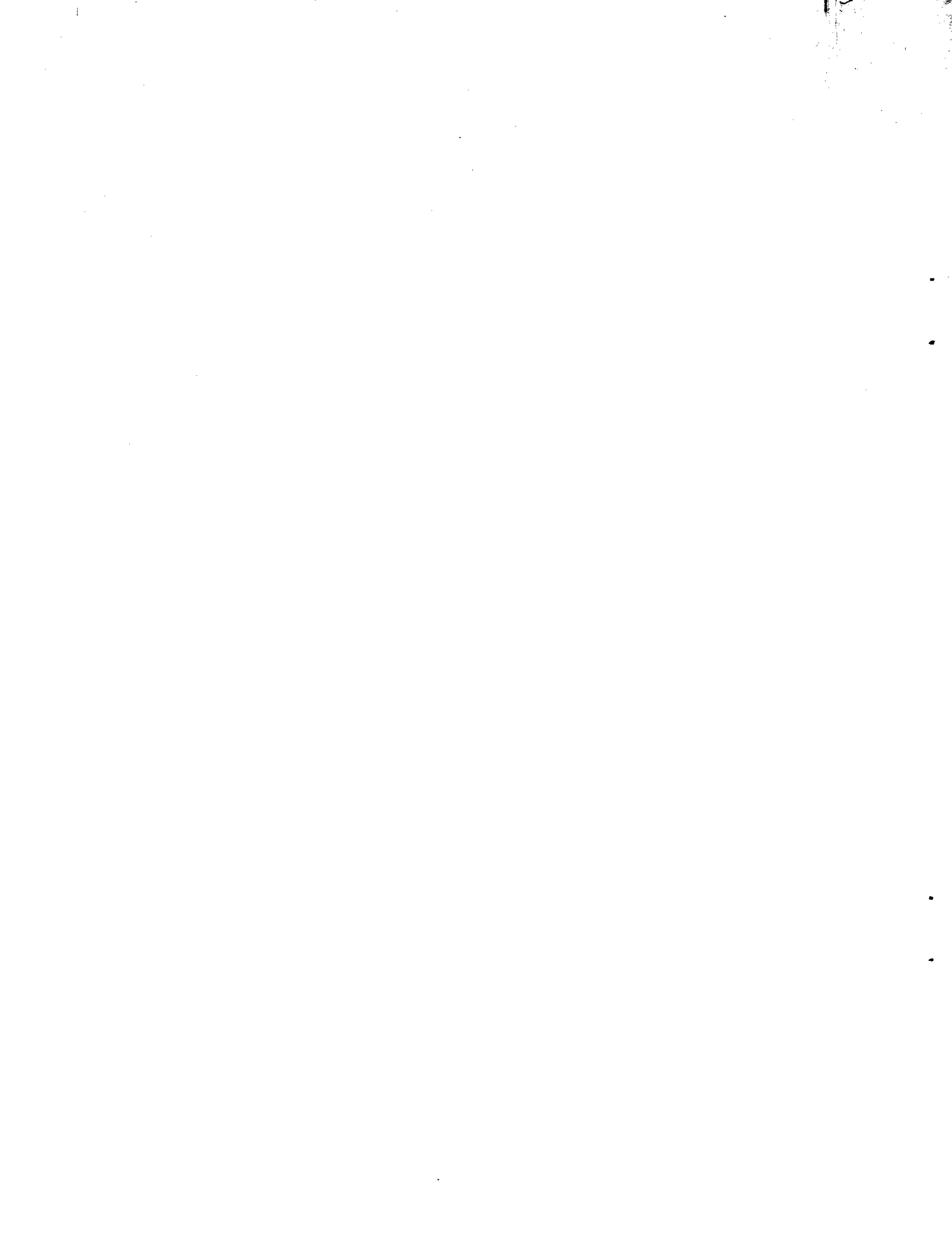
**Módulo I.**

**Envejecimiento y Políticas de vejez en  
América Latina y el Caribe**

**Unidades**

- 101 “El envejecimiento y el contexto internacional”
- 102 “Políticas y programas de vejez en América Latina y el Caribe”
- 103 “Taller de propuestas de seguimiento de políticas de vejez”

**301.435  
C977  
2003  
V. 1**



301.439  
C977  
2003  
v.1

## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

### Módulo I : Envejecimiento y Políticas de Vejez en América Latina y el Caribe

- Bazo María Teresa (1998): *Vejez Dependiente, Políticas y Calidad de Vida*. Papers 56, pp. 143-161, Bilbao, España.
- Guzmán, José Miguel (2002): *Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. CEPAL/CELADE. Serie Población y Desarrollo N°28. Santiago de Chile, Junio de 2002.
- Huenchuan, Sandra (1999): *Vejez, Género y Etnia. Acercamiento a un Enfoque de las Diferencias Sociales*. Revista de Educación y Humanidades N° 78, 1998-99, Facultad de Educación y Humanidades. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Huenchuan Sandra (1999): *De Objetos de Protección a Sujetos de Derecho: Trayectoria y Lecciones de las Políticas de Vejez en Europa y Estados Unidos*. Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social, N° 8, Diciembre de 1999, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, Santiago de Chile.
- ONU, Derechos Humanos y Personas de Edad.  
<http://www.onu.org/agenda/conferencias/envejecimiento>



900034637 - BIBLIOTECA CEPAL

## Vejez dependiente, políticas y calidad de vida

María Teresa Bazo

Universidad del País Vasco / EHU. Departamento de Sociología  
Avda. Lehendakari Aguirre, 83. 48015 Bilbao. Spain

---

### Resumen

En el artículo se realiza una exposición y un análisis de las políticas relacionadas con el cuidado de la salud familiar en el contexto actual de cambios demográficos, familiares, económicos, y sociales, que con carácter global afectan a los países de Europa y otras sociedades económicamente desarrolladas, y donde se plantean cambios en los sistemas de bienestar que hagan compatibles el desarrollo económico y el social. A continuación se exponen algunos resultados y algunas conclusiones de una investigación dirigida y realizada por la autora en el País Vasco, Cataluña y Madrid sobre un tema que hasta recientemente no ha comenzado a investigarse en España: los cuidados familiares de salud de las personas ancianas dependientes. El proyecto resulta finalista en la convocatoria de los proyectos de investigación Miquel Àngel Terribas de la Fundació "la Caixa". Es seleccionado y financiado por la Fundación Caja de Madrid en una convocatoria nacional, y la investigación recibe el accésit de los Premios Rogeli Duocastella de la Fundació "la Caixa". Se analiza en las tres comunidades autónomas una muestra de un centenar de personas cuidadoras de ancianos y ancianas enfermos crónicos y discapacitados, y personas pertenecientes a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Se utiliza la entrevista semiestructurada en profundidad y la entrevista de grupo.

**Palabras clave:** políticas sociosanitarias, vejez dependiente, calidad de vida, cuidados informales de salud, sistema mixto de cuidados.

---

### Abstract. *Dependent old age, policies, quality of life*

An analysis of family health care policies is developed in the article. It is embedded within the change processes that are currently occurring. Those processes are related to demographic, family, economic and social changes, and they affect the European countries as well as other developed societies. Currently, a common concern in those societies is how to deal with the changes that need to be made within the welfare systems, in order to improve both economic and social development. Following such analysis, some research results and conclusions are presented. The research was carried out by the author in the Basque Country, Catalonia and Madrid, using qualitative methods. The topic, namely, family health care for frail elderly persons, has not been sufficiently studied in Spain. The project and research received several awards from prestigious Catalan institutions, and was partly funded by Fundación Caja de Madrid. One hundred in-depth interviews addressed to caregivers, and three semi-structured interviews addressed to relatives of Alzheimer Patients in the three regions were done.

**Key words:** health and social policies, dependent old age, quality of life, informal health care, welfare mix.

---

### Sumario

Introducción	Resultados
Los retos del envejecimiento	Conclusiones
Las políticas sociosanitarias y el sistema mixto de bienestar	Bibliografía

### Introducción

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez y en la vejez dependiente es el reto más inmediato de las políticas sociales y de los servicios sociosanitarios. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el estatus de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el *envejecimiento de la sociedad*<sup>1</sup> en una cuestión de máximo interés *societal*.

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macro-social como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar —en ocasiones con hijos/as dependientes— con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia. Son sólo algunos temas que necesitan un abordaje teórico y práctico responsable y riguroso. La

1. El término ha sido acuñado y se emplea ampliamente en sociología de la vejez y en gerontología social, siendo aceptado por los expertos en todo el mundo. Se emplea en inglés con el término de *ageing society*. Incluso se utiliza con frecuencia, aunque a veces entre comillas, el término de *graying society*, y aunque es más novedoso, ya hablamos de *post-retired societies*, que es un concepto heurístico más que empírico. El concepto «envejecimiento de la sociedad» se refiere a una realidad que sobrepasa la del mero envejecimiento de la estructura demográfica o poblacional, causado por el descenso conjunto de las tasas de mortalidad y de natalidad. Incluso va más allá del fenómeno reciente de la «visibilidad» de las personas de edad. Hace referencia a los cambios profundos que se están produciendo —y se producirán aún más en el próximo futuro— que generan lo que denominamos «una nueva vejez», lo que hace referencia a personas que son más sanas, más educadas, y con más recursos que sus predecesoras, y a las consecuencias que ello conlleva. Algunas de ellas ponen sobre el tapete los desajustes que se producen en este contexto entre las personas y las estructuras e instituciones, que no se adaptan al envejecimiento de las personas. Otras hacen referencia, precisamente, a las políticas públicas, por los retos que les presentan los nuevos dilemas que surgen en las *sociedades envejecidas* (dilemas o «problemas mal estructurados»). No se ven soluciones definitivas en sociedades con economías de crecimiento bajo, estructuras «estables» de población y organización política pluralista. Puede asimismo preguntarse por las políticas de vejez, vistas en términos de equidad vertical a lo largo de las diferentes cohortes, e incluso reflexionar sobre las políticas de bienestar que no proveen necesariamente igualdad horizontal, o justicia a lo largo de todo el ciclo vital, para cada cohorte. Son sólo algunos de los aspectos cuyo desarrollo y reflexión son sugeridos por el concepto «envejecimiento de la sociedad».

sociedad se encuentra ante nuevos retos para los que necesita instrumentos nuevos. Se requiere un concepto nuevo de solidaridad entre las generaciones y entre los distintos grupos, en un mundo cada vez más complejo, más inseguro, más indeterminado.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar. Políticas que tengan presente la dimensión femenina de los cuidados de salud, para que no contribuyan a seguir reforzando el rol dependiente de las mujeres cuidadoras.

En el artículo realizaré un análisis de las políticas relacionadas con el cuidado de salud familiar en el contexto actual de cambios demográficos, familiares, económicos y sociales que, con carácter global, afectan a los países de Europa y otras sociedades económicamente desarrolladas, y donde se plantean cambios en los sistemas de bienestar que hagan compatible el desarrollo económico y el social. Expondré finalmente algunos resultados y algunas conclusiones de una investigación que he dirigido y realizado en el País Vasco, Cataluña y Madrid<sup>2</sup>.

### Los retos del envejecimiento

Las personas en la actualidad están alcanzando cada vez edades más avanzadas en mejor estado de salud. Pero precisamente el hecho de que se viva más conlleva mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas e invalidantes. Aumenta la invalidez, la discapacidad y la minusvalía. A pesar de las amenazas al Estado de bienestar, el análisis de costos no puede realizarse únicamente

2. El proyecto resulta finalista en la Convocatoria de los proyectos de investigación Miquel Angel Terribas de la Fundació "la Caixa". Es seleccionado y financiado por la Fundación Caja de Madrid en una convocatoria nacional, y la investigación recibe el accésit de los Premios Rogeli Duocastella de la Fundació "la Caixa". En la investigación se analiza en las tres comunidades autónomas una muestra de un centenar de personas cuidadoras de ancianos/as enfermos crónicos y discapacitados, y personas pertenecientes a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Se utiliza la entrevista semiestructurada en profundidad y la entrevista de grupo. Participa en el estudio Carmen Domínguez-Alcón, de la Universitat de Barcelona.

desde una perspectiva de mercado. Se considera que el envejecimiento de la población amenaza el sistema de salud. Se sabe que las personas mayores consumen más servicios sanitarios y más medicamentos que otros grupos de edad. Pero las pautas de consumo no son homogéneas para todo el grupo de personas de sesenta y cinco y más años. Se concentra en las edades más avanzadas y en el período previo a la muerte (Borgatta y Montgomery, 1987: 7-22). Ocurre también en la actualidad que el uso cada vez más alto de servicios por parte de las personas mayores se combina con un incremento alto del costo de los servicios médicos.

Respecto al futuro es preciso analizar ciertos factores. La relación de la esperanza de vida, longevidad, y prevalencia y duración de las enfermedades crónicas definirán el nivel de dependencia entre las personas ancianas, lo que a su vez influirá en el sistema sanitario.

El impacto en el sistema de salud del notable volumen previsto de personas ancianas será consecuencia de las condiciones de vida de la población y del alcance de la dependencia. Las consecuencias de la mejora de las condiciones de la población anciana puede influir en los cambios de las políticas. Con respecto a la Seguridad Social, se espera que la edad de la jubilación se retrase a los setenta años. De hecho ya ocurre para los profesores y profesoras de universidad. Cuando a principios de siglo se establece la edad de jubilación a los sesenta y cinco años pocas personas llegaban a jubiladas, y sólo una pequeña proporción vivía el tiempo suficiente para disfrutarla. Las condiciones generales de vida y trabajo están cambiando aceleradamente.

Si no resulta descabellado pensar en prolongar la edad de jubilación, es que el deterioro severo de la salud llega más tarde, que los costos se están posponiendo. Si no se produce ningún otro cambio puede esperarse sencillamente que el volumen de cuidados de salud que se requería anteriormente se experimentará por las personas a una edad más tardía, pero las personas en un momento dado necesitarán los cuidados. Se observa la importancia para la política de salud de la investigación e información en los cambios en los niveles de salud en la estructura de edades cambiante. Interesa sobremanera investigar sobre el comienzo y la duración de las enfermedades crónicas.

En cuanto al índice de dependencia, se prevé que aumente y que cambie su estructura, recayendo el mayor peso sobre las personas mayores, al tiempo que disminuye el de las más jóvenes. Pero si se prolonga la edad de jubilación la definición del concepto y los resultados de la relación variarán y puede que en las próximas décadas el cambio no resulte significativo proporcionalmente. Sin embargo, no se alterará el hecho del incremento potencial del período de dependencia en las personas ancianas previo a la muerte.

Una preocupación de los gobiernos en la actual coyuntura es cómo compaginar las políticas educativa, de salud y laboral entre sí, y con la económica. Desde los gobiernos se invita a compartir las responsabilidades entre el Estado, la familia y el individuo; entre el sector público y el privado. En cuanto al gasto público, se dice, deduciéndolo así del incremento habido en las últimas décadas, que continuará aumentando en el futuro. Pero una parte

considerable de ese incremento se debe a la *maduración* de los sistemas de pensiones y de salud.

Por otro lado, en el notable aumento del gasto sanitario en los últimos años en los países de la OCDE la proporción estimada de ese incremento imputable a factores demográficos es de alrededor del 13% (OCDE, 1987). Además, el mayor gasto es realizado sólo por una pequeña parte, que son las personas más ancianas (Ory y Bond, 1989). De considerable interés resulta destacar así mismo otro aspecto, y es el desconocimiento en cuanto a los modelos de morbilidad respecto al futuro. Existen dos hipótesis fundamentales y contradictorias. Una hace referencia al incremento considerable del gasto sanitario debido al aumento de la población anciana y sobre todo de la de más edad, dado que es el grupo con mayores probabilidades de experimentar invalidez y enfermedades crónicas. La otra se refiere a la consideración de la mejora de la salud de las personas, que envejecen cada vez más, pero en mejores condiciones. Se estima así que los factores sociales que han influido en esa situación (vivir más y en mejor estado de salud) pueden influir también en la reducción de las tasas de dependencia retrasándola hasta el último tramo de la vida previo a la muerte. Se argumenta que si hace cincuenta años se hubiesen realizado proyecciones sobre dichas tasas para el final del siglo, la estimación habría sido notablemente superior (Montgomery y Borgatta, 1987: 235-252). En este sentido, resulta pertinente argumentar en favor de políticas económicas, fiscales, laborales y sociales que promuevan el bienestar a lo largo de toda la vida, y por tanto de la prevención, que, dicho sea de paso, conllevará ahorro económico.

Es importante investigar en este campo y analizar la longevidad. El número de personas centenarias aumenta en el mundo. También el interés por su estudio. De las investigaciones existentes se desprende que la mayor parte de las personas longevas viven en un buen estado de salud relativo y una buena parte de ellas son total o casi totalmente autónomas para realizar las actividades de la vida diaria (Fraiz Calvo, 1993; Sánchez-Ostiz, 1997). Diríase que cuando las personas logran alcanzar una determinada edad, en muchas de ellas aumenta la probabilidad de vivir en buenas condiciones de salud.

Se observa vigor, vitalidad y buen estado mental en muchas personas de edad avanzada e incluso centenarias. Son aspectos que es necesario investigar para conocer mejor las potencialidades humanas y poder hacer mejores previsiones sobre los futuros modelos de morbilidad (Bazo, 1992a).

Es cierto que entre las personas mayores pueden observarse en distinto grado y extensión algunos problemas que les afectan precisamente por su condición de jubiladas y ancianas. El principal problema de las personas ancianas desde el punto de vista económico es la pobreza (Walker, 1991a). Las personas después de la jubilación tienen más probabilidades de encontrarse en el umbral de la pobreza o por debajo del mismo, que antes de la jubilación. La pobreza en la vejez persiste a pesar de que el reconocimiento social del problema viene de largo. En España, según el Informe Foessa, el 33% de las personas ancianas son pobres, y alrededor del 43% de todos los



hogares que se encuentran por debajo del umbral de pobreza, el cabeza de familia es una persona de sesenta y cinco o más años (Rodríguez Cabrero, 1994: 1.430). Las prestaciones sociales fallan a la hora de hacer frente a las necesidades de quienes las reciben, lo que conduce a muchas personas a llevar una vida de lucha por la existencia. La pobreza conduce a la carencia de los bienes básicos, con las consecuencias que ello tiene para la calidad de vida de las personas.

### Las políticas sociosanitarias y el sistema mixto de bienestar

El otro gran tema de debate en la elaboración de las políticas y provisión de los servicios sanitarios y sociales es el cuidado de las personas ancianas y, subsecuentemente, el reparto de las responsabilidades. Interesa por tanto analizar la forma en que políticas y servicios públicos se relacionan e interactúan con las actividades privadas.

En la actual coyuntura donde se cuestiona la continuidad, tal como ha llegado a desarrollarse, del Estado de bienestar, se entiende que la cuestión de la provisión de los cuidados a las personas más ancianas —que son las que proporcionalmente más aumentan— es una cuestión de vital importancia. Se hace un llamamiento al sector informal, pero se teme que los cambios familiares operados neutralicen el potencial de cuidados que puede proporcionar en el próximo futuro. Es por lo que se apela «ansiosamente» (Abel, 1989) a la familia y a los amigos para que asuman responsabilidades adicionales en el cuidado de las personas ancianas.

Se considera que en la práctica existe una interdependencia entre los sectores informal y formal, ya que el sector formal sería incapaz de asumir los cuidados de todas las personas dependientes, y porque el sector informal es en parte función de la oferta y distribución de los servicios sociales y de las políticas económicas y sociales del Estado (Qureshi y Walker, 1991). Sin embargo, en España la escasez de los servicios de cuidado comunitario provistos por el sector público y la amplitud, por el contrario, de los servicios informales provistos por la familia cuestionan tal interdependencia. Es decir, que el sector formal aparece en la mayor parte de las comunidades autónomas como un mero apéndice que de ser suprimido apenas se notarían los efectos. Y no lo serían por una doble razón: en primer lugar por su débil impacto social, en segundo —y sólo en parte relacionado con lo anterior— por la escasa demanda, en relación con las necesidades, por parte de las familias. Una causa que influye de manera considerable en que las familias no demanden más servicios según sus necesidades reales, es el sentimiento generalizado entre la población de la asunción del cuidado de las personas mayores de la familia como parte de los deberes familiares. Son actitudes que incluso la generación de jóvenes ha interiorizado (Bazo, 1994a).

El cuidado familiar se ha basado en el tiempo y el trabajo de las mujeres, que se supone es libre en términos económicos. Actualmente se entiende que la disminución del tamaño familiar, la incorporación de las mujeres al mundo

laboral, sus niveles más altos de instrucción, el aumento de los divorcios, los nuevos matrimonios y los cambios que todo ello conlleva en los modelos tradicionales de familia en las sociedades denominadas occidentales, pone en peligro la continuidad de dichos cuidados.

Hacer política social significa tomar unas decisiones que se realizan en un contexto económico, cultural e ideológico. La concepción de la familia en el sentido tradicional puede conducir a invalidar las políticas sociales. Las diferentes situaciones de las sociedades en cuanto a sus características demográficas que afectan al tamaño y a la estructura de la familia, las tasas de participación femenina en el mundo del trabajo y las variaciones en la familia extensa son aspectos a tener en cuenta.

Las políticas y los servicios sociales se elaboran teniendo en cuenta una concepción determinada de la familia y de la comunidad. La familia se ha entendido compartiendo responsabilidades entre sus miembros y ofreciéndose mutuamente contraprestaciones, como algo propio de las «obligaciones familiares». Todavía hoy la palabra *obligación* se escucha de las personas que cuidan familiares enfermos crónicos.

Por otro lado, la concepción de la familia se basa también en una estructura en la que el varón es el proveedor de los ingresos y la mujer la proveedora de los cuidados y el servicio. La diferenciación de roles en la familia lleva a las mujeres a especializarse como amas de casa y madres. Se considera que su tiempo empleado en el desempeño de tales roles es libre en términos de disponibilidad y costo (Allan, 1990: 17). Cuando se crea la Seguridad Social, aunque se tiene en cuenta que algunas mujeres casadas participan en el mercado de trabajo, la idea que predomina es la del varón que gana el sustento y mantiene al resto de los miembros dependientes de la familia (esposa e hijos principalmente). Se considera que la creación de los estados de bienestar se basó en el trabajo no pagado de las mujeres en el hogar, y en el pagado pero con salarios bajos de las mujeres en las instituciones de bienestar. Del mismo modo, la estructura de prestaciones reflejaba el estatus dependiente de las mujeres y los deberes domésticos como su prioridad, mientras se entendía que la responsabilidad primordial de los varones se encontraba en el mercado de trabajo. Sigue sucediendo que las políticas sociales actuales que ponen el énfasis en el cuidado comunitario tienden a reforzar la ideología del *familismo* al asumir que la familia es el lugar idóneo para el cuidado de las personas ancianas enfermas, y que las mujeres son los familiares más apropiados para asumir esa tarea (Walker, 1991b).

En cuanto al servicio público de salud, se supone que provee de los cuidados necesarios a las personas enfermas. Sin embargo, en ciertas sociedades se combina el servicio público con el privado. Pero la mayor parte del cuidado que necesitan las personas enfermas es recibido fuera de los servicios formales de salud, y es proporcionado por la familia en primer lugar, y también —en ciertas sociedades sobre todo— por amigos y vecinos y asociaciones altruistas, especialmente en lo que se refiere al cuidado y a la atención diarios. Esa relación de dependencia entre el Estado y las familias es un aspecto fundamental a tener en cuenta, sobre todo por las consecuencias que tiene para las muje-

res, cuya contribución es solicitada de forma desproporcionada. En Gran Bretaña la proporción de ancianos y ancianas con niveles altos de dependencia que son cuidados por su familia es más de tres veces la proporción de los que se encuentran en todas las instituciones de salud y servicios sociales juntas. Incluso el grupo que sufre algún tipo de demencia, que es el grupo cuyo cuidado causa las tensiones más graves entre las personas que les atienden, las cuatro quintas partes son cuidadas en el seno familiar. Es algo parecido a los datos conocidos sobre Canadá (Walker, 1991b).

Aunque en el País Vasco, Navarra o Cataluña los servicios sociales pueden tener un desarrollo algo más amplio que en otras comunidades autónomas, lo cierto es que en España la importancia de la familia como cuidadora es abrumadoramente superior a la que puede tener en otras sociedades con sistemas de protección social más extensa e intensivamente desarrollados. Se observa desde una perspectiva internacional que existe una relación inversamente proporcional entre la utilización de las fuentes de cuidado formal e informal. A mayor desarrollo de las funciones protectoras del Estado, menor (y distinta) aportación familiar, y viceversa. Sin embargo, en todas las sociedades la familia sigue siendo fuente fundamental de cuidados (Tennstedt y McKinlay, 1989; Jamieson e Illsley, 1993; Montgomery, Hatch y otros, 1987).

Se entiende que en las dos o tres últimas décadas en el plano internacional se está produciendo un «descubrimiento de los cuidadores» aunque hayan existido siempre (Hunter y Macpherson, 1993: 67). Por otra parte, el rol de cuidadoras de las mujeres es visto como un rol que toman de por vida como la promesa del matrimonio «hasta que la muerte nos separe» (Peace, 1991). El cuidado de las personas ancianas, y entre ellas las mujeres son mayoría, sigue corriendo principalmente por cuenta de las mujeres de la familia.

Últimamente, y debido a la presión sobre los presupuestos, se insiste en el apoyo informal (sobre todo el familiar) y se pretende reforzarlo bajo el supuesto de su nulo o menor coste económico. Al mismo tiempo, ciertos estudios muestran la adhesión de las mujeres a su rol de cuidadoras y la creciente implicación en los cuidados de sus antepasados ancianos a medida que ellas mismas envejecen. Los cuidados de los familiares enfermos crónicos suponen costos de carácter emocional, de salud y económicos para quienes los proveen, que en ocasiones son considerables según ciertas investigaciones (Peace, 1991: 69; Bazo y Domínguez, 1996).

En Europa se observan orientaciones distintas para las políticas, que van desde el intento de sustituir la atención comunitaria por los servicios informales, pasando por quienes pretenden completar y apoyar los servicios informales, hasta quienes proveen a las personas ancianas de los cuidados comunitarios necesarios sin complemento de los informales (Jamieson e Illsley, 1993). En Europa, en distintos países, se conceden remuneraciones a las personas que prestan servicios asistenciales informales, tanto a las personas ancianas o enfermas como a los hijos y/o hijas (Evers y Leichsenring, 1994). Otra cuestión a analizar es si las políticas sociales deben tener en cuenta las diferencias entre los distintos modelos de relación familiar, las divisiones por géne-

ro en el cuidado familiar y las diferencias estructurales entre familias según la clase social.

Se observa que en la mayor parte de las sociedades la familia no es sólo la principal fuente provisorora de cuidados (función que ejerce en la misma medida después de crearse los sistemas de seguridad social y de servicios sociales), sino también la instancia mediadora más importante entre las personas ancianas y las burocracias (Gibson, 1992). Que la familia pueda fallar en sus funciones cuidadoras, sobre todo por razones demográficas y económicas, podría suponer en los países desarrollados la peor crisis económica para los sistemas de salud y de servicios sociales. Desde esa misma perspectiva se entiende que la próxima crisis del Estado de bienestar no será la prevista para el año 2010, cuando las generaciones más numerosas lleguen a la jubilación, ni tampoco la que provenga del crecimiento de la demanda debido al aumento de las personas mayores. La crisis será una crisis en la provisión de cuidados, debido a la disminución notable de la cantidad de tiempo dedicado al trabajo no pagado por parte de las mujeres, dada su creciente participación en el mercado de trabajo (Myles, 1991).

En cuanto a la economía mixta del bienestar, en general siempre ha existido ese sistema mixto dentro del Estado de bienestar. Ha coexistido la medicina privada y la pública, y lo mismo en la educación. En cuanto a la política de vivienda, ésta ha sido estimulada por los estados, pero coexistiendo con el sistema cooperativo y la actividad privada. La cuestión actualmente es, y dadas las presiones que en el plano internacional se ejercen en cuanto a las restricciones en el gasto social, en qué medida el sector informal y el mercado podrán hacer frente a ese reparto de responsabilidad.

Existe una serie de ideas acerca de las bondades de la economía mixta de bienestar. Suele decirse que el sector privado es más barato que el público, y que mantiene una mejor relación costo-eficacia. Sin embargo, parece que no es necesariamente siempre así (Walker, 1984: 38-39). Otra idea es que la obtención de fondos por parte de las asociaciones de voluntariado —en los países donde existe una tradición altruista— hace más fácil recaudar los recursos. Sin embargo, como es el caso de Gran Bretaña, se observan limitaciones en el presente tanto en los ingresos, que se han visto reducidos por la recesión económica, como en el número de personas que se siguen incorporando a las asociaciones (Mayo, 1994: 30). En España las asociaciones de voluntariado se nutren de fondos públicos, aunque la mayor parte de las veces en cantidades simbólicas, así como de las cuotas modestas de sus asociados/as. Pero también en otros países ocurre algo parecido. Puede ocurrir igualmente que aumentando incluso en ciertos casos la aportación de los fondos públicos en asociaciones de voluntariado, sin embargo, cada vez tenga el Estado menor responsabilidad en las actividades realizadas.

No existe tradición en España de que las empresas aporten cantidades a obras benéficas como en el mundo anglosajón. Las fundaciones que se crean dedican en general sus fondos primordialmente a obras *culturales* (digámoslo así en sentido amplio) y no tanto a obras *sociales*. Incluso entre las cajas de aho-

rros, que constituyeron en décadas pasadas un apoyo importante en el sistema de bienestar, sosteniendo escuelas, institutos, servicios específicos de salud, residencias de ancianos o guarderías, se observa un cierto abandono progresivo de esas funciones. Con los cambios económicos que están conduciendo al empobrecimiento de ciertos sectores sociales y a la falta de atención de las necesidades de algunos grupos específicos, podría ser el momento para las cajas de volver a sus orígenes, iniciando y promoviendo actividades que vuelven a ser de necesidad social.

Otro aspecto que también se ha idealizado en cuanto a la actividad de los sectores no públicos, es el relativo a la posibilidad de una mayor elección de los usuarios dentro de una economía mixta de bienestar. La realidad es que dicha elección no existe para todas las personas. Aquéllas que pueden acceder a los servicios privados son sólo las que pueden pagarlos. En España lo que sucede es que las autoridades de servicios sociales conciertan unas plazas o servicios con el sector privado. Puede ocurrir, sin embargo, que, debido a las restricciones económicas, por ejemplo existan plazas en residencias sin cubrirse, al tiempo que las listas de espera aumentan progresivamente. Cuando se dice que una economía mixta de bienestar trae consigo una mayor posibilidad de elección se olvida que las personas ancianas en este caso, que están en situación de fragilidad, no se encuentran en las condiciones más adecuadas para ponerse a buscar entre las diversas alternativas que les ofrece el mercado abierto.

Otra de las supuestas bondades del sistema mixto es la relacionada con la presunta y mejor participación de las personas en la toma de decisiones dentro del sector del voluntariado. Sin embargo eso no es necesariamente así siempre, dado que en muchas ocasiones las decisiones sobre la asignación de los recursos se toman en otras instancias, sean públicas o privadas.

Sin embargo, desde ciertas perspectivas (Mayo, 1994: 40-42) se entiende que los sectores no estatales tienen importantes funciones que cumplir, como —en los casos de ciertas organizaciones de voluntariado— la de ejercer una vigilancia respecto a que se eviten ciertos efectos no deseados que acompañan en ocasiones al funcionamiento de la burocracia, que es sin embargo —en el sentido weberiano— el desarrollo de la racionalidad en las organizaciones complejas públicas o privadas. Otra cuestión que puede ser objeto de esa atención es la promoción de la participación democrática como forma de presionar en el sector público. Por otro lado, parece que cualquier intento de sustituir de forma masiva los servicios públicos por los privados, conduciría a una mayor desigualdad. Además, tampoco se ve como una alternativa realista, y los fondos públicos serán necesarios siempre. Parece así mismo que el sector voluntario debe seguir ejerciendo una función complementaria y nunca sustitutiva.

En cuanto al futuro desarrollo en Europa de unas estructuras de bienestar comunes, puede decirse que de momento no existe una política social en la Unión Europea. Tanto el Acta Europea de 1986, como el tratado de Maastricht de 1991, como la reforma fallida en el tratado de Amsterdam (1997) conducen a Europa a una comunidad económica, política, y en cierto modo social, pero no se entrevé todavía un Estado de bienestar europeo, temiéndose que si

permanece la ciudadanía social sólo a nivel nacional se produzca con el tiempo una lenta erosión de la misma. Conseguir una Europa social o ciudadanía social europea es más complejo que lograr un mercado común. No perseguir esa meta es arriesgarse a afrontar graves riesgos para la consolidación del proyecto europeo. Se entiende que «sin un Estado de bienestar europeo, a largo plazo, los sistemas de bienestar nacionales se atrofiarán: sus bases económicas y legitimadoras podrían erosionarse progresivamente conforme se acometa y desarrolle el Mercado Común» (Liebfried, 1993: 139).

Si comparten los diversos países, sin embargo, una problemática común, como puede ser el desempleo y los problemas sociales que surgen derivados del mismo, al tiempo que se producen otros cambios demográficos, culturales y sociales. Comparten también una misma preocupación por el cuidado y la atención de las personas con necesidades específicas, como es el caso de las ancianas en situación de dependencia. Les preocupa cómo hacer frente al incremento que parece inexorable al menos a medio plazo, del gasto social en pensiones, salud y servicios sociales. Se teme que la familia falle en sus tradicionales funciones cuidadoras, tanto porque las necesidades económicas, así como nuevos valores, conducen a las mujeres —tradicionales cuidadoras— a participar más intensamente en el mercado de trabajo, como por los cambios ocurridos en la estructura y tamaño de las familias (Walker y Warren, 1993). Los problemas de las propias familias cuidadoras, la responsabilidad desmedida cargada cultural y estructuralmente sobre las mujeres, son los mismos en los diversos países. Lo que sucede es que esos problemas se perciben de forma distinta según la situación económica, tradición en los sistemas de bienestar, y por tanto en las expectativas que se generan, al margen de la comparación cuantitativa entre países. En Europa, sin embargo, sigue predominando la idea de que las personas mayores deben ser cuidadas y atendidas en la comunidad (Walker, 1991b).

El futuro de las personas ancianas en Europa, cada vez más numerosas y saludables, pero que por ser numerosas y más ancianas aumentará probablemente en cifras absolutas el número de quienes necesitarán más cuidados, es un asunto que compete a las sociedades, a las familias y a los individuos, a los estados nacionales y a la Unión Europea. La ciudadanía europea se basará sobre todo en los derechos reconocidos de todas las personas pertenecientes a cualesquiera grupos sociales, independientemente de su edad, género o condición social. O no existirá una Europa de los ciudadanos y de las ciudadanas.

## Resultados

Puede decirse que las familias se enfrentan en soledad a la situación de cuidar a una persona anciana que sufre una enfermedad invalidante. Siendo Euskadi y Catalunya dos comunidades que cuentan con mejores sistemas sanitarios y sociales que otras, sin embargo, los servicios comunitarios ofertados a la población anciana que los necesita están claramente por debajo de las necesidades.

En la presente investigación se observa que las primeras reacciones de los familiares entrevistados ante los acontecimientos que provocan una enferme-

dad invalidante (como un accidente cerebrovascular) suelen ser de dolor y estupor. No obstante, en el primer momento se confía en la posibilidad de una mejoría, si no de una recuperación. Al final suele aceptarse la dependencia de la persona anciana, pero en algún caso detectado ni siquiera se trata de resignación. Se hace frente al hecho con una profunda frustración.

El trato y la relación previos a la enfermedad determinan, junto con otras variables (rasgos de personalidad, religiosidad), la reacción ante el hecho, y también el trato con la persona enferma y el ambiente familiar posteriores, así como los niveles de estrés, salud y sentimientos de bienestar/malestar de la persona cuidadora. En las personas de edades avanzadas son sobre todo las hijas, la mayor parte casadas, quienes se ocupan de un padre o de una madre discapacitado. Si hay una hija soltera suele ser ella, aunque trabaje, la que se ocupa del enfermo o de la enferma. En tercer lugar, será una nuera —o varias— las que se hagan cargo.

Se manifiesta con frecuencia la dureza de la situación a la que alguien denomina «tragedia». A veces, después de haber muerto la persona cuidada se reconoce incluso una cierta inconsciencia en el pasado. Es decir, que a posteriori se ve que la situación pasada no fue valorada por ella en ese momento con toda la carga de trabajo, esfuerzo y sacrificio que suponía. Pero son numerosas las declaraciones en el sentido de que la experiencia ha supuesto también una compensación humana y afectiva. A pesar de las dificultades, se observa que la familia siente en general la necesidad de cuidar de sus familiares enfermos. Bien es cierto que la mayor parte de las personas entrevistadas manifiestan que se cuida a los enfermos crónicos en casa porque no existen centros adecuados para atenderles, o porque son muy caros.

La constatación de la mayor incorporación al mundo laboral y profesional de la mujer vuelve evidente la necesidad de otros recursos para atender necesidades que todavía son resueltas en exclusiva por las mujeres en la mayor parte de las ocasiones. Entre las personas entrevistadas en algún caso se entiende que en el futuro las cosas cambiarán debido a los valores más hedonistas de las generaciones jóvenes.

Manifiestan en general un asentimiento en cuanto a la necesidad de la existencia de plazas en residencias asistidas debido al esfuerzo que supone para las familias atender —durante años en ocasiones— a personas ancianas discapacitadas. Pero, al mismo tiempo, se cree que nunca estarían tan bien cuidadas como en familia. Parece observarse de forma implícita una contraposición entre amor y técnica, una valoración mayor del afecto familiar que del conocimiento y la atención profesionalizados.

Son numerosos los casos en los que se habla de obligación en la atención familiar, aunque en otros se descarta abiertamente. Dice una mujer que cuida de su madre: «Creo que mi obligación es atender a mi madre lo mejor posible y hacerle feliz. El verla contenta me llena de ilusión». Otra cuidadora que colabora en días alternos en el cuidado de su suegro con otras cuñadas, debido a que los hijos no quieren tener una tercera persona pagada, comenta: «No recibo ninguna compensación económica por parte de mi suegro. Le cuido

porque es un familiar mío y es una obligación para mí. Poca gente cuida a un enfermo por voluntad propia».

En algunos casos se observa la presión familiar, o conyugal, para hacer frente a una situación que resulta costosa desde el punto de vista personal. Los valores acerca de la supuesta tendencia natural en las mujeres para el cuidado, así como la asunción de que es algo asociado a su rol, lleva a esperar de ellas su aceptación —a veces forzada— de unas obligaciones que por sí mismas ellas no hubieran deseado asumir. Se habla también de deber, refiriéndose a correspondencia. Es decir, ha llegado el momento de devolver, de compensar al padre o madre enfermo o enferma, por sus cuidados, amor y desvelos anteriores. Ha llegado el momento de saldar la deuda de la vida. En este sentido, son diversas las investigaciones donde aparece la idea de compensación o devolución (Shulz, 1990). Lewis y Meredith (1988: 28) encuentran que los sentimientos de afecto y obligación son como las dos caras de una misma moneda. Por su parte, Ungerson (1987: 92) distingue entre las motivaciones para el cuidado de los varones, expresadas en términos de amor y las de las mujeres en términos de deber.

Pero son muchas las dificultades señaladas que ponen en peligro en bastantes casos la continuidad de los cuidados familiares. Es habitual la alteración de la vida familiar e incluso el surgimiento de conflictos sobre todo entre la pareja, aunque aparece más comúnmente señalado el apoyo del cónyuge que el conflicto con él. Son numerosos los casos en los que se habla de ruptura de costumbres tales como ir la familia de vacaciones, no poder salir en pareja, o con los niños, o al menos en la medida en que era habitual antes. La situación —que puede ser más o menos prolongada— de cuidar a una persona anciana discapacitada, afecta y altera la vida familiar en sus rutinas, y a las personas cuidadoras en sus posibilidades de elección de actividades y del propio autocuidado, condicionando su vida en ocasiones de forma notable. Influye también en la relación convivencial. En bastantes casos se comenta el apoyo de la pareja y su comprensión de la situación.

En otros casos, por el contrario, la situación es más difícil: «Entre nosotros ha habido una gran ruptura. Los que se han visto más influidos han sido mis hijas y mi marido, sobre todo él se siente totalmente desplazado. Viene de trabajar y no tenemos tiempo de hablar entre nosotros, no podemos salir ni podemos quedar con otros matrimonios. Esto le ha afectado mucho. Nuestras relaciones en muchos momentos son tensas. Me debato entre dos polos opuestos. Por una parte ella es mi madre, y por otra él es mi marido. En algunos momentos siento que me tengo que decidir por alguno de ellos, pero no sé qué hacer. La convivencia entre nosotros es muy difícil y le debo agradecer que sea tan comprensivo». Un apoyo exterior, al menos para los fines de semana, podría suponer un alivio a las tensiones generadas por el cuidado constante de una persona anciana enferma, una mejora para la calidad de vida de la persona cuidadora, pero también de su familia y de la propia persona cuidada.

Las experiencias de las personas entrevistadas y sus familias son similares a las encontradas en otras sociedades con más y mejores servicios sociales. Ciertas



investigaciones (Policy Studies Institute, 1982) destacan las mismas situaciones: tensiones familiares, ruptura en la vida familiar habitual, el triángulo que se forma en el que la esposa debe hacer frente a las responsabilidades y requerimientos tanto del marido como del padre o madre enfermos. En la investigación británica citada las mujeres entrevistadas y sus esposos, manifestaban como principales consecuencias de la acción de cuidar de un anciano o de una anciana dependiente, la incidencia negativa en las relaciones de pareja y/o con los hijos e hijas. Las mujeres lamentaban especialmente —igual que ocurre en la presente investigación en el País Vasco, Catalunya y Madrid— no poder dedicar más tiempo a sus hijos y/o hijas, ni compartir con ellos juegos y otras actividades. Por otro lado, el tamaño reducido de las viviendas y la falta de privacidad que conlleva contribuye también a alterar la convivencia familiar y se generan tensiones. La propia configuración de las viviendas no facilita la atención de la persona discapacitada.

Un aspecto importante es los cambios experimentados por la propia persona cuidadora en el proceso de cuidar. Se hace referencia a deterioros en la salud física y psíquica —son varios los casos en que se habla de depresión— y a alteraciones del carácter. La influencia de la acción de cuidar en el carácter, ánimos y salud de la persona cuidadora es un aspecto a resaltar. Son raros los casos en los que claramente se señala que no ha existido una influencia negativa en este sentido. En un caso, incluso, encuentra más agradable la dedicación al cuidado de la madre que el de puericultora en una guardería.

Son numerosas, por el contrario, las situaciones opuestas. Se trate de los padres biológicos o políticos, se manifiesta que el impacto de la situación en la persona cuidadora es duro y con consecuencias negativas. Influye el ver que no existen esperanzas de recuperación o mejora sustancial del enfermo o enferma. Una explica con dramatismo la situación: «Mi vida ha cambiado mucho, es más amarga, mucho más agria. Me ha cambiado el carácter, porque mi madre ¡no me conoce! ¡No sabe quién soy! Esto ocurre día tras día durante tres años [...] Cada dos horas tengo que llevarle al servicio, así está mi espalda como está». Es interesante notar que en nuestra sociedad la falta de medios técnicos y humanos incrementa las dificultades y consecuencias negativas del cuidado de una persona discapacitada. Nuestra sociedad, en comparación con otras del contexto europeo, no dispone de recursos suficientes para ayudar a las familias a ocuparse de las personas con problemas de dependencia.

La influencia en el estado de ánimo es considerable. La que ha perdido el empleo comenta: «Desde entonces no se puede decir que todo haya sido igual. Estar todo el día con ella no supone un trabajo físico elevado, sino verte a ti misma cada día peor. Hay días en los cuales creo que estoy peor que ella, por lo menos psicológicamente, aunque luego hago todo lo que está en mi mano para que ella no se dé cuenta [...] Me siento cansada, sola, los problemas los vemos nosotras que convivimos con el enfermo, pero me suele dar la impresión de que nadie más me comprende. Mi estado de ánimo podría resumirlo con una palabra: depresión». En otras investigaciones (Policy Studies Institute, 1982) se aprecia también la situación de impotencia, y de no poder seguir

adelante, de muchas mujeres cuidadoras, así como el aislamiento social en que se encuentran, debido a la pérdida paulatina del trato con las amistades y personas con las que se relacionaba antes de involucrarse en la acción del cuidado.

La sobrecarga física y emocional que supone para las personas cuidadoras —en su mayoría mujeres— hacer frente a la situación sin disponer de suficiente formación, recursos económicos y materiales, apoyo de profesionales y de los servicios sanitarios y sociales, tiene consecuencias negativas en ellas, en su salud física y mental. Pero hay —según se observa en ciertos casos— un factor añadido cuando la persona cuidada es un padre o una madre político, sobre todo cuando la relación anterior no era positiva. También se observa en algún caso en la presente investigación que las personas que cuidan de un familiar enfermo pueden expresar un rechazo al cuidado realizado por personas extrañas a la familia, incluso siendo profesionales. Es algo que ya detectaron Lewis y Meredith (1988).

Hay un aspecto que resulta interesante analizar. Se refiere a los procesos de negociación que se producen a la hora de atender a una persona enferma y los procesos de asignación de un miembro de la familia como cuidador o cuidadora. Los procesos pueden comenzar, como señala Ungerson (1987: 5) entre los hijos y/o hijas y el padre que es el cuidador principal —o único— y que comienza a tener problemas para poder proseguir con su tarea. Pero también se producen entre las hijas y las otras partes interesadas en sus servicios: sus maridos e hijos y/o hijas. Entiende esa autora que «el proceso de llegar a ser cuidadora, y la forma en que la edad, el sexo, y el estatus marital influyen son construcciones sociales» (p. 57). Lo que se observa en la presente investigación es sobre todo una negociación entre los diversos hermanos y hermanas entre sí. A veces el resultado parece que es, simplemente, que alguien acaba aceptando —y asumiendo para sí— la situación.

A veces llegan a acuerdos sobre la forma de compartir el cuidado, bien acudiendo al hogar del enfermo o de la enferma a una hija o nuera durante un período determinado (puede ser una semana), bien teniendo al anciano o anciana en la casa propia durante ciertos meses al año. Otras veces, puede que un hermano (más bien una hermana) cuide del enfermo o de la enferma durante todo el año y que en verano durante dos meses se haga cargo otro hermano o hermana. En alguna ocasión, los hermanos o hermanas que no cuidan habitualmente, lo hacen los fines de semana para permitir el descanso de la familia cuidadora principal.

Pero esos procesos de negociación —que aparecen con más claridad en la entrevista de grupo— quedan más diluidos en las entrevistas personales. Aparecen sin embargo con mayor claridad —aunque sean minoritarios— los procesos de asignación. Claro está que en muchos casos unos procesos y otros se solapanán y será difícil deslindar uno de otro. Ungerson (1987: 83) estima que las mujeres son «aparentemente las personas apropiadas para combinar el cuidado con el trabajo pagado, el cuidado de los niños y el de las personas dependientes de una generación distinta a la de ellas».

## Conclusiones

El análisis de los resultados conduce a diversas conclusiones: que la familia continúa siendo el principal sistema de bienestar, pero que las familias —ni las personas— no pueden ser forzadas a ocuparse de un enfermo o una enferma discapacitado; que las relaciones interpersonales son complejas y el conflicto está presente en ellas; que los servicios sociales deben proporcionar soluciones racionales a las personas enfermas y a sus cuidadoras, tanto por medio de la institucionalización del enfermo o de la enferma, como del apoyo exterior a la familia cuidadora; que las personas que deseen cuidar en casa de una persona enferma deben recibir apoyo intra y extrafamiliar en su trabajo. Es muy necesario también un apoyo emocional que haga más llevadera la tarea y evite la incidencia negativa del deterioro de la situación, tanto en la persona cuidadora como en la cuidada, pues la relación entre ambas es circular. De las diversas situaciones analizadas, se observa claramente que conforme se asume con mayor voluntariedad el cuidado de una persona anciana discapacitada, los recursos psicológicos propios (percepción del hecho, actitud ante el mismo, estado de ánimo) son mayores y mejores, permitiendo hacer frente a la situación de forma menos dañina.

Al terminar la presente investigación se tiene la sensación de haber penetrado en un mundo desconocido. Las personas cuidadoras, que son principalmente mujeres, se encuentran en España en una situación de abandono por parte de los servicios sociales formales e informales, y también del sistema sanitario, que no les proporciona a veces ni siquiera información. Normalmente cuentan con el apoyo material y emocional de la familia nuclear: cónyuge e hijos, hijas, y en bastantes casos también con el de la familia extensa: hermanos y hermanas biológicos y políticos, sobre todo. Otros parientes (primos y primas), así como vecinos y vecinas, amigos y amigas proporcionan principalmente compañía y apoyo emocional.

Las personas cuidadoras se sienten abandonadas por parte de los sistemas de salud y de servicios sociales. La mayor parte de ellas ni siquiera ha solicitado ayuda. Son dos principalmente las razones: entienden que los servicios sociales formales son escasos, y los privados cuando existen, caros, y en la mayor parte de los casos no pueden hacer frente a ellos. Otra razón importante es la idea de asumir naturalmente el cuidado del familiar enfermo. Es sociológicamente interesante preguntarse por las causas. Las razones expresadas, las causas manifiestas son que se trata del padre, madre, cónyuge, como razón suprema. Otras veces, se habla de reciprocidad («él/ella cuidó antes de nosotros»). También se hace referencia a la obligación de la familia de cuidar a sus familiares enfermos. La mayor parte de las veces las razones aducidas se basan en la obligación y el afecto conjuntamente. Raras veces, sin embargo, se habla de amor. Pero el cariño y el afecto se expresan frecuentemente.

Se han observado procesos de negociación: entre el padre y los hijos y/o hijas, o entre hermanos y/o hermanas. Y también procesos de asignación: cuando un miembro de la familia (una mujer) era designada por los otros miembros

próximos de la familia para ejercer el rol de cuidadora. Pero, como en otras investigaciones (Ungerson, 1987: 57; Walker, 1991b: 106), lo sociológicamente interesante es que en la presente investigación se observa una construcción social del rol de cuidadora, basada en creencias tradicionales acerca de las funciones protectoras de la familia, y sobre todo de las mujeres como las proveedoras naturales de cuidados.

Puede decirse que ésa es la razón latente, no expresada, de por qué cuidan las mujeres, ya que lo hacen sientan o no amor por la persona cuidada, existan o no sentimientos de reciprocidad, hayan sido las relaciones previas buenas o malas, existan posibilidades materiales adecuadas o no (disponibilidad de tiempo, condiciones de la vivienda). Las personas cuidan por una suerte de imperativo social (aunque además se sienta amor por la persona cuidada). Pero esa coerción moral durkheimiana no suele percibirse, precisamente por como ha sido interiorizada en los procesos de socialización. Y todavía la familia sigue transmitiendo esos valores a las generaciones jóvenes (Bazo, 1994a). Es por lo que puede predecirse que en el futuro las personas pueden sufrir serios conflictos.

La estructura social en España ha experimentado fuertes cambios a la par que la economía, el mercado de trabajo o los sistemas normativos. La mayor parte de las mujeres cuidadoras de hoy son amas de casa. Las tasas de actividad económica femenina en España son las más bajas de la Unión Europea, pero la población universitaria española representa en el conjunto de la población joven un porcentaje más alto que en muchos otros países económicamente desarrollados. Entre las jóvenes y los jóvenes universitarios las chicas representan algo más del 50%. Es de esperar que, como ya se observa, las mujeres jóvenes irán incrementando su presencia en el mercado de trabajo, y se producirá un choque entre los valores interiorizados de apoyo a los miembros necesitados de la familia y aquéllos acerca de la necesidad de autorrealización personal, y más hedonistas e individualistas. Además, cada vez resulta más necesario en una familia disponer de dos salarios.

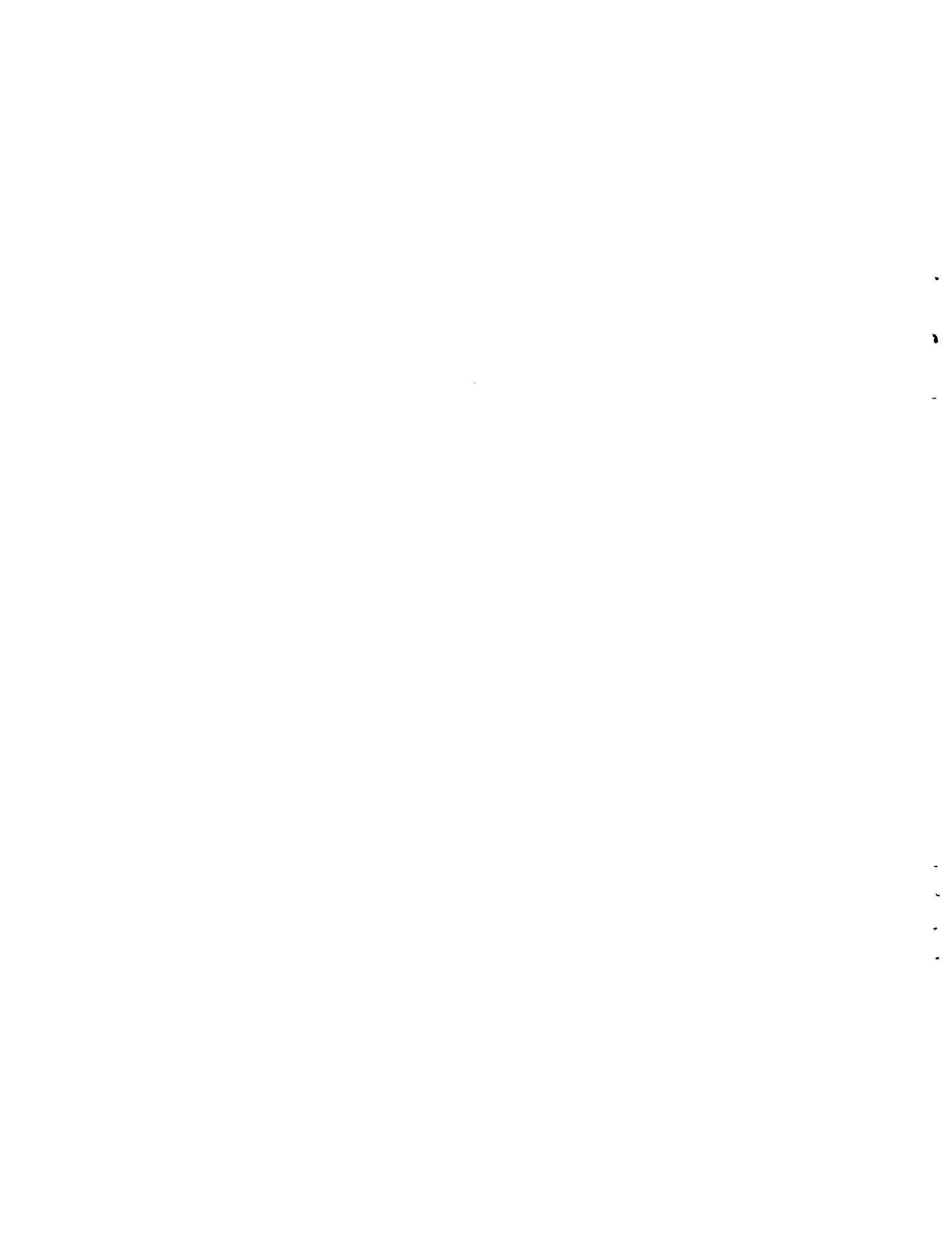
Obviamente, no se pretende defender con eso que las mujeres son las que deberán seguir cuidando. Simplemente, sugerir la posibilidad de que surjan conflictos, y que la principal fuente tradicional de cuidados se debilitará. Se entiende que la crisis principal de los sistemas de bienestar será una crisis en la provisión de cuidados. Todo ello puede forzar la creación en España de servicios sociales provistos por organizaciones voluntarias, y aumentar los privados. Puede también incrementarse la demanda de servicios sociales públicos, y puede llegarse a un reparto más equitativo entre géneros de las responsabilidades familiares. Lo cierto es que puede predecirse con casi toda seguridad que el estado de la situación no será igual en el futuro, pero también puede pronosticarse que las mujeres seguirán durante mucho tiempo sintiéndose las más responsables, y las más obligadas. Se produce así una paradoja, que para conseguir la inclusión social de una parte de la población —las personas ancianas y dependientes— se produce la exclusión social de otra parte de la población: las personas cuidadoras. Es de esperar que las políticas sociales no sigan refor-

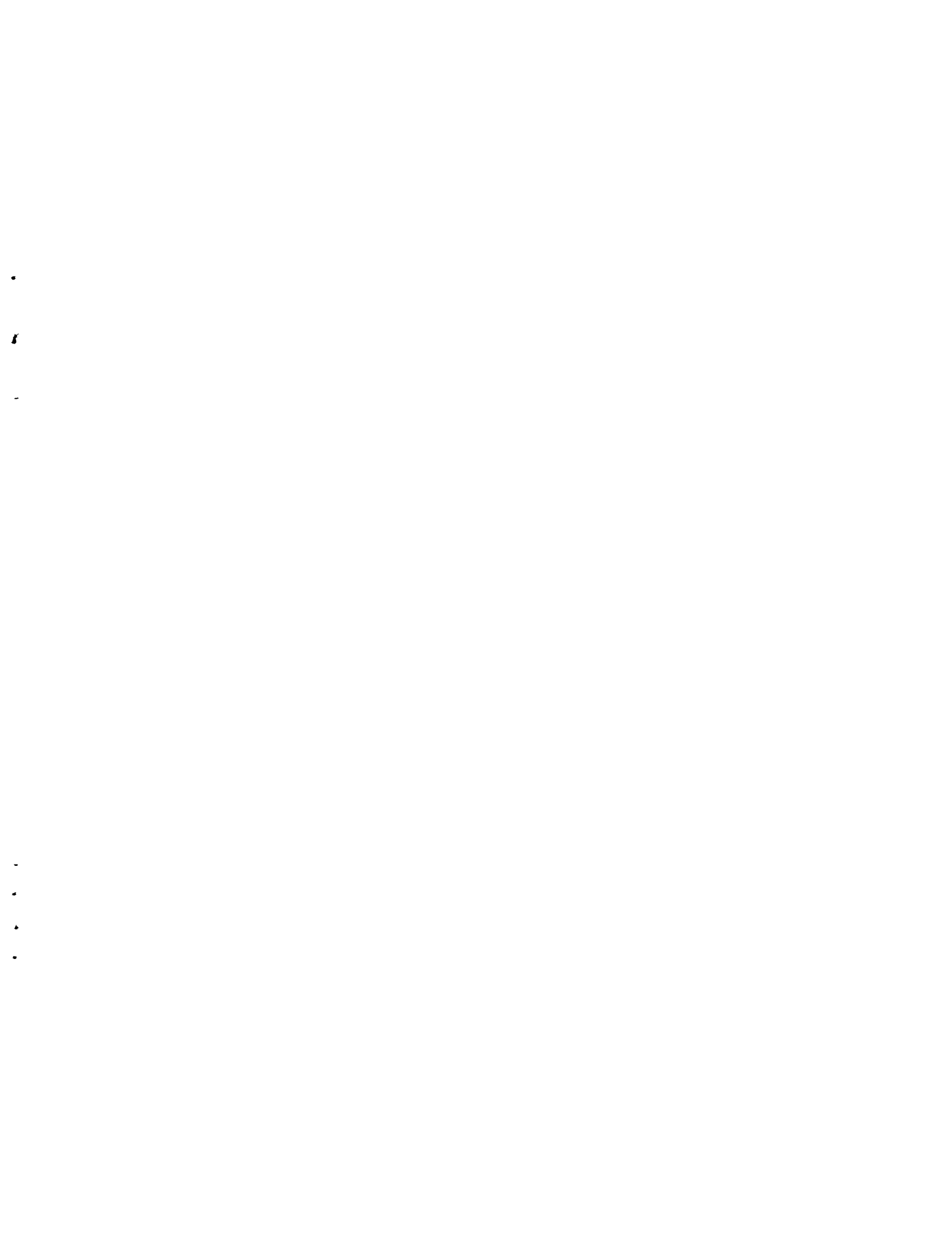
zando ese papel que les lleva a ocupar posiciones subordinadas, tanto en la esfera pública como en la privada.

### Bibliografía

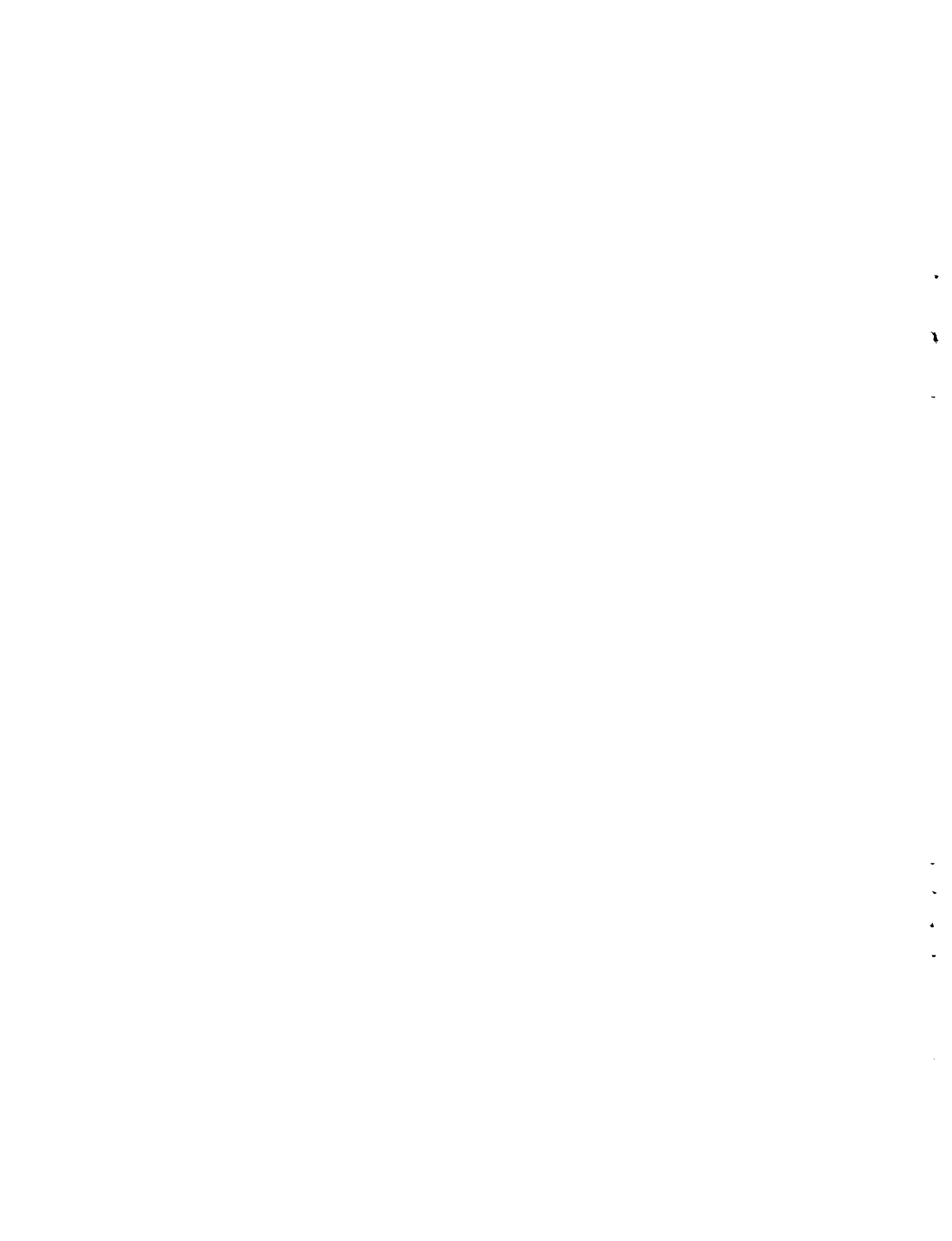
- ABEL, Emily (1989). «The ambiguities of social support: Adult daughters caring for frail elderly parents». *Journal of Aging Studies*, 3: 211-230.
- ALLAN, Graham (1990). *Family Life*. Oxford: Blackwell.
- BAZO, María Teresa (1995). «El reto del envejecimiento: una reflexión sociológica». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30 (2): 95-97.
- (1992a). *La ancianidad del futuro*. Barcelona: SG.
- (1994a). «La familia como centro privilegiado de intercambio entre generaciones». *Premios Bancaixa, 1993*, p. 269-373. Valencia: Bancaixa.
- BAZO, María Teresa; DOMÍNGUEZ-ALCÓN, Carmen (1996). «Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas, y las políticas sociales». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73: 43-56.
- BÉLAND, François; ZUNZUNEGUI, M<sup>a</sup> Victoria (1995). *Envejecer en Leganés*. Número monográfico de *Revista de Gerontología*, vol. 5, núm. 4. (Ver especialmente capítulos 8 y 9.)
- BORGOTTA, Edgar F.; MONTGOMERY, Rhonda J.V. (1987). «Aging policy and societal values». En BORGOTTA, Edgar F.; MONTGOMERY, Rhonda J.V. (eds.). *Critical Issues in Aging Policy: Linking Research and Values*. Londres: Sage Publications, p. 7-22.
- EVERS, Addbert; LEICHSENRING, Kai (1994). «Asistencia informal remunerada: una cuestión de creciente importancia». *Revista de Gerontología*, 4, 2: 114-124.
- FRAIZ CALVO, Xesús (1993). *A poboación centenaria de Galicia*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- GIBSON, Mary Jo (1992). «Public health and social policy». En KENDING, Hal I.; HASHIMOTO, A.; COPPARD, L.C. (eds.). *Family Support for the Elderly*. Oxford: Oxford University Press, p. 88-114.
- HUNTER, David; MACPHERSON, Isabel (1993). «Influencia de los cuidadores informales sobre la provisión de servicios y las decisiones de asignación». En JAMIESON, Anne; ILLSLEY, Raymond. *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona: SG.
- JAMIESON, Anne; ILLSLEY, Raymond (1993). *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona: SG.
- LEIBFRIED, Stephan (1993). «Towards a european welfare state?». En JONES, Catherine (ed.). *New Perspectives on the Welfare State in Europe*. Londres: Routledge.
- LEWIS, Jane; MEREDITH, Barbara (1988). *Daughters who Care: Daughters Caring for Mothers at Home*. Londres: Routledge, 1988.
- MAYO, Marjorie (1994). *Communities and Caring: The Mixed Economy of Welfare*. Londres: The MacMillan Press.
- MIGUEL, Jesús M. de y otros (1994). Capítulo 6 «Salud y sanidad». En *Quinto informe sociológico sobre la situación social en España: la salud para todos en el año 2000*. Madrid: Fundación Foessa, 2 vols.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

- MONTGOMERY, Rhonda J.V.; HATCH, Laurie R. y otros (1987). «Dependency, family extension, and long-term care policy». En BORGOTTA, Edgar F.; MONTGOMERY, Rhonda J.V. (eds.). *Critical Issues in Aging Policy. Linking Research and Values*. Londres: Sage Publications, p. 161-177.
- MYLES, John (1991). «Editorial: Women, the welfare state and care-giving». *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 10, 2: 82-85.
- OCDE (1987). *Financing and Delivering Health Care*. París: OCDE.
- ORY, Marcia G.; BOND, Kathleen (eds.) (1989). «Introduction: Health care for an aging society». En *Aging and Health Care: Social Science and Policy Perspectives*. Londres: Routledge, p. 265.
- PEACE, Sheila (1991). «The forgotten female: Social policy and older women». En PHILLIPSON, Chris; WALKER, Alan (eds.). *Ageing and Social Policy: A Critical Assessment*. Aldershot: Gower.
- POLICY STUDIES INSTITUTE (1982). *Family Care of the Handicapped Elderly: Who Pays?* Londres: PSI.
- QURESHI HAZEL; WALKER, Alan (1991). «Caring for elderly people: the family and the state». En PHILLIPSON, Chris; WALKER, Alan (eds.). *Ageing and Social Policy: A Critical Assessment*. Aldershot: Gower, p. 109-127.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (1994). «Políticas de rentas». En *Quinto informe sociológico sobre la situación social en España: La salud para todos en el año 2000*. Madrid: Fundación Foessa, 2 vols. Capítulo 9.
- SÁNCHEZ-OSTIZ, Rafael (1997). «Aproximación al estado socio-sanitario de los nonagenarios de Pamplona: estado funcional, cognitivo, nutricional, hemático e inmunológico». *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 32 (3): 183-184.
- SCHULZ, Richard (1990). «Theoretical perspectives on caregiving: concepts, variables, and methods». En DAVID, E.; BLUM, Arthur. *Aging and Caregiving*. Londres: Sage Publications, p. 27-52.
- TENNSTEDT; MCKINLAY (1989). «Informal care for frail older persons». En ORY, Marcia G.; BOND, Kathleen (eds.). *Aging and Health Care: Social Science and Policy Perspectives*. Londres: Routledge, p. 145-166.
- UNGERSON, Clare (1987). *Policy is Personal: Sex, Gender and Informal Care*. Londres: Tavistock Publications.
- VICTOR, Cristina R. (1991). *Health and Health Care in Later Life*. Buckingham: Open University.
- WALKER, Alan (1984). «The political economy of privatisation». LE GRAND, J.; ROBENSON, R. (eds.). *Privatisation and the Welfare State*. Londres: Allen and Unwin, p. 38-39.
- (1991a). «Pensions and the production of poverty in old age». En PHILLIPSON, Chris; WALKER, Alan (eds.). *Ageing and Social Policy: A Critical Assessment*. Aldershot: Gower.
- (1991b). «The relationship between the family and the state in the care of older people». *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 10, 2: 94-112.
- WALKER, Alan; WARREN, Lorna (1993). «The care of frail older people in Britain: Current policies and future prospects». En KATZ OLSON, Laura (ed.). *The Graying of the World: Who will Care for the Frail Elderly?* Nueva York: The Haworth Press.









---

## población y desarrollo

# **E**nvejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe

José Miguel Guzmán



NACIONES UNIDAS



Centro Latinoamericano y Caribeño de  
Demografía  
(CELADE) – División de Población

Santiago de Chile, junio de 2002

Este documento fue preparado por José Miguel Guzmán, Punto Focal del Envejecimiento de la CEPAL, para su presentación en el Encuentro Preparatorio Iberoamericano para la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Santa Cruz, Bolivia, 19-21 de noviembre de 2001. Su elaboración se inscribe en el marco del proyecto regional de colaboración entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. El autor agradece la colaboración de Ralph Hakkert, Asesor del Equipo de Apoyo Técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y de Zulma Sosa, consultora del CELADE..

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1737-P

ISBN: 92-1-322028-6

ISSN: 1680-8991

Copyright © Naciones Unidas, junio de 2002. Todos los derechos reservados

N° de venta: S.02.II.G.49

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	7
<b>I. El proceso de envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe</b> .....	9
<b>II. Los adultos mayores en el actual contexto de pobreza, inequidad y baja cobertura de los sistemas de seguridad social</b> .....	13
II.1 Pobreza e inequidad en adultos mayores .....	13
II.2 Marco conceptual .....	14
<b>III. Transferencias hacia los adultos mayores de los sistemas de seguridad social</b> .....	17
III.1 Sistemas de pensiones .....	17
III.2 Procesos de reformas del sistema de pensiones .....	19
III.3 Reformas de la salud .....	21
<b>IV. Recursos provenientes del mercado: actividad económica del adulto mayor</b> .....	23
<b>V. La familia como estructura de apoyo a los adultos mayores</b> .....	27
V.1 Determinantes de la coresidencia de los adultos mayores .....	28
V.2 Redes de apoyo social y comunitario .....	31
<b>VI. Discusión</b> .....	33

<b>Bibliografía</b> .....	37
<b>Anexo estadístico</b> .....	41
<b>Serie Población y Desarrollo: Números publicados</b> .....	49

## Índice de cuadros

Cuadro 1	Países seleccionados de América Latina y el Caribe: Proporción y tasas de crecimiento de la población de 60 años y más, 2000-2050 .....	10
Cuadro 2	Países seleccionados de América Latina: población total de 60 años y más en el año 2000 e incrementos poblacionales en los periodos 2000-2025 y 2025-2050 .....	11
Cuadro 3	Porcentaje de beneficiarios de pensiones y jubilaciones entre la población de 60 años y más en América Latina, POR educación y zona de residencia, CIRCA 1997 .....	19
Cuadro 4	Regresión logística e la proporción de personas que viven solas o sólo con su pareja .....	28

## Índice de gráficos

Gráfico 1	Distribución de la población de 60 años y más según tipo de ingreso .....	14
Gráfico 2	Cobertura previsional en la población femenina de 60 años y más, según condición de pobreza. América Latina, área urbana, alrededor de 1997.....	18
Gráfico 3	Cobertura previsional en la población masculina de 60 años y más, según condición de pobreza. América Latina, área urbana, alrededor de 1997.....	18
Gráfico 4	Incidencia de la discapacidad en la población de 60 años y más según grupos de edades y sexo. México, censo 2000 .....	24
Gráfico 5	Cobertura de las pensiones y jubilaciones y tasa de participación en la actividad económica. población masculina de 60 años y más en países seleccionados de América Latina. áreas urbanas, 1997 .....	25
Gráfico 6	Incidencia de los ingresos por trabajo en la pobreza de los hogares con adultos mayores. área urbana, 1997 .....	26

---

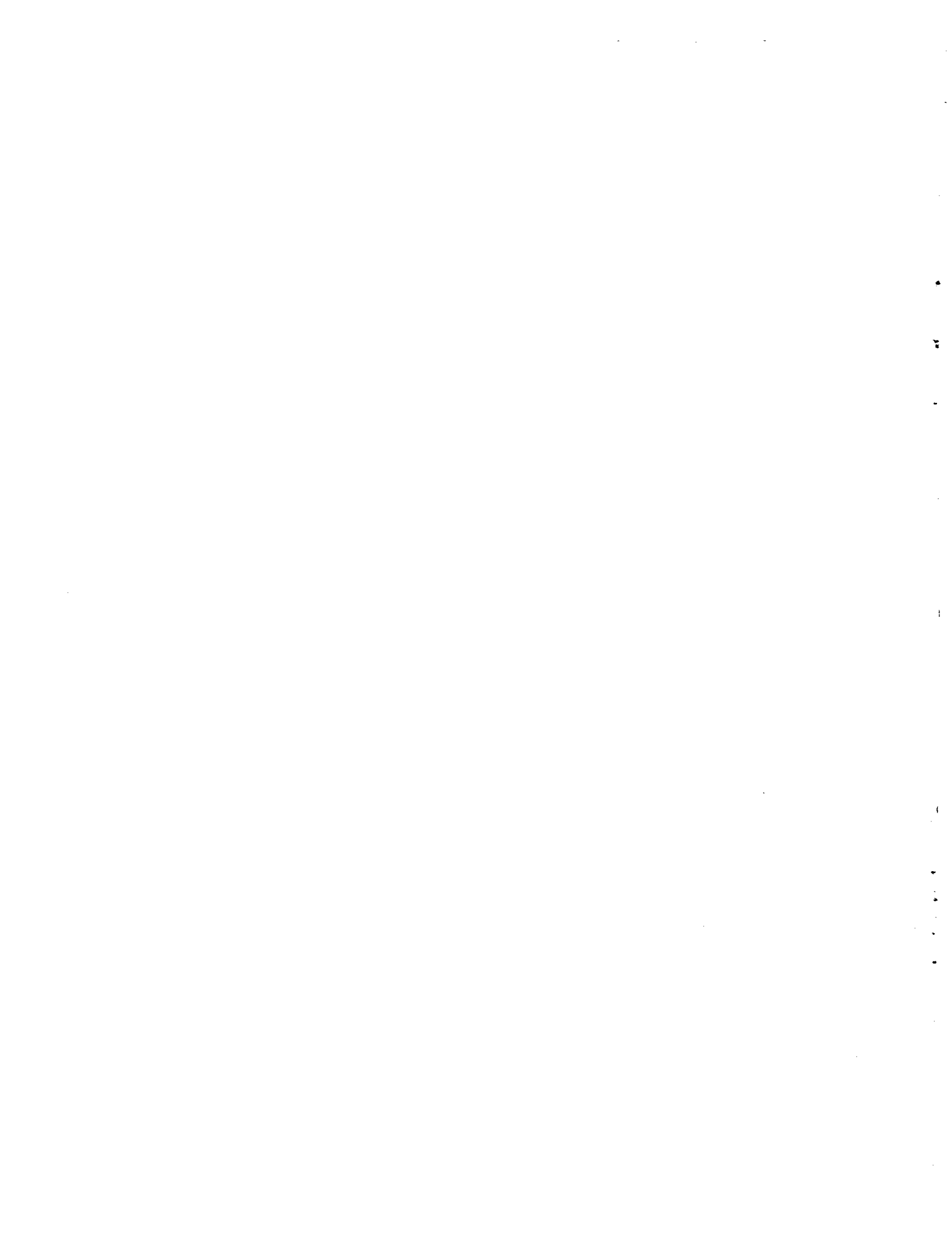
## Resumen

---

Se analiza el proceso de envejecimiento demográfico que están experimentando los países de América Latina y el Caribe y su relación con aspectos del desarrollo. Se trata de un proceso generalizado, ya que en todos los países de la región la población de 60 años y más muestra un incremento sustancial. Además, el envejecimiento se produce con mayor rapidez de lo que fue históricamente en los países desarrollados. Sin embargo, lo más preocupante es el contexto social y económico de la región, caracterizado por una alta incidencia de la pobreza, una persistente y aguda inequidad social, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las redes de apoyo familiar.

Para el análisis, se considera que la calidad de la vida de los adultos mayores está relacionada con su acceso a los recursos monetarios y no monetarios (ingresos, bienes y servicios) que les permitan vivir un envejecimiento sano y activo. Se analizan tres componentes: seguridad social, trabajo y apoyo familiar y en cada uno de ellos se analiza además el impacto de estos recursos en las familias y el conjunto de la sociedad, especialmente su impacto en la disminución de la pobreza y la desigualdad.

Se concluye que para enfrentar el reto del envejecimiento es necesario emprender acciones concertadas y a mediano y largo plazo, y hacerlo a la brevedad, aprovechando la ventana de oportunidades que brinda la dinámica demográfica actual en la mayoría de los países de la región.



## Introducción

---

*“One policy challenge is to recast aging population as a natural resource rather than a societal drain, and to exploit opportunities to use these growing reservoirs of human capital”*

*(Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, 2001)*

Es sabido que en el futuro próximo la mayoría de los países de América Latina y el Caribe deberá enfrentar las demandas de una creciente población adulta mayor. Aunque hay diferencias importantes entre países y dentro de estos (en varios países este proceso se inició décadas antes), la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios en todos los países de la región (véase la tabla A.1 del anexo) Entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se sumarán a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas. En términos de la rapidez de este cambio, la tasa de crecimiento entre los años 2020 y 2025 será de 3.5%, es decir, el cambio se producirá tres veces más rápidamente que en la población total.

Existe un consenso en cuanto a que la posibilidad de enfrentar los problemas de un número creciente de personas mayores depende tanto de la capacidad del Estado para generar y aplicar políticas públicas de gran cobertura –especialmente en las áreas de seguridad social, salud y otras políticas de asistencia social– como de los patrones de organización familiar y otros tipos de apoyo comunitario.



Sin dudas, la forma y características que asuma la nueva generación de políticas públicas que se desarrollan en muchos países de la región en la última década –por ejemplo, aquellas relativas a las reformas en la seguridad social, en la que en muchos casos se otorga un rol importante al sector privado– definirán la medida en que los países podrán absorber las consecuencias demográficas del futuro proceso de envejecimiento.

El objetivo de este documento es analizar este proceso en su relación con algunos aspectos del desarrollo, para cuyo efecto se consideran tres componentes que definen en gran medida los recursos con que cuentan los adultos mayores para su sobrevivencia: **seguridad social, trabajo y apoyo familiar**. En cada uno de estos aspectos se analiza el impacto de estos recursos en las familias y en el conjunto de la sociedad, especialmente el que ejerce en la disminución de la pobreza y la desigualdad. Este documento se basa parcialmente en dos trabajos recientes conjuntos del autor y Ralph Hakkert (Hakkert y Guzmán 2000; Guzmán y Hakkert, 2001).

## I. El proceso de envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe

---

Son al menos tres, los hechos de importancia que caracterizan el proceso de envejecimiento actual de la estructura demográfica en América Latina y el Caribe y también sus tendencias para el futuro. **En primer lugar**, se trata de un proceso generalizado. En todos los países de la región, la población de 60 años y más muestra un incremento sustancial, tanto en términos absolutos como relativos (véase el cuadro 1 y la tabla A.1 del Anexo).

La proporción de población de 60 años y más aumentará desde un 8% en el año 2000 a 14.1% en 2025 y a 22.6% en 2050. Cabe destacar que este porcentaje será más alto en las mujeres que en los hombres, particularmente en el área urbana, puesto que para el 2025, el 15.4% de las mujeres de la región tendrán 60 años o más, contra 12.6% de los hombres, y la diferencia en el área urbana (15.8% contra 12.5%) será mayor que en el área rural (13.6% contra 12.9%) (CELADE, 1999).

La variación entre los países tiene relación directa con la etapa actual de transición demográfica de cada país; así, la proporción de personas de 60 años y más es menos del 5% en los países en situación inicial o intermedia frente a un 9.1% en aquellos países en una etapa más avanzada de este proceso.

**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROPORCIÓN Y TASAS DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, 2000-2050**

País	Población de 60 y más años de edad (%)			Tasa de crecimiento	
	2000	2025	2050	2020-2025	2025-2050
Uruguay	17.2	19.6	24.5	1.2	1.3
Argentina	13.3	16.6	23.4	1.9	1.9
Cuba	13.7	25.0	33.3	2.6	0.9
Barbados	13.4	25.2	35.4	2.8	1.0
Chile	10.2	18.2	23.5	3.3	1.5
Brasil	7.9	15.4	24.1	3.7	2.3
México	6.9	13.5	24.4	3.8	2.8
Rep. Dominicana	6.5	13.3	22.6	3.9	2.8
Bolivia	6.2	8.9	16.4	3.3	3.4
Paraguay	5.3	9.4	16.0	4.4	3.3
Honduras	5.2	8.6	17.4	4.0	3.9
<b>Total América Latina y el Caribe</b>	<b>8.0</b>	<b>14.1</b>	<b>22.6</b>	<b>3.5</b>	<b>2.5</b>

Fuente: tabla A.1 del anexo.

El envejecimiento demográfico está más avanzado en Uruguay, Argentina, Cuba y Chile y en países del Caribe (Trinidad y Tabago y Barbados), donde más de un 10% de la población es mayor de 60 años. En el otro extremo se ubican países que se encuentran menos adelantados en su transición demográfica (Guatemala, Bolivia, Paraguay, Honduras, Haití, entre otros), donde un porcentaje inferior al 6.5% de la población sobrepasa los 60 años.

Hay un grupo de países en situación intermedia –con una transición demográfica bastante avanzada– que experimentarán los mayores aumentos de sus mayores de 60 años en las próximas décadas. Entre estos se encuentran Brasil, México, Colombia, Costa Rica y Panamá<sup>1</sup>. Otro indicador de la estructura demográfica por edad, el *índice de envejecimiento demográfico* (cociente entre los mayores de 60 años y los menores de 15 años), muestra el mismo patrón de cambio y llega a 15 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en países menos avanzados en su transición demográfica contra 50 en los más avanzados. Las cifras del cuadro 2 muestran que los mayores incrementos relativos se darán en países que actualmente no registran los mayores porcentajes de personas mayores de 60 años, como Brasil, México y República Dominicana e incluso en Honduras y Paraguay, ese grupo crecerá a tasas superiores a 4% entre 2000 y 2025. Para 2025 –y especialmente para 2050– se observan proporciones de adultos mayores que superan 15% en todos los países y 30% en varios de ellos.

El envejecimiento demográfico es más notorio si se analizan los cambios en los valores absolutos y esas cifras son las claves para definir políticas públicas (cuadro 2). Por su gran tamaño de población, Brasil y México tendrán los mayores incrementos en las próximas décadas. Colombia, Venezuela, Argentina y Perú también registrarán aumentos sustanciales.

**Cuadro 2**

<sup>1</sup> El aquí denominado proceso de envejecimiento no puede considerarse como un proceso lineal. Así, Recchini de Lattes (2000) demuestra que Argentina experimentó tres etapas de envejecimiento. Una, de “no-envejecimiento” (1870-1925); una segunda, de “rápido envejecimiento” (1925-1970) y la última, de “disminución de la tendencia”(1970-2005. Para el período 2005-2050 predice una nueva “aceleración” de la tendencia de envejecimiento.

**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA: POBLACIÓN TOTAL DE 60 AÑOS Y MÁS EN EL AÑO 2000 E INCREMENTOS POBLACIONALES EN LOS PERÍODOS 2000-2025 Y 2025-2050**

Fuente: tabla A.1 del anexo.

País	Año 2000: población de 60 y más años (millones)	Incremento 2000-2025 (millones)	Incremento 2025-2050 (millones)
Brasil	13.4	20.5	26.2
México	6.8	10.7	18.2
Colombia	2.9	5.1	7.4
Argentina	4.9	2.9	4.9
Venezuela	1.6	3.0	4.4
Perú	1.8	2.6	4.0
<b>Total América Latina y el Caribe</b>	<b>41.3</b>	<b>57.0</b>	<b>86.0</b>

**En segundo lugar**, el ritmo del envejecimiento en la región es más rápido de lo que fue históricamente en los países desarrollados. Así, en los Estados Unidos, el porcentaje de personas con 65 o más años aumentó de 5.4% en 1930 a 12.8% en el 2000; en Holanda, de 6.0% en 1900 a 13.8% en el 2000, y en Finlandia de 5.3% a 12.9% en el mismo período. Pero en Brasil, la proporción actual de 5.1% llegará a 14.5% en 2040, se trata de un aumento que es 2.1 veces más rápido que en los Estados Unidos y 3.1 veces más rápido que en Holanda. En América Latina y el Caribe como un todo, se espera un cambio similar en la proporción de adultos mayores (de 5.4% en 2000 a 14.0% en el 2040) e incluso que países menos avanzados en su transición demográfica tengan incrementos significativos (Guzmán y Hakkert, 2001).

**En tercer lugar**, los posibles impactos negativos del envejecimiento no sólo dicen relación con su faceta cuantitativa sino también con el escenario social, económico y cultural en que el proceso está teniendo lugar, caracterizado por alta incidencia de la pobreza, persistente y aguda inequidad social, baja cobertura de la seguridad social<sup>2</sup> y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo al adulto mayor. Se ha postulado, además, la probabilidad de que las cohortes que se incorporan al grupo de adultos mayores puedan ser en el futuro más frágiles desde el punto de vista de su salud<sup>3</sup>.

Las estimaciones de pobreza indican que la proporción de población de la región en situación de pobreza llega a 44% y que se acerca o supera 70% en Honduras y Nicaragua (CEPAL, 2000b); además, y si bien la mayoría de los países registró una disminución de la pobreza durante la década de 1990, el nivel actual todavía es superior al de 1980 (Klein y Tokman, 2000); las evidencias indican que en los últimos tres años la crisis económica puede revertir esta tendencia favorable e incluso que la incidencia de la pobreza podría aumentar (CEPAL, 2000) y a ello se agrega la enorme desigualdad de ingresos que caracteriza a la mayoría de los países de la región, que tiene la peor distribución de ingresos del mundo y, más aún, esa situación no ha mejorado ni hay indicaciones de que lo haga a corto plazo (Morley, 2000).

Al contexto económico y social descrito se suman cambios institucionales cuyo impacto no ha sido aún suficientemente analizado y ese es el caso de la reforma de los sistemas de seguridad

<sup>2</sup> Este fenómeno afecta a todo el desarrollo mundial: "El bajo nivel de fecundidad y el consiguiente envejecimiento de la población están ocurriendo en sociedades contemporáneas a un estado de menor desarrollo económico que las experimentadas históricamente, donde los problemas de envejecimiento y de ayuda a los adultos mayores pobres son enormes (traducción libre)" McNicoll (1997: 50).

<sup>3</sup> Palloni (2000) considera que la sobrevivencia de las nuevas cohortes de adultos mayores está más relacionada con los cambios en la tecnología médica que con los del estado nutricional o el mejoramiento de la salud. Entonces, su demanda por servicios de salud será más alta.

social y las leyes laborales, que en la mayoría de los países fueron acompañados del traslado de responsabilidades que antes eran consideradas de bien social desde el Estado al sector privado. En tal contexto, la coresidencia de los adultos mayores con familiares podría convertirse en una de las pocas alternativas que les permitiría asegurar alguna calidad de vida.

En tales condiciones es fácil comprender por qué la mayoría los países de la región ha sido incapaz de crear condiciones propicias para transferir riquezas que aseguren y consoliden el bienestar de los adultos mayores (Palloni, 2000). El principal reto está entonces en la forma en que los países afrontarán el aumento continuo de una población de adultos mayores, cuya calidad de vida no ha sido mejorada significativamente, en momentos en que todavía constituyen una pequeña proporción de la población total. En este contexto de envejecimiento demográfico, de alta incidencia de pobreza y desigualdad y de escaso desarrollo institucional, es dable esperar que los sistemas de organización familiar se mantengan como espacios privilegiados en que los adultos mayores convivan junto a sus familiares, se vean protegidos, dispongan de alimentación adecuada y accedan a una atención de salud y convivencia humana mínimas.

## II. Los adultos mayores en el actual contexto de pobreza, inequidad y baja cobertura de los sistemas de seguridad social

---

### II.1 Pobreza e inequidad en adultos mayores

Gran parte de los estudios y políticas sociales se aproxima al tema de la tercera edad desde una óptica que otorga a los adultos mayores la condición de grupo social vulnerable<sup>4</sup>. No obstante, en la mayoría de los países de la región la incidencia de pobreza en los hogares con adultos mayores es menor que la de hogares sin adultos mayores (CEPAL, 2000 b). Datos provenientes de otras fuentes muestran resultados similares (del Popolo, 2000); así, en 11 de 15 países analizados la incidencia de la pobreza en los adultos mayores es más baja que en la población de 15 a 59 años. Es importante señalar que en las áreas urbanas no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres adultos mayores en cuanto a la incidencia de la pobreza. Sin embargo, excluidos Brasil y El Salvador, en las áreas rurales de Bolivia, Honduras, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, República Dominicana y Chile las mujeres están más afectadas por la pobreza que los hombres.

---

<sup>4</sup> En cuanto a la mujer adulta mayor, los estudios remarcan su fragilidad en términos de salud y participación en el mercado de trabajo, aunque no todos comparten dicho énfasis (Gibson, 1996; Montes de Oca, 1997). Si bien algunas encuestas, como ENSE de México de 1994 indican que los problemas de la mayoría de las personas de 60 años y más son económicos (39,8%), seguidos por problemas de salud (32,6%) y de la familia (8,3%), ellos no parecen ser el sector más pobre de la población

No es del todo obvia la forma de interpretar estos datos. Así, la menor pobreza de los adultos mayores puede provenir de los recursos acumulados a lo largo de la vida productiva. En Chile, por ejemplo, el 78.5% de los jefes de hogares que tienen 60 años o más años de edad son propietarios de su casa, y la variación según estrato de ingreso es leve; esa cifra contrasta con el 43.4% de los jefes de hogar menores de 60 años (MIDEPLAN, 1999). Es posible que exista un efecto de selectividad, pues antes de llegar a su vejez las personas más pobres están expuestas a una mayor mortalidad.

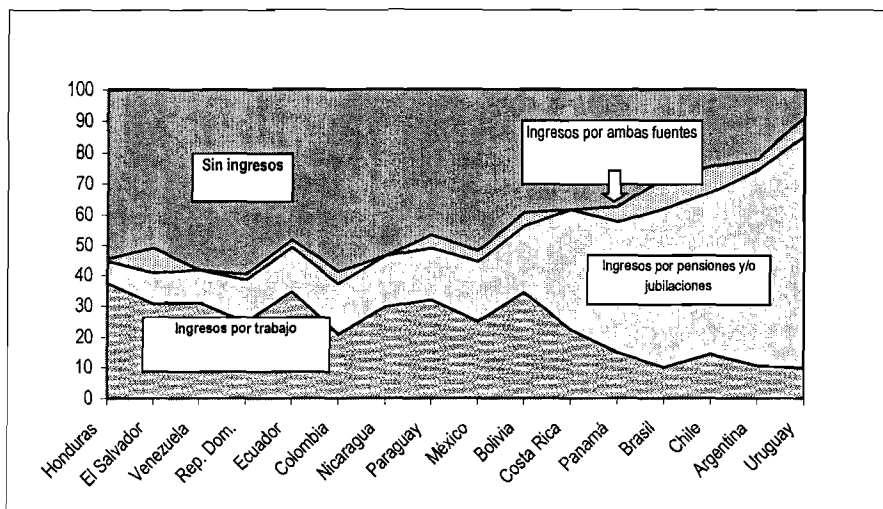
También es posible que los adultos mayores necesitados sean acogidos en la familia del hijo o hija con mejores condiciones económicas; como la pobreza se mide en el plano de los hogares, ellos aparecen con las características del hogar en que residen sin importar que sus recursos propios sean escasos.

## II.2 Marco conceptual

En este estudio se considera que la calidad de la vida de los adultos mayores tiene relación con su acceso a recursos monetarios y no monetarios (ingresos, bienes y servicios) suficientes para que vivan su vejez sanos y activos. Su capacidad para manejar recursos monetarios es fundamental, no sólo por las implicaciones en su calidad de vida (acceso a salud, esparcimiento, etc.) sino también porque con ello pueden ayudar a las generaciones más jóvenes, adoptar una posición altruista que dé mayor sentido a sus vidas y ser un importante referente familiar y comunitario.

Los recursos vienen de tres fuentes. Primero, las transferencias sociales (pensiones, seguros de salud, subsidios por discapacidad y transferencias comunitarias). Segundo, el mercado (salarios y remuneración al trabajo, acumulación de capital y sistemas privados de pensiones) y tercero, las transferencias familiares (ayuda monetaria directa, regalos, etc.) o indirecta (apoyo emocional); la coresidencia con parientes es una fuente de transferencia familiar muy importante (Palloni, 2000).

Gráfico 1  
DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS  
SEGÚN TIPO DE INGRESO



No se cuenta con información que permita una cuantificación simultánea del peso de todos estos componentes en las condiciones de vida de las personas de edad. Sin embargo, algunos estudios muestran la importancia de al menos dos de los principales componentes de ingresos: las **jubilaciones y pensiones** y el **trabajo**. A nivel agregado, el peso de esos componentes varía según el país (gráfico 1) (CEPAL, 2000 b). En un pequeño grupo de países (Argentina, Uruguay, Brasil y Chile), la mayoría de los adultos mayores (entre 60 y 80%) recibe ingresos por pensiones y jubilaciones, y, por tanto, menos de un 15% es económicamente activo. Al otro extremo se sitúan Bolivia, México, Paraguay, Nicaragua, Colombia, Ecuador, República Dominicana, Venezuela y El Salvador, cuya cobertura de seguridad social varía entre baja y muy baja (entre 8 y 26%) y entre un 20 y un 30% del ingreso proviene de la participación directa en la actividad económica. En estos últimos casos, casi la mitad de la población adulta mayor no recibe ingresos por ninguna de estas dos fuentes y depende de la ayuda familiar y/o de redes de apoyo comunitario; es posible, entonces, que este grupo sea el que registra la mayor vulnerabilidad.

En lo que sigue se analizará cada uno de estos elementos en busca de determinar la medida en que están presentes en los países y cuál es el espacio existente para el diseño de políticas dirigidas a mejorar sus condiciones de vida.





### III. Transferencias hacia los adultos mayores de los sistemas de seguridad social

---

#### III.1 Sistemas de pensiones

Los sistemas previsionales de la mayoría de la región no permiten a la fuerza laboral acumular recursos para una vejez digna sin depender de un trabajo adicional o de ayuda familiar<sup>5</sup>. La cobertura es mayormente baja y, si el sistema existe, la pensión no siempre basta (cuadro A-2 del anexo). Más de 50% de la población urbana de 60 y más años recibe ingreso por ese concepto, frente a 38% en las zonas rurales<sup>6</sup>, valor que baja a 10% si se excluye Brasil, cuya cobertura en las áreas rurales es elevada por su amplia cobertura de los trabajadores agrícolas. Sólo en Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay la cobertura urbana supera el 50% de la población de 60 años y más. En Colombia, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Venezuela ni siquiera alcanza un 25% (CEPAL, 2000b). En las áreas rurales, excluido Brasil, la situación es peor, pues en la mayoría no llega ni a 10% de los adultos mayores; la cobertura es baja en la mayoría de los países y una gran parte de la población, particularmente pobres<sup>7</sup>, es excluida (gráfico 2).

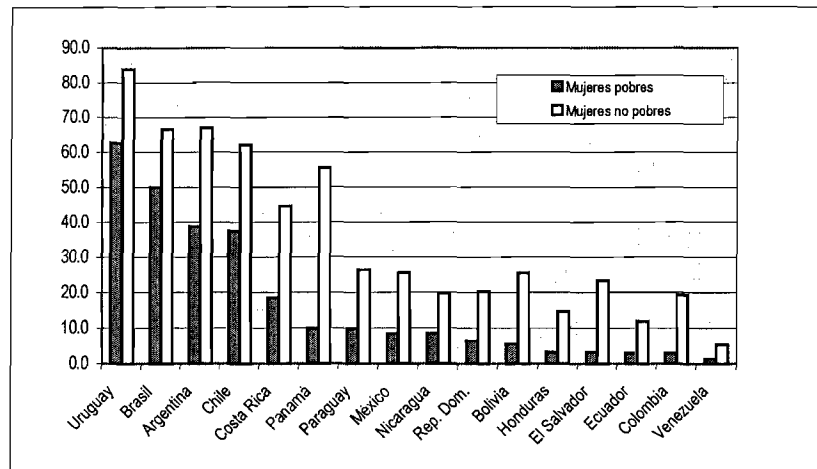
---

<sup>5</sup> Cuando se refiere al alivio de la pobreza, Rodríguez (2000) indica que el número de adultos mayores dependientes puede significar demandas similares a las de los hogares con presencia de muchos niños.

<sup>6</sup> En las zonas urbanas no se incluyen Cuba, Guatemala, Haití y Perú y en las áreas urbanas el cálculo sólo incluye a Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México, Panamá y República Dominicana.

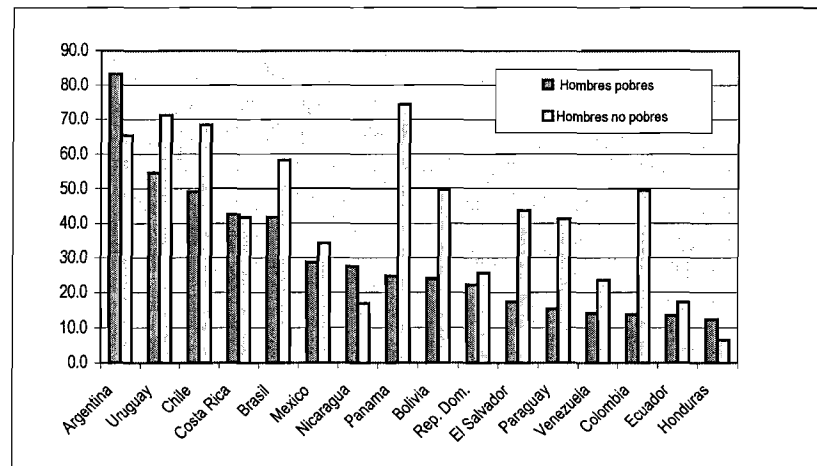
<sup>7</sup> Benitez Zenteno (2000) puntualiza que en México excluyen generalmente a la población indígena y rural.

**Gráfico 2**  
**COBERTURA PREVISIONAL EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN CONDICIÓN DE POBREZA. AMÉRICA LATINA, ÁREA URBANA. ALREDEDOR DE 1997**



Fuente: Cuadro A-5

**Gráfico 2 (conclusión)**  
**COBERTURA PREVISIONAL EN LA POBLACIÓN MASCULINA DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN CONDICIÓN DE POBREZA. AMÉRICA LATINA, ÁREA URBANA. ALREDEDOR DE 1997**



Fuente: Cuadro A-5

Tanto estos datos como los del cuadro 3 evidencian que la exclusión es mayor en los países con baja cobertura, y en estos casos el acceso a una pensión o jubilación constituye un privilegio. Con la excepción de Argentina, Uruguay, Chile y Brasil, donde la cobertura es mayor, los países de la región registran una pronunciada asociación entre cobertura y nivel educativo. Un mayor nivel de educación está asociado a un trabajo más estable que se ubica en el sector formal de la economía; la mayoría de los sistemas de pensiones excluye a los trabajadores del sector informal y a los trabajadores por cuenta propia, especialmente pequeños comerciantes y trabajadores agrícolas. Como la inserción económica de las mujeres se da generalmente por períodos más cortos y en los sectores informales, son más discriminadas que los hombres en ese aspecto; sin embargo, las mujeres casadas pueden beneficiarse de los ingresos que reciba en el hogar por estos conceptos o de la pensión de viudez, si es el caso.

Cuadro 3

**PORCENTAJE DE BENEFICIARIOS DE PENSIONES Y JUBILACIONES ENTRE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS EN AMÉRICA LATINA, POR EDUCACIÓN Y ZONA DE RESIDENCIA, CIRCA 1997**

Área	Años de estudios aprobados			Total
	0-5	6-9	10 y +	
Urbana <sup>1</sup>	34	41	54	39
Rural <sup>2</sup>	20	24	45	21

Fuente: CEPAL, 2000b.

<sup>1</sup>Promedio simple de 19 países; <sup>2</sup>Promedio simple de 9 países.

Las razones ya expuestas llevan a considerar que el éxito de la nueva generación de reformas –y particularmente las reformas de las pensiones– estará directamente ligado a la capacidad de los sistemas para incorporar contingentes crecientes de trabajadores que trabajan en el sector no formal, que habitualmente son marginados de estos sistemas. El reto es particularmente exigente, por cuanto en la región como un todo el empleo informal, que era de casi 44% del total del empleo en 1990, se incrementó a 48% en 1998 (Klein y Tokman, 2000).

Una mayor cobertura de la seguridad social ejerce un impacto significativo en la disminución de la pobreza y la desigualdad de ingresos, así se comprueba especialmente en los países de mayor cobertura previsional (CEPAL, 2000 b). Ese impacto es más significativo en los hogares en que sólo residen adultos mayores (cuadro A-3 del anexo y gráfico 3); si en este grupo se eliminaran los ingresos provenientes de las pensiones, la pobreza de los mayores de 60 años aumentaría de 26% a 44% en las zonas urbanas y de 34% a 42% en las rurales. El citado estudio de la CEPAL muestra también la presencia de un efecto redistributivo de las pensiones, que crece a medida que se amplía la cobertura previsional. Este efecto se atenuaría o eliminaría en los nuevos procesos de reforma, dada la estrecha relación que en estos sistemas tienen los beneficios y la vida laboral; ello hace que las disparidades que se generan en la vida laboral se transmitan y agraven en la etapa de jubilación. Souza (1998) advierte que la extensión de los beneficios de la seguridad social en Brasil benefició no solamente a los adultos mayores sino que también hizo un aporte significativo al ingreso del hogar en que corresiden.

En un estudio similar, que analiza el total de las transferencias<sup>8</sup> recibidas –compuestas mayoritariamente por las pensiones– se comprueba que éstas tienden a disminuir la incidencia de la pobreza relativa de 43% a 29% en 7 países estudiados (Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, México, Colombia y Costa Rica). Los efectos son más importantes en las personas mayores de 65 años, posiblemente porque las pensiones constituyen el grueso del total de transferencias en estas edades (Uthoff y Ruedi, 2001).

### III.2 Procesos de reformas del sistema de pensiones

del sector salud y seguridad social, particularmente en este último, tuvieron lugar en un momento en que los antiguos sistemas mostraban deficiencias administrativas y financieras (Bravo, 2000). Se estima que a finales de la década de 1980 el déficit de la seguridad social fluctuaba entre el 5 y el 17% del PIB en Argentina, Cuba, Chile y Uruguay y el subsidio fiscal al sistema –como porcentaje del total del gasto– variaba entre 35% y 63% (Mesa Lago, 2000). Durante los años noventa, siete países de América Latina reformaron sus sistemas de pensiones e introdujeron

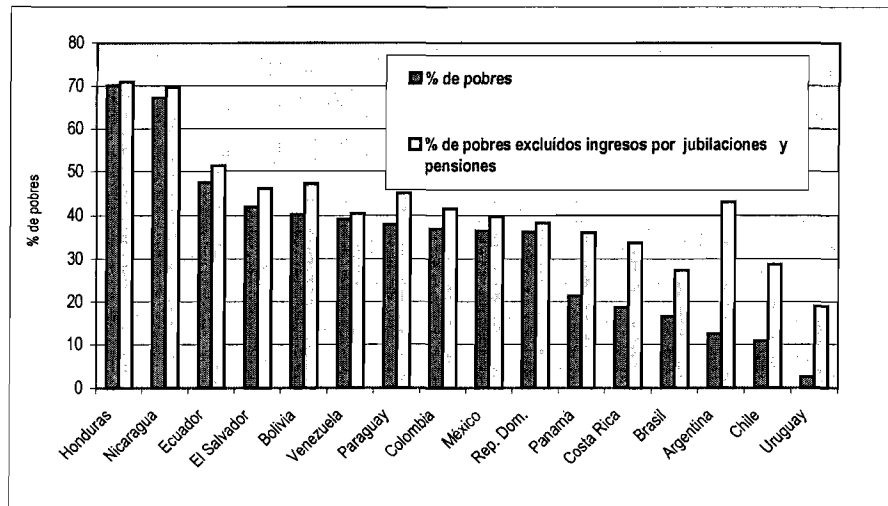
<sup>8</sup> Las transferencias incluyen: pensiones y jubilaciones, seguros de desempleo, indemnizaciones por despido, becas de estudio, cuotas de alimentos, aportes de personas que no viven en el hogar, donaciones, intereses, dividendos y ayudas en dinero, subsidios, etc.

sistemas de capitalización individual, basados total o parcialmente en el modelo chileno (Ayala, 1995; Lora y Pagés, 2000)<sup>9</sup>. En la mayoría de estos casos coexisten, al menos temporalmente, un sistema de beneficios administrados por el sector público y otro de capitalización individual, en el que predomina la administración privada. No obstante, todavía no termina la oleada de reformas, pues forman parte de una serie de reformas estructurales y de políticas de alcance muy amplio, emprendidas en casi todos los países de la región. Las reformas de los sistemas de pensiones condujeron, además, a reformas de fondo de la seguridad social en salud, las que también involucran compañías aseguradoras y prestadores de servicios privados.

Los nuevos modelos resultantes en los ocho países que al año 2000 introdujeron las reformas no fueron iguales (CEPAL, 2000a). Un primer modelo, llamado *sustitutivo*, implantado en Chile (1981), Bolivia (1997), México (1997) y El Salvador (1998), elimina el antiguo sistema de reparto y lo reemplaza por uno de capitalización plena e individual (CPI). En un segundo modelo, llamado *paralelo*, implantado en Perú (1993) y Colombia (1994), no se elimina el sistema de reparto sino que compite con el de capitalización individual. Finalmente está el modelo *mixto*, que reforma el sistema público y lo integra al de capitalización individual; es el caso de Argentina (1994) y Uruguay (1996). La elección del modelo tiene más relación con las particularidades de cada país que con el *momentum* del proceso de envejecimiento. De hecho, y así lo menciona Bravo (2000), no existe una norma que justifique la necesidad de un tipo particular de reforma que considere sólo las tendencias demográficas.

**Gráfico 3**

**INCIDENCIA DE LOS INGRESOS POR JUBILACIONES Y PENSIONES EN LA POBREZA DE LOS HOGARES CON ADULTOS MAYORES. AREA URBANA, 1997**



Fuente: Cuadro A-3 Anexo.

Existen severas dudas sobre la capacidad de los sistemas para crear condiciones óptimas para la vejez de las personas. A pesar de la limitada experiencia, se aprecian algunos hechos preocupantes en la evolución de los sistemas de seguridad social luego de las reformas (CEPAL, 2000a): 1) el no aumento de la cobertura, 2) el continuo rol subsidiario del Estado, 3) los altos costos fiscales de la transición, 4) los onerosos costos de administración y, 5) el aumento de la brecha entre las expectativas sobre el monto de la pensión y lo realmente recibido. A lo anterior

<sup>9</sup> Con la reforma de 1981, Chile estableció un sistema privado de administración de las pensiones basado totalmente en la capitalización individual. Posteriormente, Perú (1993), Colombia (1994), Argentina (1994), Uruguay (1996), México (1997), Bolivia (1997) y El Salvador (1998) adoptaron sistemas parcialmente inspirados en la reforma chilena.

puede agregarse la falta de evidencias que permitan pensar que las reformas de los sistemas de pensiones disminuirán las desigualdades actuales.

En este sentido, diversas evaluaciones del sistema chileno han llevado a que algunos autores concluyan que los nuevos sistemas no necesariamente mejoran la cobertura, los beneficios ni la eficiencia de las prestaciones (Nitsch y Schwarzer, 1998; Saad, 2000); así, los pobres siguen dependiendo en forma desproporcionada del apoyo familiar o de su inserción en la actividad económica.

Se sostiene que en América Latina la ausencia de la dimensión de género en el desarrollo de los sistemas privados es dramática<sup>10</sup>; de hecho, hay un debate sobre la forma de incluir la equidad de género en las reformas de la seguridad social, tomando en cuenta el impacto diferencial del envejecimiento en los hombres y las mujeres, y particularmente la predominancia de las mujeres entre los adultos mayores (Bravo, 2000). La mayor esperanza de vida de las mujeres, su trabajo más corto y menos remunerado (a causa, entre otros factores, del papel reproductivo y doméstico atribuido a ellas y a la segmentación del mercado de trabajo según género) son factores que provocan condiciones desfavorables para las mujeres, y ello se agrava cuando, como en el caso de Chile, el monto de las pensiones es diferencial por sexo (Arenas de Mesa, 1999). Otra característica del sistema es su impacto negativo en las pensiones femeninas<sup>11</sup> (Arenas de Mesa, 1999)<sup>12</sup>. Pero el tema de género en la seguridad social va más allá de la equidad. El paso de un sistema público a otro privado ejerce su efecto en las finanzas públicas, las que por un período relativamente prolongado deben compensar a las personas cuya pensión queda debajo del mínimo. En el caso de Chile, dos tercios de los recursos públicos destinados a este propósito serán destinados a las mujeres, y esa cifra aumentará hasta en un 80% en el año 2037 (Arenas de Mesa, 1999).

### III.3 Reformas de la salud

Las reformas a los sistemas de pensiones condujeron también a profundas modificaciones en la seguridad social en salud, y ellas involucran a las compañías aseguradoras y a los prestadores de servicios privados; además, indujeron cambios en la protección contra el riesgo profesional. En los países más avanzados en este proceso, se instituyeron pensiones asistenciales y servicios subsidiados de salud para extender la seguridad social a los pobres y se amplió la cobertura. Los modelos son básicamente de tres tipos y combinan la solidaridad del seguro público de salud con esquemas privados de seguridad (CEPAL, 2000 a).

El primer modelo, llamado *dual*, rige en Chile desde 1981 (y se aplicó más tarde en Perú), y son los mecanismos del mercado los que determinan reglas de protección similares a las del mercado de seguros. En estos modelos no existe solidaridad entre los participantes –a diferencia del sistema público en que sí existe– y el sistema es altamente selectivo. Además, la falta de recursos

<sup>10</sup> En la Octava Conferencia Regional sobre las Mujeres de América Latina y el Caribe, con motivo de la reunión preparatoria del seguimiento de la Conferencia de Beijing (Beijing+5), se alcanzó el Consenso de Lima, que incluye la recomendación "... promover el reconocimiento de la contribución social y económica del trabajo no remunerado de mujeres, predominantemente dentro del hogar, y sugiere a los gobiernos incluir a las mujeres que realizan este tipo de trabajo dentro de los Sistemas de Seguridad Social".

<sup>11</sup> Es el caso de Chile, que bajo el sistema público y asumiendo iguales retornos e igual número de años de contribución, las pensiones serían iguales para hombres y mujeres. Bajo la misma presunción, las pensiones de mujeres en el sistema privado variarían entre 52 y 76% de las pensiones de los hombres, dependiendo de la edad en la cual comenzaron las contribuciones (Arenas de Mesa, 1999).

<sup>12</sup> El autor considera los siguientes factores negativos de los sistemas privados para las mujeres: una tarifa actuarial diferente por sexo (diferentes esperanzas de vida), diversas edades de retiro, la consideración del 100% de vida activa en el cómputo de las pensiones y, d) los efectos de la comisión fija (que tienden a ser substanciales si el tiempo de contribución al sistema es relativamente corto). Otros autores consideran que el sistema tiene por lo menos tres ventajas para las mujeres (Cox Edwards, 2001). Primero, las pensiones propias y las pensiones de sobrevivientes son complementarias. Segundo, en el nuevo sistema se requiere que los hombres casados contribuyan con una anualidad común dentro de la familia que lleva a una distribución a favor de las mujeres. Tercero, no hay un número mínimo de años de contribución para recibir una pensión.

colectivos lleva a muy altos costos para la población con riesgo elevado, y ese es el caso de los adultos mayores, que terminan siendo atendidos por el sistema público.

En el segundo modelo, denominado *múltiple* (aplicado en Colombia y en Argentina), hay una única estructura de riesgo en el plano nacional, diferenciada por edad, sexo y área de residencia. En este esquema se puede elegir entre diferentes aseguradoras de salud y adherirse al plan básico que cubre a los participantes y a sus familias. En la modalidad subsidiada de este sistema se está ampliando su cobertura hacia los sectores de los sectores informales y grupos pobres (CEPAL, 2000 a). Finalmente, un tercer modelo es el aplicado en Costa Rica (a partir de 1996) que instituye, a través del Fondo Costarricense de Seguridad Social, una seguridad en salud universal basada en un modelo no competitivo y que sirve prácticamente a toda la población. Su financiamiento proviene de contribuciones tripartitas obligatorias (CEPAL, 2000a).

## **IV. Recursos provenientes del mercado: actividad económica del adulto mayor**

---

Un tema central de la Estrategia Internacional para la Acción sobre el Envejecimiento y que será discutido en la Cumbre Mundial de Envejecimiento Madrid 2002, es la *participación activa de las personas mayores en la sociedad y en el desarrollo*, lo que incluye el fomento de su capacitación y de su opción para seguir en la actividad productiva durante el tiempo que deseen.

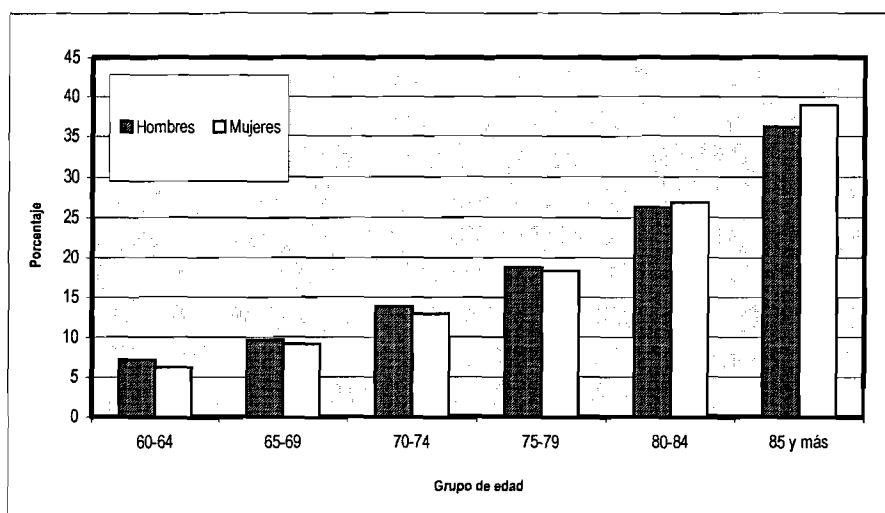
Una alta proporción de los adultos mayores de la región es económicamente activa; así, la proporción de mano de obra adulta mayor supera el 30% en la mayoría de la región, frente al 15% que registra la mayoría de los países europeos. En 1999, los Estados Unidos registraban sólo un 17% de hombres y 9% de mujeres mayores de 65 años que continuaban activos. Por el contrario, el censo mexicano de 2000 mostró que 66.6% de los hombres mayores de 60 años y 42.6% de los mayores de 65 años y más seguían activos, frente a un 71.4% del total de hombres de 12 años y más; sin embargo, estas cifras han disminuido con respecto a las de 1970, cuando 75.8% de los hombres mayores de 60 años eran activos. En las mujeres, la actividad económica disminuye más rápidamente con la edad y sólo 10.3% de mujeres de 65 años o más continúa activa, frente a un 31.3% del total de mujeres de 12 años o más. En Perú (1993), la tasa de actividad de los hombres de 60 años o más llegaba a 59% y la de mujeres apenas a 16%.

En Chile (1998), la tasa de actividad de las personas de 60 años y más es baja: 43% para los hombres y 12% para las mujeres (MIDEPLAN, 1999).



La disminución con la edad de la participación económica del adulto mayor se relaciona principalmente con limitaciones de salud —enfermedades crónicas e incluso discapacidades, como sucede en México (gráfico 4) y es probable que deba agregarse la discriminación laboral hacia los adultos mayores. Como promedio regional, la tasa de participación en actividades económicas de las personas de 60 a 74 años es casi tres veces mayor a la de las de 75 años y más. Esta diferencia puede aumentar en el futuro a causa de la disminución de la tasa de actividad en el grupo de 75 años y más (consecuencia de un aumento de la cobertura de los sistemas de seguridad social) y por un probable aumento de la tasa de participación del grupo de 60 a 74 años. Una mayor participación del grupo 60-64 años podría darse si se alza la edad de jubilación.

**Gráfico 4**  
**INCIDENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS**  
**SEGÚN GRUPOS DE EDADES Y SEXO. MÉXICO, CENSO 2000**



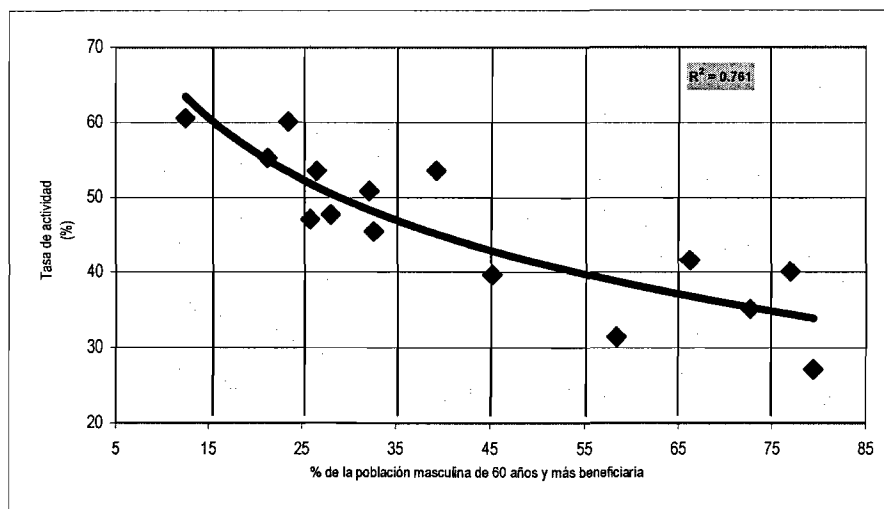
Fuente: Tabulaciones especiales en base a muestra censal.

La alta participación de los adultos mayores en la fuerza laboral no responde necesariamente a una opción voluntaria. Ya se ha visto que en la mayoría de los países más de la mitad de los adultos mayores no recibe jubilación o pensión, y que ello los obliga a continuar en la actividad económica (CEPAL, 2000 b)<sup>13</sup>; esa participación laboral está relacionada con la baja cobertura de seguridad social y con el reducido valor de las pensiones (Villa y Rivadeneira, 2000), y tal situación puede verse en la fuerte asociación entre la tasa de participación económica de las personas de 60 años y más —especialmente la masculina— y la cobertura de los sistemas previsionales (gráfico 5). A medida que baja la cobertura, más altas son las tasas de participación económica. En el caso de las mujeres, esta asociación es más difusa, pues hay otros factores que determinan su participación en el mercado de trabajo. Históricamente, su inserción laboral ha sido baja, más ligada a actividades del sector informal o ellas estuvieron menos tiempo empleadas; por tanto, muchas de las adultas mayores, aunque hayan trabajado, no reciben pensión, y podrían estar recibiendo jubilación por viudez, dependiendo del ingreso del cónyuge o de algún otro familiar.

**Gráfico 5**

<sup>13</sup> En algunos casos, incluso los que se retiran formalmente están económicamente activos, quizá porque la pensión media está cerca de la línea de la pobreza (CEPAL, 2000 b)

**COBERTURA DE LAS PENSIONES Y JUBILACIONES Y TASA DE PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA. POBLACIÓN MASCULINA DE 60 AÑOS Y MÁS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA. ÁREAS URBANAS, 1997**



Fuente: CEPAL, 2000 b.

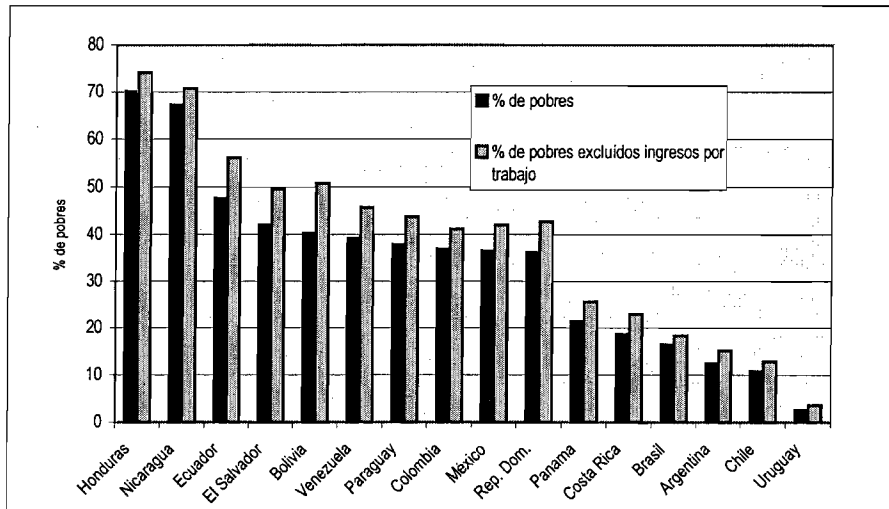
La cobertura de la seguridad social no es el único factor que determina la participación económica de los adultos mayores y, de hecho, en 14 países de la región, entre 60 y 75% de ellos no trabaja ni cuenta con jubilación; ya sea por incapacidad –especialmente los de mayor edad en este grupo– o por que cuentan con apoyo familiar. Algunos otros determinantes de su participación económica, como la disponibilidad de otras transferencias y apoyos familiares, no han sido estudiados suficientemente en la región. Un estudio reciente hecho en Indonesia muestra que "las transferencias financieras que hacen los hijos a los padres adultos mayores no parecen ser determinantes en la participación económica de los padres en el mercado de trabajo" (Cameron y Cobb-Clark, 2001).

Ante esta ausencia de jubilaciones y pensiones, un rasgo característico de la inserción laboral del adulto mayor es su precaria condición y así lo demuestran las cifras por categoría ocupacional, horas trabajadas e ingresos percibidos; se trata de actividades por cuenta propia –excluidos técnicos y profesionales–, generalmente sin previsión social y que predominan entre los adultos mayores –especialmente mujeres– (del Popolo, 2000). Si se hace un análisis según las horas trabajadas por quienes permanecen en el mercado laboral, puede afirmarse que estos son ocupados plenos, pues trabajan en promedio 39 horas semanales. Si bien no hay diferencias significativas entre las horas que trabajan los adultos mayores y las personas cercanas a jubilarse, el ingreso de los primeros es notoriamente inferior al percibido por el grupo de 50 a 59 años y en la mayoría de los países está bajo la línea de pobreza o de valores equivalentes a la misma (Del Popolo, 2000).

Ahora bien, es incorrecto creer que el ingreso proveniente del trabajo de los adultos mayores siempre es bajo. En Chile, por ejemplo, 32% de los hombres y 36% de las mujeres mayores económicamente activos perciben ganancias que los ubican en el quintil más alto de ingresos. 12% de hombres y 8% de mujeres son propietarios o patrones de negocios, frente a casi 4% de la población de 15-59 años. Sin embargo, un estudio de CEPAL (CEPAL, 2000 b) muestra que Chile es el único país en la región (entre 16 países) donde el ingreso proveniente del trabajo de los adultos mayores urbanos está cerca o equivale a dos líneas de pobreza; en otros países alcanzan apenas una línea de pobreza. A pesar de lo anterior, el trabajo de los adultos mayores tiene un impacto significativo en la situación de pobreza en sus hogares, y así se aprecia en el gráfico 6 (véase también el cuadro A-3 del anexo). En Bolivia, el porcentaje de pobres en hogares urbanos con

adultos mayores subiría de 40% a 51% si se eliminan los ingresos por trabajo; en otros países las diferencias entre la pobreza efectiva y la simulada con este criterio serían superiores a 7 puntos porcentuales en Ecuador, El Salvador, República Dominicana y Venezuela. En términos relativos, las cifras anteriores muestran mayores impactos y en al menos 9 países de la región la incidencia de la pobreza en hogares con adultos mayores aumentaría en cerca o más de 20% si se eliminan los ingresos por trabajo. Estos resultados dejan en claro que la participación de los adultos mayores en la actividad económica representa una posibilidad cierta de salir de la pobreza.

**Gráfico 6**  
**INCIDENCIA DE LOS INGRESOS POR TRABAJO EN LA POBREZA DE LOS**  
**HOGARES CON ADULTOS MAYORES. ÁREA URBANA, 1997**



Fuente: Cuadro A-3, Anexo.

## **V. La familia como estructura de apoyo a los adultos mayores**

---

Además de los ingresos recibidos por remuneración a su trabajo, pensión, jubilación u otra fuente, la mayor parte de los recursos que reciben los adultos mayores proviene en muchos casos de transferencias familiares, tanto intrahogar como extrahogar. Esas transferencias asumen diversas formas, que van desde la ayuda monetaria directa hasta el cuidado personal de un pariente enfermo o parcialmente discapacitado, o mediante apoyo emocional (visitas, llamadas, etc.).

Una forma habitual de solidaridad intergeneracional es la cohabitación, que reduce el gasto de vivienda por persona, resulta en economía de escala en la compra y preparación de alimentos y facilita el apoyo directo a parientes con necesidades especiales; ahora bien, la coresidencia no siempre implica una socialización de los recursos y los adultos mayores pueden recibir transferencias de familiares que residen fuera del hogar. En el caso de México, Montes de Oca (2001) muestra que el 38.6% de los mayores de 60 años recibe algún apoyo de personas ajenas al hogar, mientras el 28.5% de los residentes en hogares conyugales ampliados no recibe apoyo de sus coresidentes. Aun así, autores como De Vos y Holden (1988) consideran que el hecho de compartir un espacio físico está muy relacionado con compartir otros recursos. Como se aprecia en el gráfico 1, la mayoría de los países registra una proporción significativa de la población de 60 años y más que no recibe ingresos ni de pensiones ni de trabajo.

Como estas son las fuentes principales de ingreso de los adultos mayores, es altamente probable que deban contar con apoyo familiar para sobrevivir. Wong (1999), con datos de la Encuesta Nacional de Empleo de México, 1996, establece que la población no económicamente activa cuenta efectivamente con el apoyo familiar, que es la fuente más importante de apoyo, especialmente en el caso de los adultos mayores. De hecho, la probabilidad de recibir apoyo familiar es inversa a la de recibir una pensión y tiende a aumentar en personas mayores.

## V.1 Determinantes de la coresidencia de los adultos mayores

Si la coresidencia es una vía por la que operan las transferencias familiares hacia y desde los adultos mayores, es importante determinar los factores asociados, para cuyo fin se efectuaron regresiones logísticas para los países que hicieron Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) (que desafortunadamente no incluyen el estado conyugal). La variable independiente elegida es la proporción de personas de 60 años y más que viven solas o sólo con su pareja, y las variables independientes son el sexo, la edad, el área de residencia, la condición de trabajo y la ubicación del hogar según quintil de pobreza. De los resultados de este análisis (véase el cuadro 4) no pueden derivarse conclusiones generalizables; sin embargo, es posible detectar algunos rasgos comunes; así, en todos los países la educación se relaciona positivamente con el hecho de vivir solo o con la pareja y sus efectos son significativos. Este mismo resultado fue encontrado en un estudio más amplio realizado con encuestas de hogares de varios países latinoamericanos, que incluyen datos precisos para medir la pobreza y la condición de empleo (Shinkai, 2000).

La misma tendencia se observa en el caso de la condición laboral. En tres de los cuatro países que disponen de este dato, el hecho de trabajar aumenta la probabilidad de vivir solo o con la pareja, si bien la causalidad no es tan clara. Excluidos Nicaragua, República Dominicana y Colombia, en los demás países la probabilidad de vivir solo o con su pareja aumenta con la edad; el área de residencia muestra coeficientes significativos en tres países, pero que apuntan en sentidos distintos. Mientras en Bolivia y Perú la tendencia a vivir sólo o con pareja es mayor en las áreas rurales, en Nicaragua sucede lo contrario.

Cuadro 4  
REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS  
QUE VIVEN SOLASO SÓLO CON SU PAREJA

Variable	Colombia 1995	Nicaragua a 1998	Bolivia 1998	Brasil 1996	Guatemala a 1995	Perú 1996	República Dominicana a 1996
Edad	- 0.0046	0.0060	0.0182**	0.0146**	0.0126*	0.0189**	0.0096
Sexo masculino	0.1843	0.1137**	0.0622	0.0953	0.2699**	- 0.1126	0.2139*
Años de escolaridad	0.0717**	0.0170**	0.0155	0.0518**	0.0633**	0.0259**	0.0561**
Residencia urbana	0.0838	0.1259**	-	0.1698	0.1617	- 0.5616**	- 0.0794
Trabaja	0.1272	0.1155**	0.6349**	nd	nd	0.4519**	nd
Pobres: 20% más pobre	0.6383**	0.1827**	0.2682**	0.0573	- 0.3007*	0.0936	0.9113**
Ricos: 20% más rico	- 0.6034**	0.1522**	0.2026*	- 0.3504**	- 0.6882**	- 0.7759**	- 0.0874
Casos	3143	3810	-	4454	3812	9849	3058
			0.4965**				
			4124				

Fuente: Bases de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud.  
Nd: no hay datos. \* Significativo al 5%. \*\* Significativo al 1%.

En el caso de las variables de pobreza, es dable esperar una menor tendencia a la coresidencia entre los adultos mayores con mayores recursos, que desearían una vida independiente y cuentan con mejores condiciones materiales para lograrla. Este resultado ha sido ampliamente reconocido en el caso de los países desarrollados (Hareven, 1994, 1996). Sin embargo, la relación es menos clara en América Latina; en general, los resultados de la regresión son opuestos a lo esperado, pues muestran que, al controlar las demás variables, los adultos mayores ricos (quintil superior) muestran una menor probabilidad de vivir solos que los que se ubican en los quintiles intermedios. Adicionalmente, los pobres son más propensos a vivir solos. En Nicaragua, ricos y pobres muestran una alta propensión a vivir solos o con su pareja en comparación con los ubicados en los quintiles intermedios.

En su estudio comparativo de los beneficios de la seguridad social, Shinjai (2000) encuentra que las diferencias son similares entre los países. En Uruguay, Chile, Argentina y Brasil el mayor ingreso se asocia a una tendencia a vivir solo o con la pareja y en las áreas rurales de México y en Colombia se observa lo opuesto. Saad (1998) encuentra la misma relación entre pobreza y coresidencia en Brasil; en el Nordeste un mayor ingreso tiende a incrementar los niveles de coresidencia y en el Sudeste ocurre lo contrario. En Chile, del 6.9% de los adultos mayores que viven en hogares unipersonales, un 31% pertenece al quintil más alto y sólo un 19% a los dos quintiles más pobres, sugiriendo una mayor tendencia a vivir sólo a medida que aumenta el ingreso (MIDEPLAN, 1999). Un 51% de los que residen en hogares de 5 miembros o más, pertenece a los dos quintiles más pobres.

Una posible explicación a este resultado está en la definición de la variable pobreza; como se define a nivel del hogar, es posible que los hogares de hijos u otros familiares más ricos estén en mejores condiciones de albergar a un adulto mayor. Esta tendencia a la mayor coresidencia de los adultos mayores con más recursos implica que, en un contexto familiar de escasos recursos, un mayor ingreso del adulto mayor puede aumentar la dependencia de hijos y otros familiares en relación con él o ella. Este es el postulado de Ruggles (1987; 1996; 2000) para el caso de los Estados Unidos en el siglo XIX. El razonamiento es que en una economía rural, donde la independencia de los hijos pasa por su acceso a la tierra, los padres que disponen de algún recurso económico, principalmente tierra u otro medio de producción, acababan siendo responsables por el sustento de sus hijos, aun cuando éstos ya fuesen mayores y económicamente activos.

Una tesis adicional es la señalada por Shinkai (2000), quien postula que la privacidad podría ser un 'bien inferior' hasta que no se alcancen determinados umbrales en el nivel de ingreso. El apoyo familiar también se relaciona con el número de hijos y en el caso de los beneficios de salud esta variable puede influir en la posibilidad de tener apoyo institucional. Por ejemplo, en México, Montes de Oca (2000), usando datos de la Encuesta Sociodemográfica de los Adultos Mayores de 1994, encontró que el tener hijos incrementa la probabilidad de recibir apoyo institucional en salud, pues aquellos trabajadores que tienen seguro de salud pueden incluir a sus familiares dependientes; entonces, los adultos mayores sin hijos no tienen probabilidad alguna de acceder a estos servicios.

En todo caso, está muy claro que, en la mayoría de los países, los adultos mayores son contribuyentes netos al ingreso de su hogar. Según la CEPAL (2000), aproximadamente un tercio de aquellos hogares urbanos en que los adultos mayores viven con personas de otras edades (diferentes a sus cónyuges), dependen en más de la mitad del ingreso provisto de los primeros. Esta proporción varía de 17% en Venezuela y 19% en México a 39% en Chile y 46% en Bolivia. Las cifras son aún mayores en las áreas rurales y varían entre 28% en Panamá y 68% en Argentina. En la misma forma, Souza (1998) nota que la extensión de los beneficios de la seguridad social en Brasil ha beneficiado no sólo a los adultos mayores, sino también ha contribuido a mejorar la situación de sus familias de residencia.

Los párrafos previos han enfatizado la importancia de los factores económicos en la determinación de los patrones de coresidencia de los adultos mayores con otros miembros del

hogar. Aunque el patrón de familias complejas descritas por varios autores (CEPAL, 2000 b; De Vos, 1995) obedece, al menos en parte a la necesidad económica tanto de los adultos mayores como de sus familias, también es posible que la alta proporción de cohabitación entre las generaciones en la región sea el resultado de preferencias que tienen sus raíces en patrones culturales (De Vos, 1998). En los Estados Unidos, algunos autores (Angel y Tienda, 1982; Burr y Mutchler, 1992; De Vos, 1998; Mutchler, 1990) enfatizan que, aun controlando dichos factores económicos, la tendencia a la formación de hogares complejos varía entre grupos étnicos. Por otro lado, Chattopadhyay y Marsh (1999) encuentran, en el caso de Taiwán, que los valores culturales también muestran transformaciones como consecuencia de cambios en el contexto económico y demográfico. La solidaridad entre generaciones continúa siendo un valor cultural importante en dicho países. Sin embargo, la coresidencia de los adultos mayores con sus hijos decreció entre 1963 y 1991, en tanto que el apoyo monetario se incrementó hacia los adultos mayores no coresidentes. Algunos estudios etnográficos de la situación de los adultos mayores en áreas rurales de América Latina muestran un panorama inconsistente en el que se observa integración en algunos lugares (Sokolovsky, 2000) y desintegración en otros (Kagan, 1980).

Aunque en América Latina los lazos familiares son aún fuertes, existen dudas en cuanto a que la institución familiar tendrá la capacidad de absorber una mayor cantidad de adultos mayores que en el pasado. El debilitamiento de la estructura familiar se asocia a una serie de procesos objetivos; tal como ha sido señalado por Cowgill (1974), la mayor parte de los factores asociados al desarrollo (industrialización, urbanización, más avanzada tecnología médica, mejor educación) tenderían a aislar y separar al adulto mayor de sus familias, reduciendo su estatus social frente a los jóvenes. Mason (1992) también enfatiza en que muchos factores asociados a la modernización conspiran contra los patrones tradicionales de coresidencia en los países asiáticos.

Esto no es precisamente lo que los datos analizados muestran; en efecto, no existe una tendencia definida hacia la disminución de la coresidencia de adultos mayores. En realidad, las evidencias respecto a un posible descenso en los patrones de coresidencia con los adultos mayores son contradictorias (véase el cuadro A-4). En algunos países, como Brasil, se observa un incremento mientras en otros, tales como Colombia y México, se muestra una tendencia a la estabilidad en este indicador a lo largo de las tres últimas décadas. Solís (1998) muestra que en México estos patrones no han experimentado cambios aparentes en las tres últimas décadas, a pesar de las grandes transformaciones que ha vivido el país y ello pone en jaque el potencial explicativo de la teoría de la modernización para el estudio de los arreglos familiares de los adultos mayores. Es posible que esta aparente paradoja se explique en que este proceso se produce en la región en un contexto sin el desarrollo institucional que se dio en los países desarrollados en el inicio del proceso de envejecimiento.

Frente a la insuficiencia de los sistemas macrosociales de solidaridad intergeneracional, además de que la familia se cuenta como un tipo de colchón de choque, la legislación sobre la materia refleja algunas deficiencias. Por una parte, las constituciones y la legislación de muchos países de la región enfatizan en el papel protagónico de la familia en los cuidados con la población adulta mayor pero, como sucede en Brasil (Goldani, 1989), el paso a las familias de las responsabilidades de cuidado del adulto mayor está basado en valores tradicionales sobre los roles de género. En segundo lugar, existe un sesgo ideológico, ya que considera los patrones de coresidencia de los adultos mayores como la solución humanamente más deseable. Cabe preguntar si la coresidencia con los hijos adultos es necesariamente el arreglo que mejor atiende a las necesidades de ambas generaciones. En este contexto, algunos historiadores han desmitificado la noción de una convivencia idílica entre las generaciones en Europa occidental antes de la Revolución Industrial; supuestamente esa convivencia fue deshecha por los procesos de modernización; se ha subrayado que el trato hacia los viejos era rudo, pragmático y cargado de suspicacias y sospechas de ambos lados (Plakans, citado en Sokolovsky, 2000).

## V.2 Redes de apoyo social y comunitario

En este documento no se ha mencionado hasta el momento el apoyo que reciben los mayores y que proviene de redes de apoyo social –especialmente comunitarias– que pueden ser el mecanismo más efectivo para suplir la falta de seguridad económica. Sin embargo, en contextos extremos con fuertes restricciones económicas y limitado o nulo apoyo institucional estatal, mermaría la capacidad de que operen estas redes o que al menos se activen oportunamente; por lo tanto, los mayores, especialmente los ancianos y ancianas, entran a un aislamiento social que provoca el deterioro del tejido social y procesos de desafiliación social (Enríquez Rosas, 2000).

El desarrollo reciente de organizaciones no gubernamentales y de la sociedad en general en el plano comunitario ofrece un marco nuevo para crear de mecanismos de protección social, apoyo y mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor; no obstante, debe quedar claro que la cobertura actual de estas organizaciones es limitada.





## VI. Discusión

---

Del análisis anterior se desprende que los tres componentes analizados en este trabajo (seguridad social, participación económica y arreglos familiares) seguirán teniendo, en la mayoría de los países de la región, un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores y de las familias en que ellos se insertan.

En cuanto a la seguridad social, los actuales niveles de cobertura de estos sistemas señalan que los países de la región deberán hacer esfuerzos sistemáticos para ampliar esa cobertura y así permitir que una proporción creciente de las personas mayores de 60 o 65 años pueda acceder a los beneficios de una pensión de vejez. Estas mejoras tendrían un efecto positivo en los adultos mayores y también en sus familiares; por una parte, se alivia la carga familiar que implica la dependencia económica de los adultos mayores, pero además se amplía la posibilidad de que estos adultos mayores apoyen a sus descendientes (corresidentes y no corresidentes). Es sabido que los adultos mayores son transferidores netos de recursos materiales en todas las sociedades (*Commission on Behavioral Sciences and Education*, 2001), aunque el flujo de recursos instrumentales (cuidados, apoyo emocional, etc.) vaya en sentido inverso (Kolhi, 1999). En efecto, en países con una amplia cobertura de la seguridad social, el flujo neto de recursos va desde los más viejos hacia los jóvenes, mediante la transferencia de una parte de los ingresos por jubilaciones, lo que tiene el beneficio adicional de asegurar la cohesión entre generaciones (Kohli, 1999).

Lo anterior legitima más la inquietud de que las reformas no aumenten sustancialmente la tasa de incorporación a los beneficios de la jubilación bajo los sistemas formales, con lo que la calidad de vida de las personas de edad se deterioraría. Las cohortes de ancianos que se incorporarán en los próximos años contendrían una proporción significativa de personas con baja o ninguna educación o con una historia laboral más bien informal y con escasa acumulación de riquezas, quedando fuera de los sistemas de seguridad social implementados recientemente (Palloni, 2000).

La pregunta central es, entonces, en qué medida los países están en condiciones –tanto desde el punto de vista político e institucional como del económico– de enfrentar este reto. Esta pregunta ya se la han hecho varios investigadores del tema y la respuesta no parece tan sencilla. Por una parte, se ha considerado (Bravo, 2000) que, en el contexto latinoamericano –en que sólo una parte de la población es asalariada y contribuye con la seguridad social–, llevar la cobertura al 100% de la población en el marco del sistema de reparto puede resultar, desde el punto de vista fiscal, una carga excesivamente onerosa, a menos que cambien las demás variables y parámetros del sistema (por ejemplo, vía aumento de la edad de jubilación, y del monto de la contribución, ampliación del número de contribuyentes, etc.), en cuyo caso el Estado debiera hacerse cargo de pensiones no contributivas, hasta que jubilen las cohortes que estuvieron contribuyendo durante un tiempo razonable.

Desde el punto de vista de las reformas y de la implementación de esquemas de capitalización individual, es preciso considerar que un aumento de la cobertura requiere también aumentar la participación en el sistema de todos los trabajadores, sean del sector formal e informal, lo cual no parece ser tan sencillo ni viable. Se ha destacado (Bravo, 2000) que estos sistemas, desde el punto de vista fiscal, implican altos costos al Estado, debido a la necesidad de que éste se haga cargo de las pensiones ya comprometidas bajo el sistema de reparto y que también se haga cargo de las contribuciones de aquellos trabajadores activos que se traspasan al nuevo sistema. Este proceso de ‘hacer explícita la deuda implícita’ del sistema de reparto, significa en algunos países un porcentaje del PIB bastante elevado, especialmente en los países de mayor envejecimiento demográfico (más del 20% del PIB en países con estructuras más ‘jóvenes’ y más de 200% del PIB en Argentina, Uruguay y Brasil). Este autor muestra que el escenario se presenta como más manejable cuando se estima el costo final anual de la transición. Este costo, distribuido durante un período de 40 años, es menos del 1.5% del PIB en países con deuda baja o muy baja (los de menor envejecimiento demográfico), de 1.4% a 6.7% en países intermedios y de 6% a 13% en Brasil, Argentina y Uruguay (Bravo, 2000). Algunos autores consideran factible la cobertura universal del sistema de pensiones en los países donde el ingreso generado por los sistemas previsionales es reducido. Por ejemplo, se estima que el costo de las pensiones básicas de Costa Rica en 1999, que cubren al 25% de la población de 65 años y más (cerca de 30 a 39 dólares por mes) era igual a apenas el 0,1% del PGB. Con una cobertura completa, el costo fiscal ascendería aproximadamente sólo al 0,5% del PGB (Willmore, 2001).

En cuanto a la participación en la actividad económica del adulto mayor, además de ampliar la cobertura y mejorar los ingresos provenientes de jubilaciones y pensiones, debe transformarse el mercado de trabajo para que los adultos mayores cercanos a su edad de jubilación pasen por una transición gradual del trabajo a jornada completa hacia jornadas parciales, sin que impacte negativamente en el ingreso percibido y, por sobre todo, que no pasen violentamente de una actividad laboral plena a una inactividad completa. Lo que exige una flexibilización del mercado laboral inexistente en la actualidad. Dada la importancia creciente asignada a la participación activa en la sociedad de los adultos mayores, la vida laboral después de los 60 años ya no se percibe como un valor negativo, siempre que ésta se produzca no por una necesidad imperiosa de ingresos sino por la existencia de un deseo de estar activo en un trabajo para el cual los adultos mayores se sientan capacitados, puedan generar ingresos y con ello contribuir al bienestar personal, familiar y nacional. El tercer componente se relaciona con las transferencias intrafamiliares, especialmente

aquellas que van dirigidas a los adultos mayores. Ante la insuficiencia de apoyo de los sistemas macrosociales hacia los adultos mayores, es probable que la familia continúe siendo uno de los principales soportes del adulto mayor, incluso a medida que esta población vaya aumentando rápidamente durante las próximas décadas. En un contexto institucional, económico y social como el descrito, en el que el Estado traspasa al sector privado responsabilidades que antes eran consideradas de bien social, la coresidencia de los adultos mayores con otros familiares podría convertirse en una de sus pocas alternativas para asegurar una cierta calidad de vida.

Palloni (2000b) argumenta que la combinación de una población creciente de adultos mayores, con las restricciones fiscales y el desarrollo limitado de los mecanismos de transferencias sociales, la situación de los adultos mayores corra el riesgo de deteriorarse, lo que se agravaría si se incrementa la prevalencia de discapacidades y enfermedades crónicas entre los mayores de edad, lo que pesaría considerablemente sobre la capacidad de las familias para proporcionarles apoyo. Una permanencia más larga de adultos mayores en las familias puede implicar una enorme carga para parejas jóvenes, siendo que ellas mismas no siempre tienen la capacidad económica para sostener a sus descendientes. Esta situación no es tan comparable con la experiencia histórica de los países industrializados. No sólo el número de adultos mayores que dependían de la ayuda familiar en esas épocas es más pequeño a las actuales proporciones a las que se enfrenta la región latinoamericana, sino que la estructura social prevaleciente favoreció soluciones dentro del contexto familiar, como las familias eran más grandes y más estables, la migración era más baja, y el rol social de las mujeres se limitaba más al ámbito doméstico.

En esta misma línea se ubica la importancia de los cambios en los enfoques nacionales para tratar el tema del envejecimiento. De hecho, existe una tendencia en los países, y que debiera incrementarse a partir de la Cumbre Mundial de Envejecimiento del 2002, a introducir cambios constitucionales (como el caso de Brasil), legales o programáticos para favorecer una mayor cobertura de servicios que apunten a mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Esas acciones subrayan la importancia del aporte de la familia como apoyo a los adultos mayores, entre otras razones por los elevados costos, especialmente de salud, que impone su cuidado cuando son dependientes. Sin embargo, preocupa la carga de este enfoque para los diferentes miembros de la familia y especialmente para las mujeres, como señala Goldani (1989) para el caso de Brasil.

Hay otros fenómenos demográficos que son simultáneos a la segunda transición demográfica y que implican cambios notables en los patrones de nupcialidad y en las estructuras de parentesco derivadas de una menor fecundidad. Wong (1999) se pregunta si con las nuevas generaciones, al tener un número menor de hijos, habrá en el futuro una menor propensión a recibir apoyo familiar entre las generaciones de edad avanzada de parte de sus descendientes. La situación actual sería más compleja para los 'donantes actuales', que deben apoyar a sus ancianos y prepararse para su propia vejez. Deben considerarse los cambios demográficos para planificar acciones futuras, no sólo por sus efectos agregados sino también por las transformaciones de las estructuras familiares que resultarán de los procesos demográficos: aumento de la mortalidad, y su efecto en el aumento del promedio de vida y la disminución de la viudez; disminución de la fecundidad, con una verticalización de las estructuras familiares y un aumento de la carga que significa cuidar a los ancianos en un hijo (o máximo en dos), y finalmente, cambios en los patrones de formación de uniones, visibles en un aumento notable en las nuevas generaciones de las separaciones y divorcios. Las tendencias demográficas que llevan a un mayor envejecimiento poblacional y sus contextos requieren acción concertada a mediano y largo plazo y que deben emprenderse a la brevedad, aprovechando la ventana de oportunidades que brinda la misma dinámica demográfica en gran parte de la región que caracterizan el momento actual, con una proporción de adultos mayores no muy elevada y una disminución de la de niños y adolescentes.

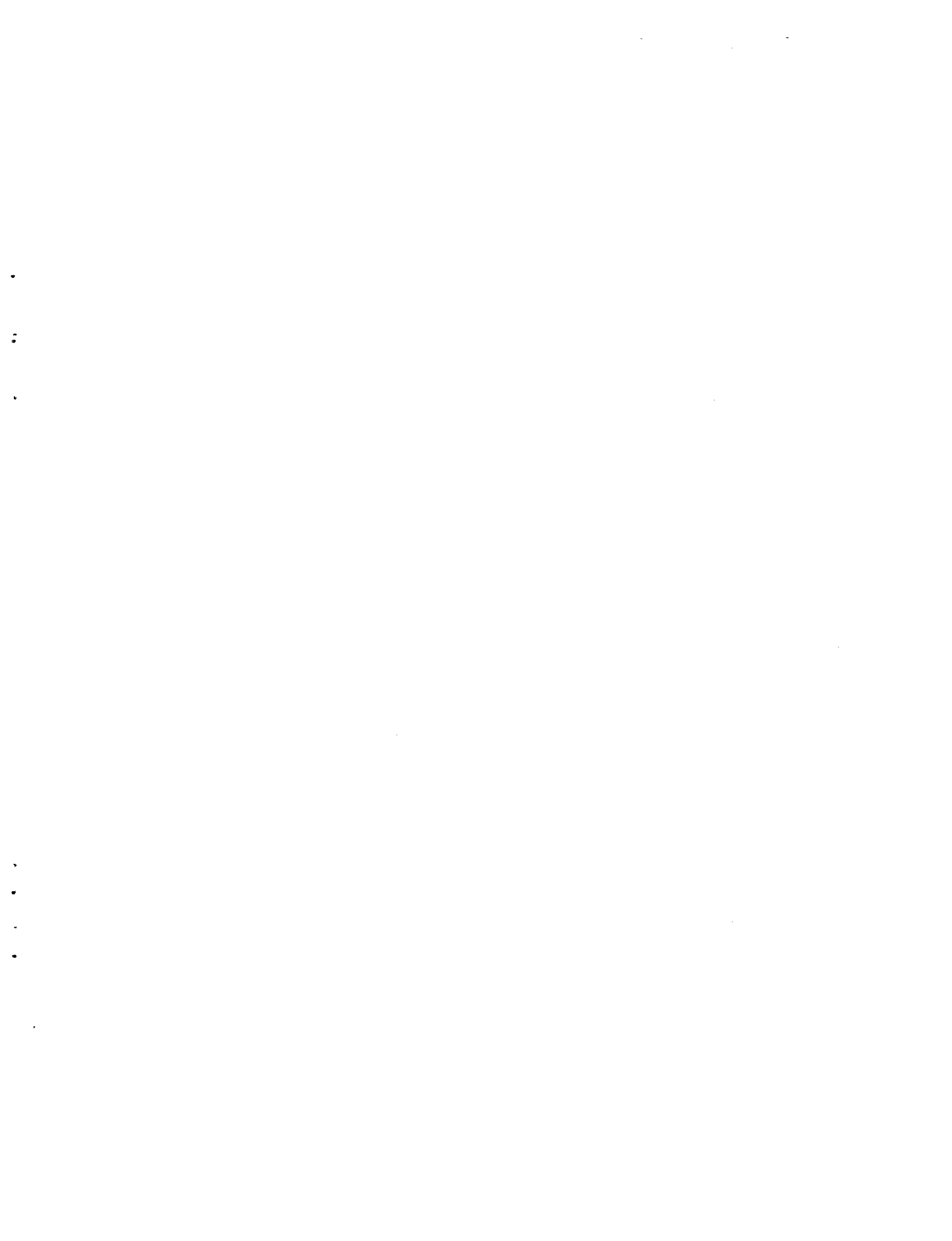
## Bibliografía

---

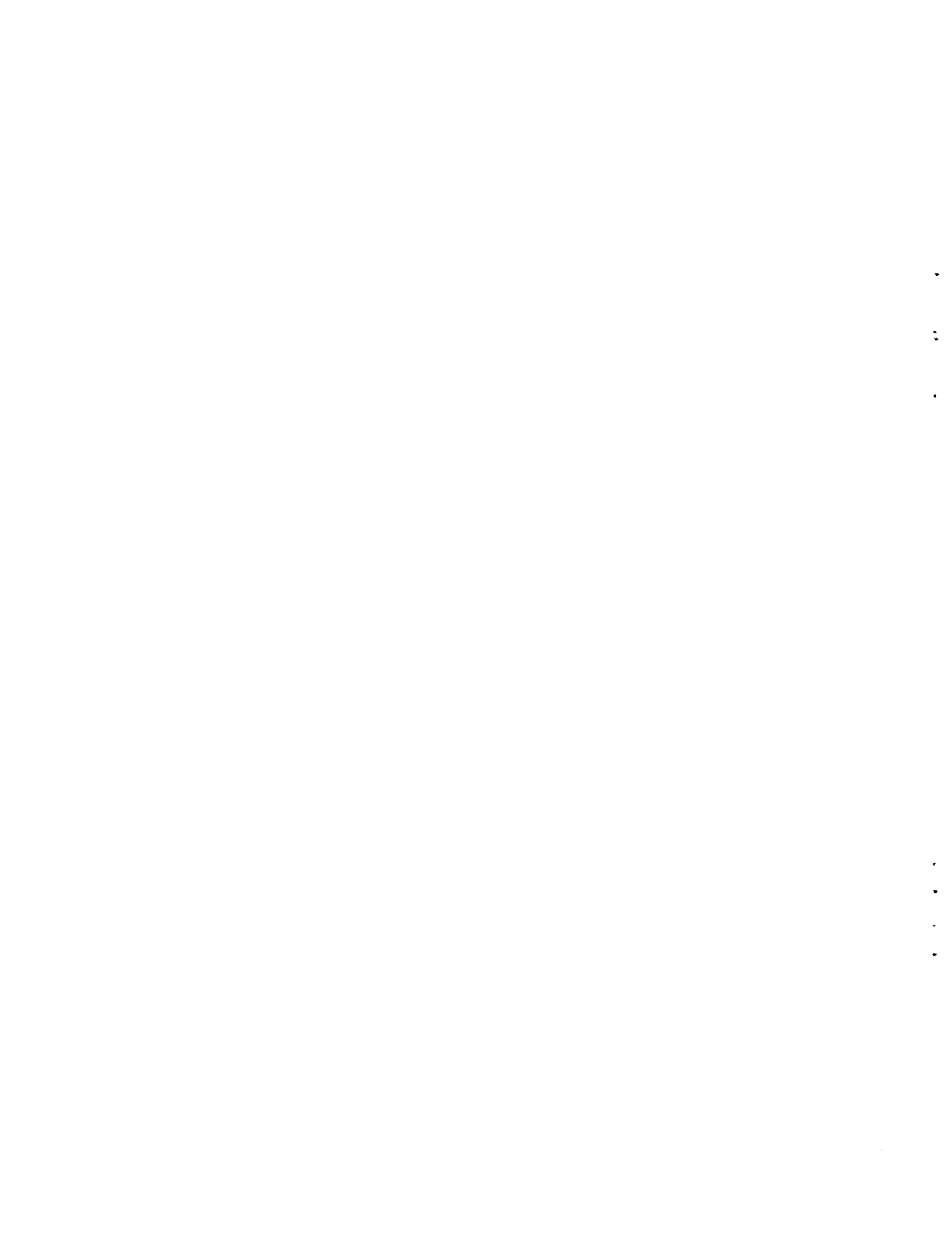
- Angel, Ronald y M. Tienda. (1982). "Determinants of extended family structure: cultural pattern or economic need?" *American Journal of Sociology* 87 (6): 1360-1383.
- Arenas de Mesa. (1999). El sistema de pensiones en Chile: resultados y desafíos pendientes. Documento presentado en el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de la Tercera Edad. Seminario Técnico. Santiago de Chile, septiembre 8-10.
- Benítez Zenteno, R. (2000). "El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: Una expresión de la transición demográfica" en CEPAL. *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de la tercera edad*. CELADE- División de Población CEPAL. Santiago de Chile: 25-58.
- Bravo, Jorge. (2000). Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina. *Revista de la CEPAL*, Santiago, Chile.
- Burr, J. A. y J. E. Mutchler. (1992). "The living arrangements of unmarried elderly Hispanic females". *Demography* 29.
- Cameron, Lisa y Cobb-Clark, D. (2001), Old-age support in developing countries: Labour supply, intergenerational transfers and living arrangements. Institute for the Study of Labour, Germany. Discussion Paper No 289.
- CELADE. (1999). América Latina: proyecciones de población urbana y rural 1970-2025. *Boletín Demográfico* 63.
- CEPAL. (2000a), *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*. Vigésimo octavo Período de Sesiones, México DF.
- \_\_\_\_\_. (2000b), *Panorama social de América Latina 1999-2000*. Santiago, Chile.
- Chan, Angelique y Julie DaVanzo. (1996). "Ethnic differences in parents' coresidence with adult children in Peninsular Malaysia". *Journal of Cross-cultural Gerontology* 11 (1): 29-59.

- Chattopadhyay, Arpita y Robert Marsh. (1999). "Changing living arrangements and familial support for the elderly in Taiwan: 1963-1991". *Journal of Comparative Family Studies*, Summer.
- Commission on Behavioral and Social Sciences and Education (2001). Preparing for an Aging World: The case for Cross-National Research. National Academy Press ([www.nap.edu/books](http://www.nap.edu/books)).
- Cox, Edwards, A. (2001). Social Security Reform and Women's Pensions. Policy Research Report on Gender and development, Working Paper series No. 17, The World Bank.
- Cowgill, Donald O. (1974). "Aging and modernization: a revision of theory", J. F. Gubrium (ed.). *Late life: communities and environmental policy*. Springfield, Charles C. Thomas.
- del Popolo, Fabiana (2000). Características socioeconómicas y sociodemográficas de las personas de edad de América Latina. CELADE, ECLAC. Santiago, Chile (en edición).
- de Vos, Susan. (1995). *Household composition in Latin America*. New York, Plenum Press.
- \_\_\_\_\_. (1998). "Regional differences in living arrangements among the elderly in Ecuador". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 13 (1): 1-20.
- \_\_\_\_\_. y K. Holden. (1988). "Measures comparing living arrangements of the elderly: an assessment". *Population and Development Review* 14 (4): 688-704.
- Enríquez Rosas, Rocío (2000). Redes sociales y envejecimiento en contextos de pobreza urbana. Documento Presentado a la Reunión de Sociedad Mexicana de Demografía, Ciudad de México, 2000.
- Gibson, D. (1996). Broken down by age and gender. The problem of old women redefined. *Gender and Society* 10 (4).
- Goldani, Ana Maria. (1989). The families in later years in Brazil: burdens of family caregiving to the elderly and the role of public policy. Trabajo presentado en el International Seminar on Morbidity, Mortality and Social Policy, UFMG/Ministry of Health/UNFPA/ABEP, Belo Horizonte, 12-15 de diciembre.
- Hakkert, Ralph y Guzmán, J. M. (2001). Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina. UNFPA Country Support Team, México (mimeo).
- Guzmán, José Miguel y Hakkert, Ralph (2001). Some social and economic impacts of the ageing process in Latin American countries. Documento presentado en la XXIV IUSSP General Population Conference, Salvador, Brasil 18-24, Agosto 2001.
- Hareven, Tamara (1994), "Aging and generational relations: historical and life course perspective on intergenerational supports for the old in the United States". *Annual Review of Sociology* 20: 442.
- \_\_\_\_\_. (1996). "Introduction: aging and generational relations over the life course". In: Tamara K. Hareven (ed.). *Aging and generational relations over the life course*. Berlin, De Gruyter: 1-12.
- Klein, E. y V. Tokman (2000), Estratificación social bajo tensión en la era de la globalización". *Revista de la CEPAL* 72: 7-30.
- Kagan, D. (1980). Activity and aging in a Colombian peasant village, C. Fry (ed.), *Aging in culture and society*. New York, Bergin.
- Kolhi, M. (1999). Private and Public transfers between generations: Linkin the family and the State. Institute for Sociology and Research Group on Aging and the Life Course, Free University of Berlin (borrador).
- Mason, Karen Oppenheim. (1992). "Family change and support of the elderly in Asia: what do we know?" *Asia-Pacific Population Journal* 7 (3): 13-32.
- McNicoll, Geoffrey. (1997). *Population and poverty: a review and restatement*. New York, Population Council, Working Paper 105.
- Mesa-Lago, Carmelo. (2000). *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social en el umbral del siglo XXI*. Santiago de Chile, CEPAL, División Desarrollo Social. Serie Políticas Sociales 36.
- MIDEPLAN. (1999). *Situación de los adultos mayores en Chile*. Santiago de Chile, MIDEPLAN, Resultados de la VII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 1998), Documento 10.
- Montes de Oca, Verónica. (1997). La actividad de las mujeres en edad avanzada en México: entre la sobrevivencia y la reproducción cotidiana. Trabajo presentado en la Reunión de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Guadalajara, 17-19 de abril.
- \_\_\_\_\_. (2000). Factores que condicionan el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México. Documento presentado a la VI Reunión Nacional de la Investigación Demográfica, Sociedad Mexicana de Demografía, El Colegio De México, Julio 31-agosto 4, 2000.
- \_\_\_\_\_. (2001) Estructura y funcionamiento de los apoyos sociales entre la población con 60 años y más en México. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, D.F (mimeo)
- Morley, Samuel. (2000). *La distribución del ingreso en América Latina y el Caribe*. Santiago, CEPAL/FCE.

- Mutchler, Ian B. (1990). "Household composition among the nonmarried elderly: a comparison of black and white women". *Research on Aging* 12 (4): 487-506.
- Nitsch, Manfred y Helmut Schwarzer. (1998). "De paradigmas a mitos: notas sobre os fundos de pensão chilenos". *Revista de Economia Política* 18 (2): 96-105.
- Palloni, Alberto. (2000). Programmatic and policy aspects of population ageing and living arrangements. Document presentado en la United Nations Technical Meeting on Population Ageing and Living Arrangements of Older Persons: Critical Issues and Policy Responses, UN Population Division.
- Recchini de Lattes, Zulma. (2000). "Tendencias y perspectivas del envejecimiento de la población femenina y masculina en Argentina". CEPAL. *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de la Tercera Edad*. Santiago de Chile, CELADE-División de Población CEPAL: 25-58
- Rodríguez, Jorge. (2000). Vulnerabilidad demográfica y desventajas sociales. Santiago de Chile, CELADE, mimeo.
- Ruggles, Steven. (1987). *Prolonged connections: the rise of the extended family in nineteenth century England and America*. Madison, University of Wisconsin Press.
- Ruggles, Steven. (1996). "Living arrangements of the elderly in America, 1880-1980". Tamara K. Hareven (ed.). *Ageing and generational relations over the life course*. Berlin, De Gruyter: 254-271.
- \_\_\_\_\_. (2000). "Living arrangements and well-being of older persons in the past". In: UN Population Division. *United Nations Technical Meeting on Population Ageing and Living Arrangements of Older Persons: Critical Issues and Policy Responses*. New York, UN Population Division ESA/P/WP.157: 3-1:3-84.
- Saad, Paulo M. (2000). "Impact of pension reform on living arrangements of older persons in Latin America". UN Population Division. *United Nations Technical Meeting on Population Ageing and Living Arrangements of Older Persons: Critical Issues and Policy Responses*. ESA/P/WP.157: 5-1:5-45.
- Shinkai, Naoko. (2000). *How do social security and income affect the living arrangements of the elderly? Evidence from reforms in Mexico and Uruguay*. Washington DC, IDB Working Paper 432.
- Solís, Patricio. (1999). Living arrangements of the elderly in Mexico. Documento presentado en la Annual Meeting of the PAA, New York, April.
- Souza, Marcelo M. (1998). "A importância dos rendimentos dos idosos nos rendimentos das famílias". *Como Vai? População Brasileira* 3 (3).
- Sokolovsky, Jay (2000), "Living arrangements of older persons and family support in less developed countries". *Technical Meeting on Population Ageing and Living Arrangements of Older Persons: Critical Issues and Policy Responses*. New York, UN Population Division ESA/P/WP.157: 4-1:4-36.
- United Nations. (1999). *World Population Prospects, 1998 Revision*. UN Population Division, NY.
- Uthoff, A. y Ruedi, N. (2001). Diferencias en la efectividad de la política social para atenuar la incidencia de la pobreza: Un análisis de las encuestas de hogares. (borrador). CEPAL, Santiago, agosto, 2001.
- Villa, M. y Rivadeneira, L. (2000). "El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: Una expresión de la transición demográfica". CEPAL. *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de la Tercera Edad*. Santiago de Chile, CELADE-División de Población CEPAL: 25-58.
- Willmore, Larry (2001). 'Universal Pensions in Low-Income Countries'. Document prepared for presentation to the annual meeting of the Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones San José, Costa Rica, 19-23 noviembre 2001.
- Wong, Rebeca (1999) 'Transferencias intrafamiliares e intergeracionales en México' en Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. Consejo Nacional de Población, México.







## VEJEZ, GENERO Y ETNIA: ACERCAMIENTO A UN ENFOQUE DE LAS DIFERENCIAS SOCIALES<sup>1</sup>

Sandra Huenchuán Navarro<sup>2</sup>

### PRESENTACION

La realidad social de los ancianos y ancianas ha sido casi totalmente invisible durante gran parte del siglo XX pese que, a partir de la década del sesenta, nuestro país empezó a registrar un aumento paulatino de personas mayores de 60 años.

El tema recién aparece formalmente en la agenda pública en los años noventa. La formulación de una "Política Nacional para el Adulto Mayor" en Chile (1996) marca un hito interesante y, sin duda, las condiciones de vida y los derechos de las personas ancianas serán temas de creciente interés y debate a partir del Año Internacional de los Adultos Mayores (1999) de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

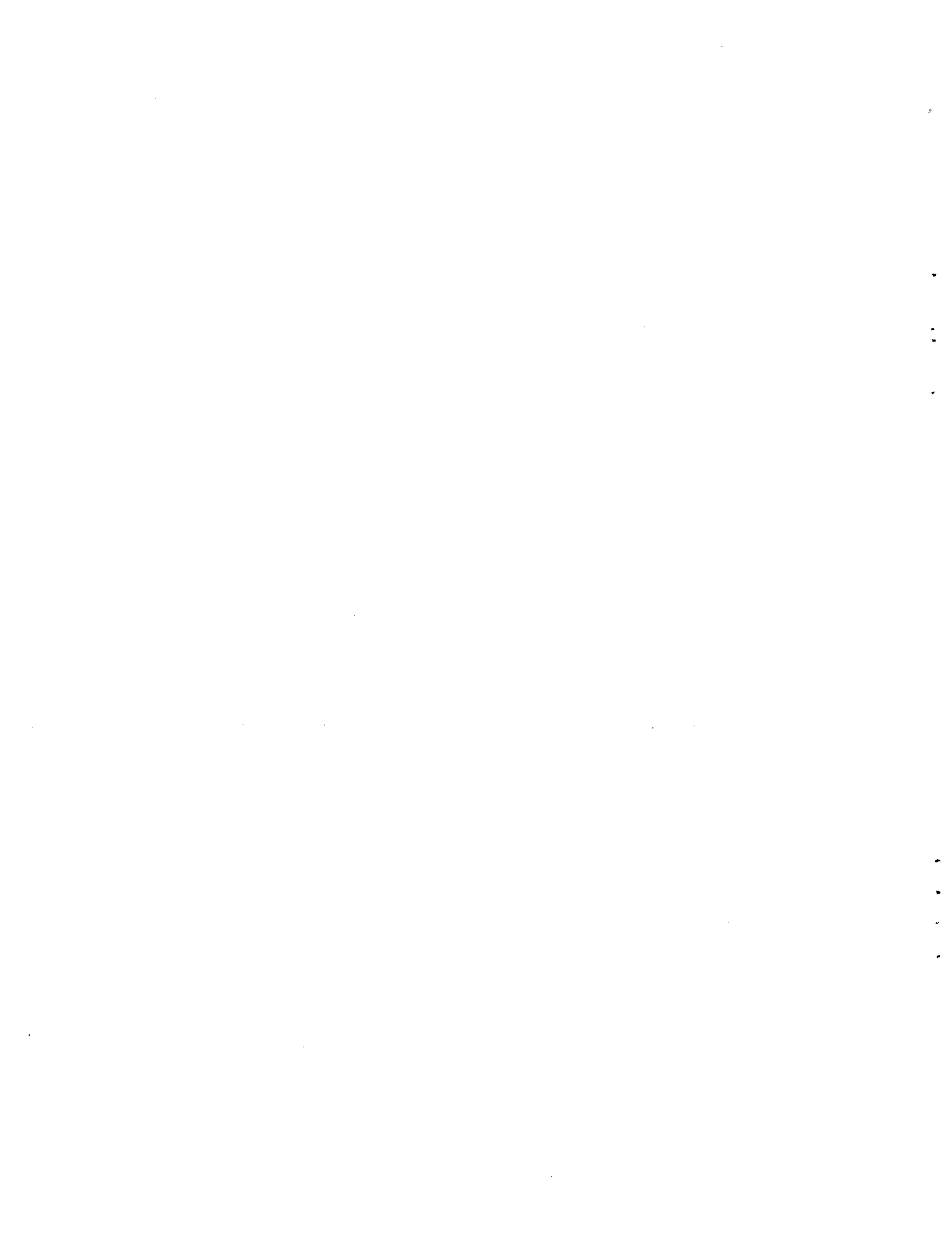
Sin embargo, advertimos - con preocupación - que tal como se está tratando la *cuestión* surge el riesgo de *tematizar* la ancianidad de acuerdo a un único tipo humano adulto mayor (hombre/jubilado/urbano). No siempre se considera la pluralidad de experiencias de la vejez y el envejecimiento en base a la cultura, la condición de género, posición social y zona de residencia de las personas que componen este grupo humano.

Una de las causas de esta situación, a nuestro entender, tiene relación con el paradigma vigente que sólo permite interpretar las experiencias de vida de las personas ancianas en forma segmentada y

---

<sup>1</sup> Los contenidos de este artículo forman parte de los resultados del Proyecto de Investigación "Adultos Mayores, Diversidad y Políticas Públicas" dirigido por la autora. Aprobado en el Primer Concurso Nacional (1998) del Fondo para el Estudio de las Políticas Públicas, de la Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Asistente Social, Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales, U. de Concepción. Estudiante del Doctorado en Estudio de las Sociedades Latinoamericanas, Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile. Becaria CONICYT para estudios de Doctorado.



compartimentada (sólo género, sólo etnia, sólo edad) para lo cual se han elaborado teorías sustantivas que responden determinadas preguntas y problemas.

En este artículo, revisamos cada una de estas teorías sustantivas (vejez, género y envejecimiento, etnia y envejecimiento) - ejercicio del todo necesario para conocer y comprender los conceptos y teorías que se encuentra a la base de las actuales interpretaciones sobre la realidad social de las personas ancianas - identificamos posibles causas (teóricas) de esta situación e iniciamos los primeros pasos hacia la construcción de un enfoque de las diferencias sociales para tratar el tema de la vejez y envejecimiento en nuestra sociedad.

Agradecemos la colaboración de quienes han apoyado de diversas formas la construcción de este artículo. A Víctor Toledo por sus consejos y orientaciones sobre el borrador del texto y a mis alumnos y alumnas tesistas por insistir constantemente en la necesidad de un texto con estos contenidos y características.

## **CONCEPTOS DE VEJEZ: EDAD CRONOLOGICA, EDAD SOCIAL, EDAD FISIOLÓGICA**

El concepto sobre vejez alude a una realidad multifacética. Es un constructo referente a una realidad múltiple. De allí que el concepto escogido ilumina algo de ella y deja de ver el resto.

Una teoría aceptable de la edad, tiene que distinguir, al menos tres sentidos diferentes - edad cronológica, edad social y edad fisiológica - y examinar cómo se relacionan entre sí.

La edad cronológica (o de calendario) es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional. Se refiere a la edad en años. En este sentido el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a las responsabilidades y privilegios que dependen de la edad cronológica (Arber y Jay, 1995: 22- 23)<sup>3</sup>.

Un concepto asociado a la edad cronológica es adulto mayor, que comprende a las personas de 60 años y más (de acuerdo al criterio de Naciones Unidas adoptado en 1956) y que para algunos autores (Romieux, 1998:3) es un eufemismo para disimular la realidad de la vejez, que es

---

<sup>3</sup> La sociología se ha ocupado, por sobre todo, de esta etapa de la vida definida a menudo por la edad cronológica igual o superior a los 60 años. A su vez, gran parte del interés de la política social se ha centrado en las consecuencias que el envejecimiento de la población tiene para la sociedad.



considerada como un estigma y, para otros (Fericgla, 1992:13) busca alejar la idea de la muerte asociada a la vejez.

La edad social alude a las actitudes y conductas sociales que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica y que, a su vez, se relacionan transversalmente con el género (Arber y Jay, op.cit.: 22). Como comenta Finch (1996:75) no cabe duda de que la edad es una categoría social con un fundamento biológico, pero la biología nos dice poco acerca de su sentido y significaciones sociales. Es decir, la vejez, como otras etapas del ciclo de vida, es también una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural vigente da a los procesos biológicos que la caracterizan (Redondo, 1990:15)

Se podría decir, que la edad social coincide de alguna manera con el concepto de género debido que se construye socialmente y se refiere a las actitudes y conductas adecuadas, a las percepciones subjetivas (lo mayor que el individuo se siente) y a la edad atribuida (la edad que los demás le atribuyen al sujeto) (Arber y Jay, op.cit.: 24).

Un concepto asociado a la edad social es la tercera edad, considerada como una manera amable de referirse a la vejez, y que hace alusión a la etapa número tres luego de las dos primeras: juventud y vida adulta. Para Ham Chande (1996: 411) históricamente este término genera la idea de una edad avanzada, pero dentro del marco de la funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente llena de satisfacción, y que constituye un estereotipo que se acerca mucho al de la edad dorada, luego del retiro de la actividad, y que supone que los ancianos (el concepto está más referido a los hombres que a las mujeres debido que parte del supuesto de una jubilación universal) tienen un tiempo de ocio para dedicarlo al placer y a la diversión.

La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento fisiológico que aunque relacionado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. La edad fisiológica, se relaciona con las capacidades funcionales y con la gradual densidad ósea, el tono muscular y de la fuerza que se produce con el paso de los años (Arber y Jay, op.cit.: 30). Un concepto asociado a la edad fisiológica es la senilidad, es decir, aquellos sujetos que sufren de un nivel de deterioro físico y/o mental que les impide desarrollar con normalidad su vida social e íntima (Fericgla, op.cit.: 27). Otros conceptos que se podrían asociar a la edad fisiológica son los "viejos viejos" - correspondiente a una minoría débil y enfermiza -y los "viejos jóvenes" que incluye a la mayoría



de las personas de más edad, que a pesar de la edad cronológica, son vitales, vigorosos y activos (Papalia y Wendkos, 1988:530)<sup>4</sup>

Desde el punto de vista antropológico, el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronobiológica o natural de cada individuo, está intrínsecamente determinada por el proceso de producción, por el consumo de determinada tendencia y también los ritmos vitales impuestos por la sociedad (Fericgla, op.cit.:70-71). Es decir, está marcada por un aspecto cultural y biológico difícil de diferenciar.

Para ambas disciplinas, sociología y antropología, existen claras diferencias entre lo cronológico, fisiológico y social en la vejez. No ocurre lo mismo en el campo de la planificación social, donde las confusiones conceptuales derivan en el uso de enfoques contradictorios para el tratamiento de los problemas sociales de la vejez.

## **ENFOQUES SOBRE ENVEJECIMIENTO: SIGNIFICADOS Y CONCEPCIONES SOBRE LA VEJEZ**

Una primera aproximación sobre el proceso de envejecimiento nos permite distinguir dos dimensiones: el envejecimiento que experimenta la población de un país y aquel que los individuos experimentan.

El envejecimiento de la población de un país se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total (Chesnais, 1990: 11); aunque es preferible definirla, simplemente, como la inversión de la pirámide de edades<sup>5</sup>.

El envejecimiento de la población, viene de la acción combinada de dos connotadas transiciones con fuerte relación entre sí: transición demográfica y transición epidemiológica. Definidas brevemente, la transición demográfica se refiere a los cambios en las estructuras de la

---

<sup>4</sup> Cabe señalar aquí que hay conceptos que aunam diferentes formas de entender la vejez. Por ejemplo, la "Cuarta Edad" combina la edad cronológica con la edad fisiológica del o la individuo: "Dentro de grupo de 75 y más años, definido como cuarta edad, la gran mayoría de la población sufre pérdida de capacidad para actividades de la vida diaria, lo común son problemas severos de enfermedades crónico-degenerativas y una dependencia creciente para el sostenimiento y cuidado" (Ham Chande, op.cit.:412)

<sup>5</sup> En Chile este proceso de envejecimiento de la población ha sido paulatino, pero sostenido, lo que se traduce en que hacia el año 1990, el 10% del total de la población del país estaba compuesta por personas de 60 años y más de edad, esto es 1.320.258 personas, proyectándose un 16% para el año 2000 con una población superior a los 3 millones (MIDEPLAN, 1994: 5)





población, producto principalmente de las bajas de fecundidad y la mortalidad. La transición epidemiológica se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes<sup>6</sup> (Ham Chande, op.cit: 413)

Como vemos, este proceso de envejecimiento poblacional experimentado en diversos países (especialmente en países desarrollados y algunos en vías de desarrollo) es consecuencia lógica de factores altamente positivos (INSERSO,1989: 200) y que debe ser considerado sólo como un dato más de la evolución de las sociedades industrializadas (Castells.1992:15) pero que, sin embargo, reporta una serie de diferencias por región de desarrollo, por clases sociales, por edad y por género (Montes, 1994: 137)

Las perspectivas de planificación de políticas en países envejecidos se debaten entre valoraciones positivas o negativas de este proceso y, hasta ahora, se han centrado en cuatro diferentes formas de establecer la relación entre envejecimiento y desarrollo: I) los ancianos son una débil prioridad en el esfuerzo de desarrollo de la sociedad, si bien no son capaces de contribuir a éste, tampoco pueden beneficiarse de él. De esta forma son vistos como merecedores de iniciativas especiales en el contexto de escasez de recursos; II) los ancianos son un impedimento al desarrollo, económicamente dependientes, percibidos como una fuga ante la escasez de recursos, precisamente por ser portadores de creencias y valores tradicionales que son percibidos como resistentes a los cambios compatibles con la modernización y el crecimiento económico; III) los ancianos son concebidos como un recurso en el proceso de desarrollo y se los ve como una fuerza de trabajo de reserva y IV) los ancianos son vistos como víctimas potenciales de la modernización, ya que su status desciende con el desarrollo (ibid:138)

Cada una de estas posturas remite a una interpretación de la realidad, significados y concepciones sobre la vejez individual, que pueden ser incluso, conflictivas entre sí.

---

<sup>6</sup> Cabe señalar que respecto a la transición epidemiológica se está hablando en términos de agregados nacionales. Porque bien se sabe que este perfil epidemiológico no es homogéneo en todo el país. Hay diferencias por nivel socioeconómico, zona de residencia, región, origen étnico, etc. Esto se ha comprobado en dos investigaciones recientemente publicadas: para el caso de Chile con Toledo, 1997 y para el caso de México con Ham Chamde, 1996.



El envejecimiento como un proceso que experimentan los individuos puede ser tratado desde diferentes enfoques que su vez se nutren de distintas teorías, tal como vemos en el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 1: Enfoques sobre Envejecimiento Individual**

Dimensión del Envejecimiento	Enfoque	Teorías
Individual	Biológico	Teoría del envejecimiento programado Teoría del desgaste natural
	Sicosocial	Teoría sicosocial del yo de Erikson Teoría de la actividad Teoría de la desvinculación
	Social	Teoría económica del envejecimiento Teoría de la dependencia estructurada Teoría funcionalista de la vejez

Elaboración Propia en base a Papalia y Wendkos (1988), Erikson (1985), Arber y Jay (1995), Bury (1995)

El enfoque biológico del envejecimiento se basa en dos teorías: la teoría del envejecimiento programado, que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo con un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, preestablecido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores; y la teoría del desgaste natural del envejecimiento que sostiene que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo (Papalia y Wendkos, op.cit: 534).

Los proponentes de la teoría del envejecimiento programado argumentan que, puesto que, cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y su propia expectativa de vida, este patrón es determinado e innato, mientras que los que adhieren a la teoría del desgaste natural comparan el cuerpo con una máquina cuyas partes finalmente se gastan debido al mucho uso (ibid.: 537).

La diferencia entre ambas teorías tiene consecuencias prácticas. Si la gente está programada para envejecer de determinada manera, puede hacerse poco para retardar el proceso; pero si envejece debido al desgaste del cuerpo, se puede prevenir el estrés fisiológico y aumentar su esperanza de vida.

En los mismos términos, algunos gerontólogos distinguen entre envejecimiento primario - proceso gradual de deterioro corporal que comienza a una temprana edad y que continúa inexorablemente a través de



los años -y, la vejez secundaria, que es resultado de la enfermedad, el sobre uso y factores que menudo están bajo el control del o la individuo (ibid: 57)

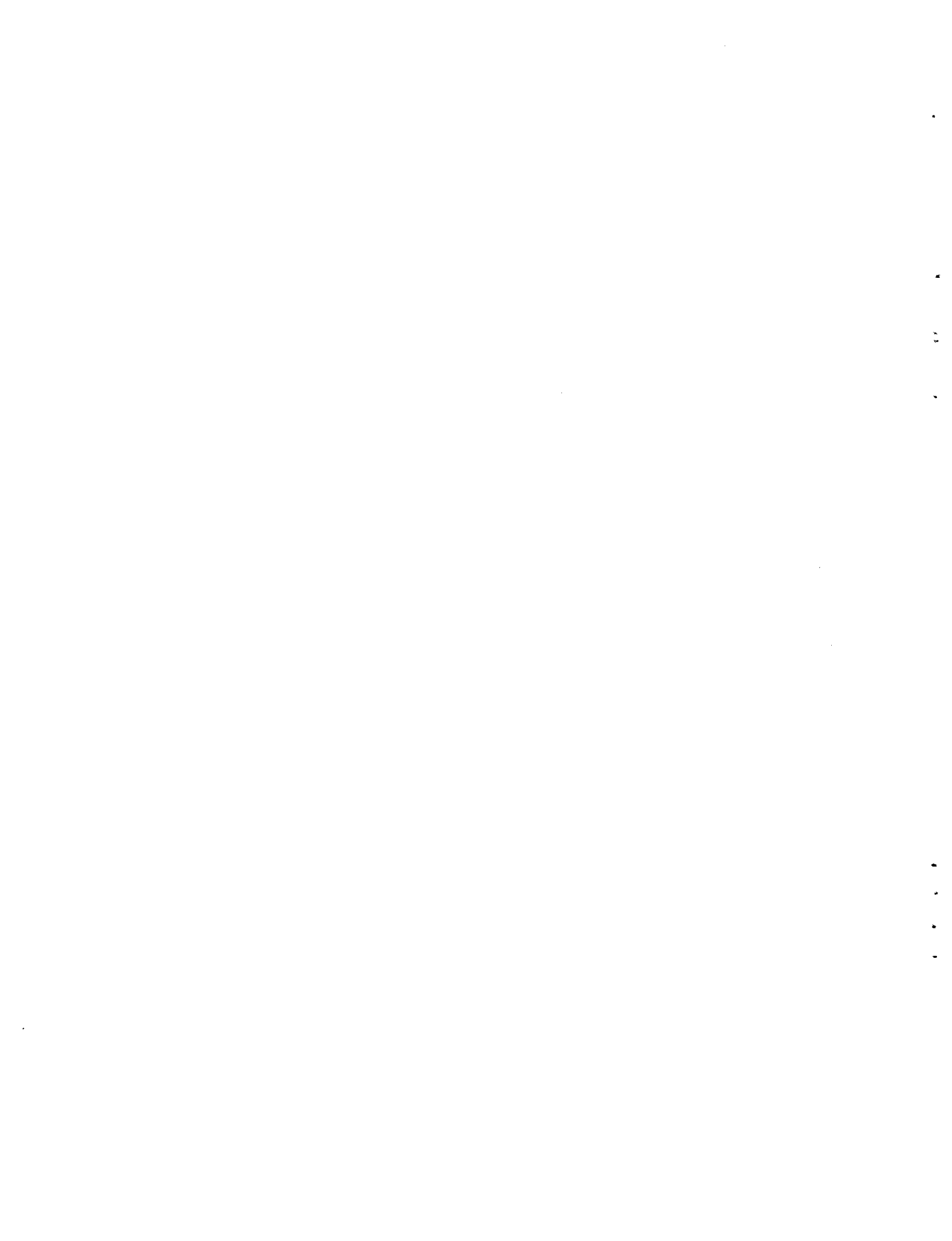
El enfoque sicosocial del envejecimiento tiene como unidad de análisis el conjunto de individuos que envejecen y la forma cómo ellos encaran su proceso de envejecer.

Envejecer se conceptualiza, desde esta perspectiva como un proceso individual de adaptación a los cambios - en el propio organismo y en el entorno social - que ocurren al envejecer. El énfasis analítico se pone en cómo los individuos enfrentan y responden frente a las condiciones sociales y personales que les toca vivir - buscando solución a los problemas que tienen, aceptando y asumiendo las pérdidas inevitables - de modo de poder seguir sintiéndose satisfechos e interesados en su existencia (Comisión Nacional para el Adulto Mayor, 1995: 8)

Este enfoque, muy común entre los gerontólogos, es criticado porque enfatiza en la búsqueda de generalizaciones a partir de ciertas características, que se suponen, son propias de todos los individuos que pasan por determinados estadios de su ciclo vital (Redondo, op. cit: 11) y que, al no tomar en debida cuenta las dimensiones sociales del envejecimiento, desarrolla una perspectiva que piensa que los ancianos constituyen un grupo homogéneo, con necesidades, habilidades y comportamientos comunes

Dentro de este enfoque se encuentra la noción de envejecimiento satisfactorio que fue introducida por John Rowe en 1987, y que sería un resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales; un buen estado nutricional; un proyecto de vida motivante; empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades; etc. (Vellas, 1996:514). Esto significa, según la teoría de la actividad, que cuanto más activa se mantenga la gente anciana, podrá envejecer de manera más satisfactoria (Papalia y Wendkos, op.cit: 564). No obstante, conviene recordar, tal como lo señala Arber y Jay (op.cit:26), que un escenario color de rosa de los ancianos y las ancianas dedicadas al desarrollo personal, la autonomía, el consumo y estilos de vida juveniles constituye, en esencia, una opción burguesa fuera del alcance de quienes disponen de rentas más bajas o padecen de mala salud.

Una visión diferente al envejecimiento satisfactorio se encuentra en la teoría de la desvinculación, de acuerdo a la cual, la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo. La persona vieja reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional, presionando, entre otras cosas, a que la gente



mayor se retire (Papalia y Wendkos, op.cit:564). Algunos críticos de esta teoría sostienen que la desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con factores relaciones con el envejecimiento como mala salud, viudez, jubilación, empobrecimiento, etc. (ibid: 565)

También encontramos dentro de este enfoque, la teoría sicosocial de Erikson (1985), quien asocia a esta etapa de la vida la última y octava crisis en el desarrollo sicosocial del yo "integridad versus desesperación". La primacía de la integridad permite la emergencia de la sabiduría descrita por Erikson como una especie de preocupación informada y desapegada por la vida misma, frente a la muerte misma. En contrapartida aparece el desdén como reacción ante el sentimiento de un creciente estado de acabamiento, confusión y desamparo.

Algunas autoras (Redondo, op.cit:18) tomando como base la teoría sicosocial de Erikson, afirman que el estilo predominante de las sociedades industrializadas favorece el dominio de la desesperanza, y su correlato, el desdén antes de la integridad y sabiduría. Otras (Huenchuán:1999; 23) señalan que en las sociedades tradicionales rurales, la forma de resolver esta crisis, resulta paradigmáticamente ilustrada en el rol desempeñado por los ancianos, el que se basa en la aplicación del conocimiento y habilidades acumuladas, en el criterio acertado tanto en el proceder diario como en la toma de decisiones; en fin, en la sabiduría (entendida también como pragmática de la inteligencia) que les recuerda a los ancianos sus capacidades y limitaciones; y que influye en una forma positiva de resolver esta última crisis del yo por la vía de la integridad.

Finalmente, el enfoque social del envejecimiento, tiene que ver con la sociología del envejecimiento, que ha desarrollado importantes áreas de trabajo para la interpretación de la realidad social de los ancianos.

Las teorías que se han desarrollado en este enfoque son, principalmente, teoría funcionalista sobre envejecimiento, economía política del envejecimiento y teoría de la dependencia estructurada.

La teoría funcionalista del envejecimiento tuvo predominio en los años 60 y 70, y consideraba la vejez como una forma de ruptura social, y en términos de la teoría del rol, como pérdida progresiva de funciones. Sus críticos apuntaban, por un lado, a que esta forma de concebir el envejecimiento constituía un arma ideológica que justificaba los argumentos sobre el carácter problemático de una población que envejecía y que los consideraba como improductivos, no comprometidos con el desarrollo de la sociedad, etc.; y por otro, que con la insistencia en la importancia de la adaptación personal del individuo se corría el riesgo que





se desarrollase en la vejez un egocentrismo y aislamiento progresivo (Bury: 1995; 37)

En la economía política de la ancianidad, la cuestión principal que se plantea consiste en que para comprender la situación de las personas ancianas en las sociedades capitalistas modernas, el factor determinante fundamental de la calidad de la última fase de la vida es la influencia de la situación del mercado de trabajo adulto en el momento de la jubilación y posteriormente (Estes, 1986:130). Los críticos de esta teoría sostienen que aun cuando resulte una aproximación útil debe convenirse que tal continuidad (antes y post jubilación) no existe, por lo menos en la esfera económica (nivel de ingreso) ni en el plano de las relaciones sociales (entendidas como relaciones de producción) y que tampoco resulta satisfactoria la alternativa de considerar a las personas mayores como una categoría social única caracterizada por la desinserción del sistema productivo y la tributación de la seguridad social (Redondo, op.cit:12)

La teoría de la dependencia estructurada intenta llamar la atención sobre el sistema social en general en vez de dirigirla a las características de los individuos. Propone que la estructura y la organización de la producción como origen de las características de la dependencia y contrapone una perspectiva que enfatiza en la creación social en la dependencia (Mouzelis, 1991: 60). La postura de la dependencia estructurada ilumina cuestiones importantes, en especial las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas ancianas, a la vez que funciona como correctivo del individualismo de anteriores teorías del envejecimiento (Bury, op.cit:39)

Sin embargo, tal como señala McMullin (1995:58) estas teorías del envejecimiento no cuestionan los supuestos que subyacen en las teorías de la corriente dominante, examinando la vida de las personas en el contexto de los marcos sociológicos establecidos, y que el ideal respecto al que se juzga a las personas ancianas es la vida productiva y reproductiva de las personas jóvenes, lo que resulta del todo insuficiente para entender la vida de las personas mayores.

## **ENFOQUES TEORICOS SOBRE GENERO Y ENVEJECIMIENTO: UNA RELACION DIFICIL**

Los problemas de la vejez son en su mayoría de las mujeres, hecho que se conoce como feminización del envejecimiento al haber una supervivencia de las mujeres por sobre los hombres. Así, lejos de ser una bonificación para las mujeres, sus años de más pueden caracterizarse por



enfermedad, pobreza, dependencia, soledad e institucionalización. Por eso, cuando se habla de calidad de vida más que su cantidad, los hombres tienen la ventaja: mantienen su salud por más tiempo, y así sus años de expectativa de vida e independencia activos son mayores (Katz, 1983:89).

Si bien esta situación es conocida, lo cierto es que las ancianas constituyen el mayor grupo demográfico que aun no ha alcanzado una categoría teórica en la sociología. Esta desconexión, entre género y envejecimiento, dificulta la interpretación de los efectos sociales de este proceso en las funciones, relaciones e identidad de mujeres y hombres.

Aunque los estudios de las personas ancianas suelen tener en cuenta el género (muchas veces homologado sólo a sexo) como una variable en los indicadores sobre el envejecimiento poblacional, lo cierto es que está poco desarrollado en teoría social. Los sociólogos que se ocupan del envejecimiento y la ancianidad suelen *agregar* el género, tratándolo como una variable, pero no como algo fundamental en la organización de la sociedad.

Incorporar a las mujeres ancianas a la perspectiva teórica tiene al menos dos sentidos. En uno, supone agregar la consideración de género sin cambios significativos en la teoría vigente o bien combinar las partes en un conjunto integrado. En otro, supone agregar el género o la edad a una determinada teoría sustantiva de la sociología.

#### Cuadro N° 2: Modos de Incorporación del Género y la Edad en la Teoría Sociológica

Tipo de Teoría	Enfoque	Resultados
Teoría sociológica formal	Combinar las partes en un conjunto integrado (Género y edad)	Reformular teoría sociológica
	Incorporar el género en el Paradigma Sociológico Vigente	No se conceptualizan adecuadamente las relaciones de edad y de género
Teorías sociológicas sustantivas	Incorporar el género a la sociología del envejecimiento	Priman las relaciones de edad por sobre las relaciones de género
	Incorporar la edad a la sociología feminista	Priman las relaciones de género por sobre las relaciones de edad

Elaboración Propia en base a Bury (1995), Posner (1977), Chapell y Havens (1980) y Rodríguez y otros (1995), McMullin (1995)



En consecuencia, la conexión teórica de la edad y el género puede seguir distintos rumbos. Si se combinan las partes en un conjunto integrado, supondría reformular la teoría sociológica y, si se agrega el género a la sociología dominante significa, por una parte, incorporarlo al paradigma que estudia a las personas ancianas en el contexto de los marcos sociológicos establecidos, es decir que no han conceptualizado las relaciones de edad, y por otro, que la insistencia en la diferencia supone necesariamente un referente ideal al varón blanco de clase media, con respecto al cual, las demás personas se desvían según características tales como el género, la edad o la etnia (Mc Mullin, 1995:60)

Respecto a la teoría del envejecimiento, si agregamos el género es probable que se haga más hincapié, implícitamente, en las relaciones de edad que de género. Esto supone que las diferencias de género en estas teorías se traduzcan en la consideración de los ancianos como el ideal con el cual se compare a las mujeres ancianas. Esto se aprecia claramente en la teoría de la economía política del envejecimiento que incluye a la mujeres, pero no modifica el modelo vigente.

Finalmente, agregar la edad a la teoría feminista sólo se justificaría si la actual teoría no sirviese para explicar el universo vital de las mujeres mayores. En otras palabras, si el hecho de ser anciana no supone una nota característica respecto al de ser mujer no hace falta una teoría feminista del envejecimiento (ibid:63).

Sin embargo, hay que reconocer que el género y la edad tienen un efecto multiplicador que puede contribuir a la que la teoría feminista pueda incrementar su comprensión sobre la mujeres ancianas. En palabras de Posner (1997: 45) incorporar la edad a la teoría feminista supone interpretar que las mujeres ancianas asumen un doble riesgo, por su género y su edad. Esto lleva a reconocer que el envejecimiento femenino sea diferente al masculino, y que, por tanto, la teoría debe ayudar a su comprensión e interpretación. Sin embargo, tal como ya señalamos, hay que tener en cuenta que un enfoque feminista del envejecimiento puede privilegiar las relaciones de género frente a las relaciones de edad.

Las dificultades de cada uno de estos enfoques teóricos con agregados pueden resolverse si se reconoce que las relaciones de edad y de género no deben considerarse como sistemas independientes que configuran las situaciones de la vida (ibid: 65). En palabras de Toledo (1993: 57): "las diferencias que estructuran la vida social son múltiples, se implican y condicionan mutuamente. Las identidades y relaciones de



género, clase, étnicas, etáreas, etc. no se construyen ni experimentan en forma compartimentada por los sujetos: hay un sustrato cultural en el que se entretajan".

## **ETNIA - CULTURA: LA PROFUNDIDAD DE LAS DIFERENCIAS EN LA VEJEZ**

Entenderemos por etnia - un concepto amplio - un grupo de individuos unidos por un complejo de caracteres comunes - antropológicos, lingüísticos, político-históricos, etc - cuya asociación constituye un sistema propio: un cultura (Breton, 1983:12). En esta acepción, la etnia es una comunidad unida por una cultura particular que, en un sentido lato, engloba todas las actividades materiales y no materiales, económicas entre otras, mediante las cuales organiza su vida y en consecuencia los sistemas de producción y reproducción.

Desde este punto de vista la vejez es un concepto cultural relacionado con las formas de parentesco, la economía, la salud, capacidades de automantenimiento, determinados modelos de conducta, la religión, la moral, la política y otros ámbitos culturales y sociales (Fericgla, op.cit:67). Es decir, cada cultura posee un *ethos*<sup>7</sup> en el cual se encuentra el significado de la ancianidad.

De acuerdo a Fericgla (op.cit: 22) en las sociedades urbanas industrializadas, la ancianidad está marcada por la orientación de nuevos modelos culturales de acuerdo al interés del grupo productor y que a nivel supraestructural, la vejez es una construcción anómala formada por retazos y fragmentos de elementos dispares previos y provenientes de otras edades. A ello debe añadirse una orientación predominantemente no trascendente de carácter homogeneizador y de una nueva aparición que quiere orientar los demás valores hacia el disfrute del ocio.

Contrario a esto, la descripción realizada por Meillasoux (1977:69) resulta ilustrativa para conocer cómo se construye la ancianidad en las sociedades tradicionales: "la composición cambiante del equipo de productores se refleja en la jerarquía que prevalece en las comunidades agrícolas y que se establece entre quienes viven antes y quienes vienen después. Ella descansa sobre la noción de anterioridad...En ellos, el más viejo del ciclo de producción no le debe nada a nadie, salvo a los

---

<sup>7</sup> Es decir un conjunto de valores con una dirección definida, conjunta y finalista que orienta las restantes pautas culturales de una sociedad, indicando las actuaciones correctas e incorrectas y un modo de alcanzar las finalidades propuestas en cada cultura.





ancestros". Tenemos aquí las relaciones de producción en su esencia. Ella crea relaciones orgánicas de por vida entre los miembros de las comunidades y suscita una estructura jerárquica fundada sobre la anterioridad (o la edad).

A su vez, en las sociedades donde la modernidad tiene tintes de experiencia híbrida, el papel de los ancianos es relevante dentro del grupo familiar. La vejez, la muerte, la enfermedad están integradas a la cotidianidad: los abuelos son la sabiduría de tradiciones y costumbres que la familia tiene que conservar. Los abuelos tienen un importante papel en la toma de decisiones y son quienes presiden cualquier rito que celebre la familia (Polit, 1994:145). Esto no quiere decir que la situación del anciano en este tipo de sociedad sea mejor que en las sociedades modernas, sin embargo, lo que resulta contrastante de su situación es la seguridad que está dada por los estrechos lazos de solidaridad que se guardan en la familia y en la sociedad en general. Esta seguridad está dada por la reproducción de tradiciones, ritos y costumbres que es la confirmación de su permanencia imperecedera en el espacio familiar y la sociedad.

## **HACIA LA CONSTRUCCION DE UN ENFOQUE DE LAS DIFERENCIAS SOCIALES**

Como se aprecia es difícil encontrar una teoría o enfoque autosuficiente que nos permita comprender e interpretar la vejez desde las perspectivas de género y étnica.

Las razones, que podemos citar preliminarmente son: i) se elaboran teorías sustantivas - para la interpretación de una determinada realidad - que dan respuestas a problemas específicos y ii) el paradigma vigente es insuficiente para responder, en forma satisfactoria, preguntas sobre las diferencias que estructuran la vida social (género, etnia, clase y edad) en la ancianidad.

Las teorías sobre vejez y género, actualmente en uso, tienen como virtud cierta eficiencia en la solución de problemas que se supone tienen respuesta dentro de ellas, pero presentan serias limitaciones de cobertura. Las teorías de la vejez, son eficientes en la solución de problemas sobre la jubilación y la ancianidad en las sociedades industrializadas, pero dejan de lado las diferencias que atraviesan la ancianidad por razones de zona de residencia (rural) y de origen étnico (indígenas). Algo parecido sucede con el género, el que es plausible respecto a la solución de los problemas de las mujeres jóvenes, pero que es insuficiente para interpretar el universo vital de las mujeres ancianas.



Ambas teorías (de vejez y de género) aportan un criterio para escoger problemas que se supone tienen solución dentro del paradigma vigente, es decir, sólo permiten plantear preguntas sobre la vejez y el género - y resolverlas - en forma compartimentada, pero son insuficientes para comprender las preguntas que a estas diferencias le agreguen lo étnico.

En términos simples, se podría afirmar que, el paradigma vigente se encuentra en crisis frente a la acumulación de problemas no resueltos en él. Urge, por lo tanto, la emergencia de un nuevo paradigma que permita interpretar, comprender y resolver problemas que integren en forma simultánea la edad, el género y la etnia.

Pero, cabe preguntarse por qué la edad, el género y la etnia se encuentran excluidos del discurso científico hegemónico expresado en el paradigma vigente.

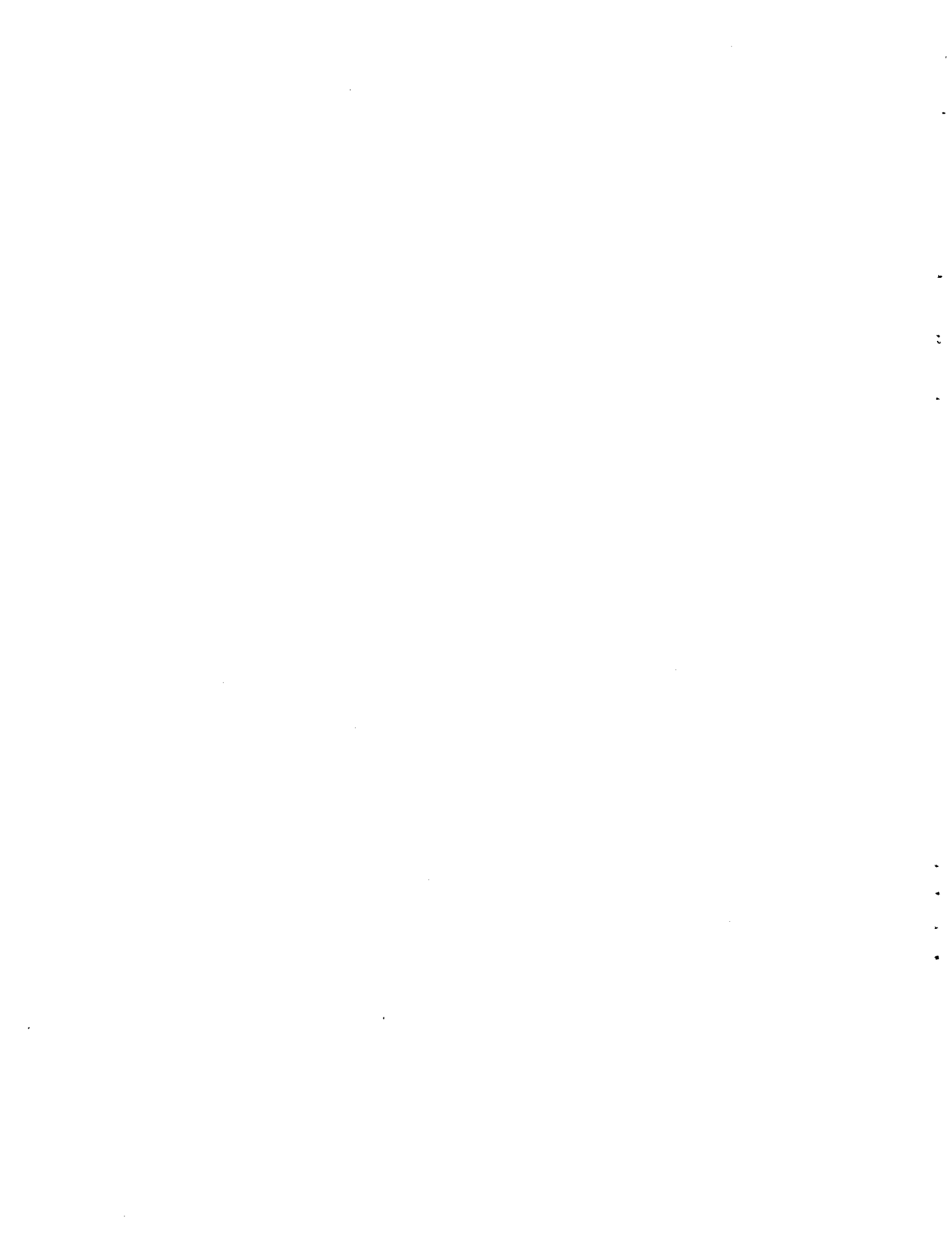
Una respuesta, es que la ciencia nos habla de "*El Hombre*", un arquetipo viril a partir del cual hemos aprendido a pensar e interpretar nuestra existencia humana, y con el que nos hemos habituado a reflexionar sobre los problemas que vivimos y, por lo tanto, a formularnos interrogantes.

Este enfoque de estudio, análisis e investigación, que se conoce como *androcentrismo*, parte de una perspectiva masculina, únicamente, y utiliza posteriormente los resultados como válidos para la generalidad de los individuos, hombres y mujeres, de cualquier condición. Podría concluirse, entonces, que en el androcentrismo, como elaboración teórica sobre el funcionamiento de la sociedad, se encuentran expresados el sexismo, el racismo y el viejismo, como prácticas cotidianas de la vida social<sup>8</sup>.

Entendido así, un nuevo enfoque debería permitir, por una parte, indagar sobre el sujeto que en cada sociedad ha detentado la hegemonía y precisar qué mujeres, qué hombres y qué otros aspectos humanos diversos han resultado marginados al ámbito de lo no significativo e insignificante y, por otra parte, ayudar a situar el problema que nos preocupa en el marco más amplio de las relaciones de poder y dejando abierta la posibilidad de indagar la articulación entre distintos niveles de hegemonía, ya no solo relacionados con el sexo, sino también con la etnia, la clase, la edad, etc.

---

<sup>8</sup> El término androcentrismo puede clarificarse si atendemos a la etimología y composición de esta palabra. En griego "aner- andrós" hace referencia al ser de sexo masculino, al hombre por oposición a la mujer; al hombre de una determinada edad (que no es niño, ni adolescente, ni anciano); de un determinado status (marido) y de unas determinadas cualidades (honor, valentía) viriles (Moreno, 1986:22).



Este nuevo enfoque debe partir de que los individuos que componen la sociedad se encuentran atravesados por múltiples diferencias que se construyen positiva o negativamente en la cultura.

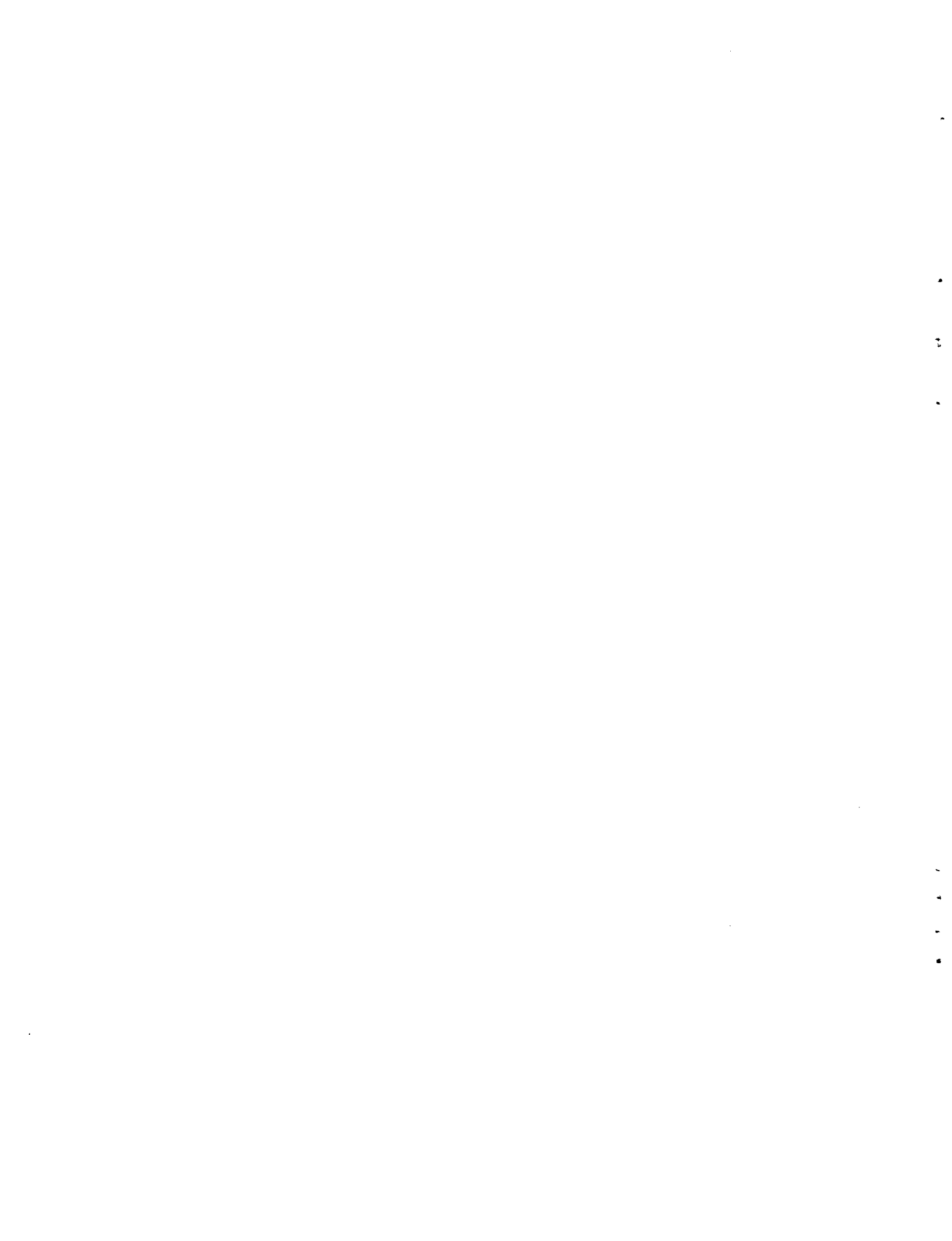
Tal como dice Montecinos (1994:205,206) la cultura constituye el espacio de intersección de valores y prácticas articuladas en diversos sistemas simbólicos. Está referida a un ethos, a una forma determinada de morar en el mundo e involucra, por tanto, pluralidades puesto que desde los inicios de la humanidad hasta hoy día, los grupos humanos han conservado sus especificidades, sus lenguajes, sus formas de comprender el mundo y las cosas, sus modos de producción y circulación. Es por esto, que la cultura, en tanto código, nos permite visualizar las universalidades y las singularidades, las semejanzas y las diferencias entre las sociedades.

El género, la edad social y la etnia son categorías sociales que emanan de la cultura. El género, entendido como la construcción social de las diferencias sexuales, pone acento en la idea de que lo universal radica en los rasgos biológicos y lo particular en los rasgos de género. La edad social es una categoría social con fundamento biológico, que al igual que otras etapas del ciclo de vida es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural vigente da a los procesos biológicos que la caracterizan. Finalmente, la etnia es una categoría social que no se basa sólo en el origen racial, sino en una serie de criterios de identificación (origen antropológico, comunidad de territorio, uso lingüístico, costumbres y formas de vida) que pueden ser reconocidos tanto objetivamente, por los "otros", como subjetivamente, en la conciencia de los individuos. La integración de estas tres categorías, define que la vejez se entrelaza con diferencias de género, diferencias generacionales y de distinciones étnicas inseparables.

Esta forma de comprender la vejez pone en escena las diversidades que constituyen las personas ancianas, enriqueciendo así la noción de sujeto sustentada hasta entonces: de un sujeto percibido nada más que a partir de su edad, emerge uno múltiple, atravesado por la pluralidad. Sujeto, asimismo, que se constituye en cada cultura y que adquiere identidad de acuerdo a un ethos particular.

## COMENTARIOS FINALES

Los tres enfoques de envejecimiento estudiados se sustentan en diferentes teorías que emanan de distintas disciplinas y tienen ámbitos de preocupación particulares y complementarios. El enfoque biológico del envejecimiento tiene como ámbito de preocupación la pérdida de



capacidades físicas o mentales en la vejez. El enfoque sicosocial del envejecimiento se preocupa de la desadaptación del individuo a los cambios que ocurren en la vejez. El enfoque social del envejecimiento se centra en el empeoramiento de las condiciones de vida y status de las personas de edad.

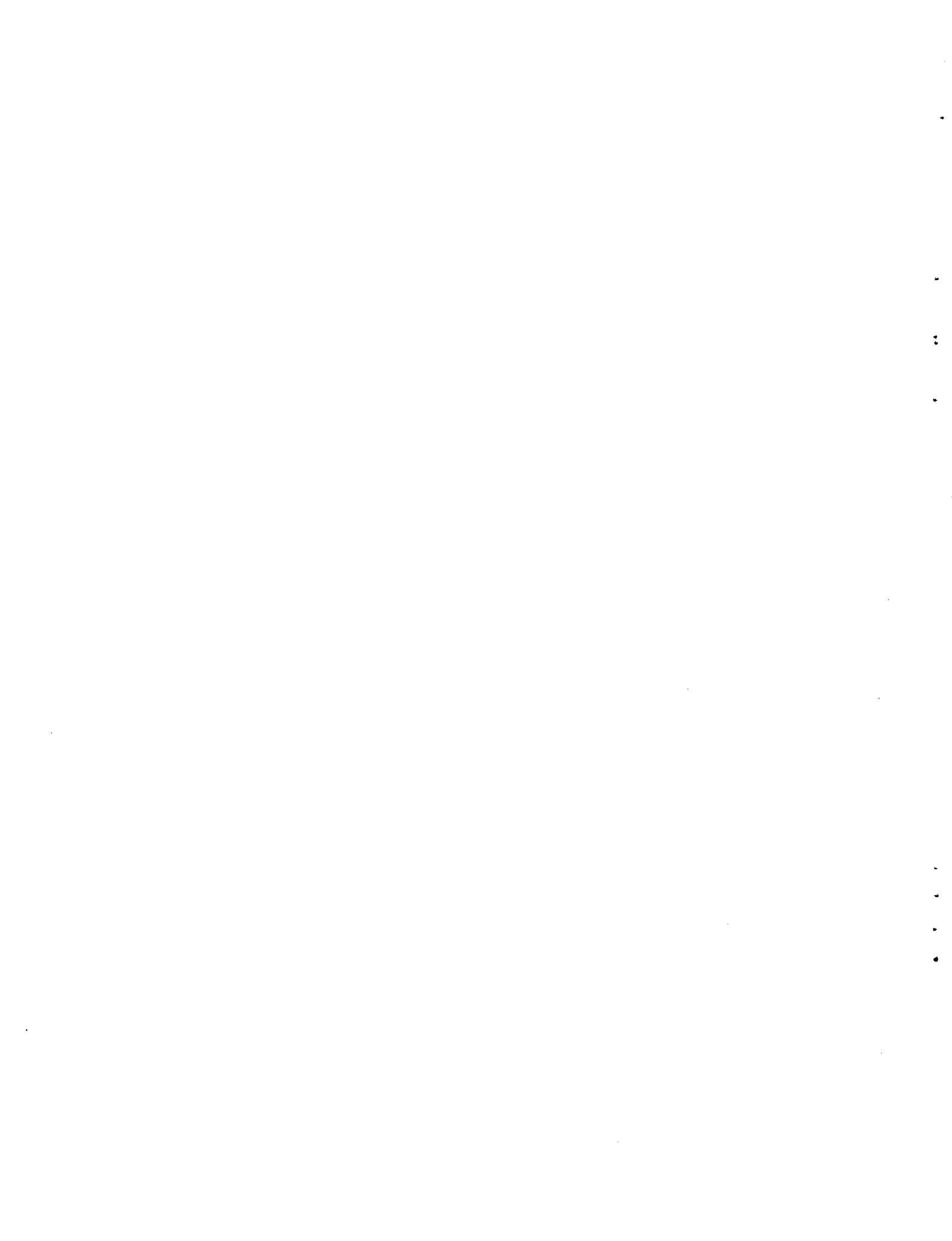
Como se observa, tanto el enfoque biológico, psicológico y social del envejecimiento conciben los problemas de la vejez como "carencias", ya sea de índole físico, afectivo, social o económica. Lo que significa que implícitamente se define a la gente mayor como un grupo excluido y marginado del resto de la sociedad y que, por lo tanto, son "deficitarios" y marginales", objetos de integración y protección. Esto anula las posibilidades de constitución de sujeto en la vejez.

A su vez, comprobamos que la relación entre las teorías de género y las teorías de la edad son complejas. En primer lugar ni las categorías género ni la edad (social) han sido incluidas en el estudio y comprensión de la situación de las personas de edad. Cuando se incorporan las diferencias entre hombres y mujeres se hace alusión al sexo de ambos(as), pero no a las consecuencias en términos culturales y sociales del envejecimiento en las relaciones de poder entre géneros o entre generaciones. En segundo lugar las teorías feministas no han incorporado la problemática de la situación y posición de las ancianas en sus estudios y propuestas de liberación de las mujeres. De este modo se asume que las mujeres son ante todo género no importando otras diferencias. En tercer lugar las teorías de la edad intentan involucrar a las mujeres en su interpretación de la realidad, pero no cambian para ello los sustentos básicos de la teoría, interpretando la realidad de las mujeres mayores de acuerdo al patrón usado para comprender la vida de los hombres mayores.

Estudiamos también las relaciones entre etnicidad y envejecimiento, la que da importancia a la construcción de la edad social de acuerdo a cada cultura. Este modo de entender y comprender la vejez quizás es uno de los más apropiados que existe en la actualidad para estudiar los problemas y necesidades de los viejos y viejas, pero aún no se encuentra desarrollado en plenitud. No obstante, debemos advertir que uno de los mayores riesgos de la cultura de la ancianidad es que otorga un excesivo énfasis a la relación cultura-edad, dejando de lado el estudio del ciclo vital por el que atraviesa cada individuo, lo cual es fundamental para entender su condición y posición durante la vejez.

Es por esto que proponemos un nuevo enfoque al que llamamos "*Enfoque de Diferencias Sociales*" el cual debe partir de que los individuos que componen la sociedad se encuentran atravesados por

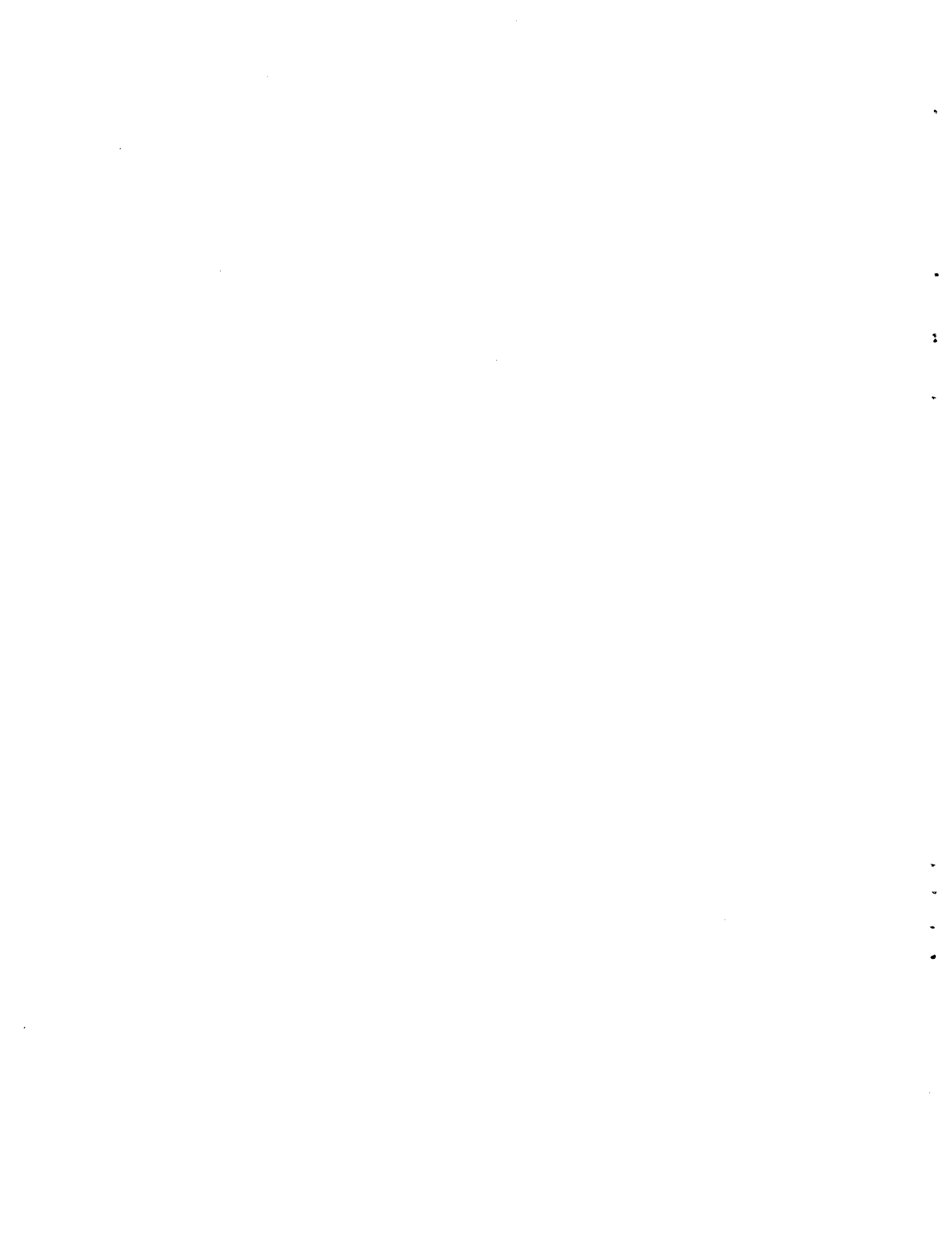




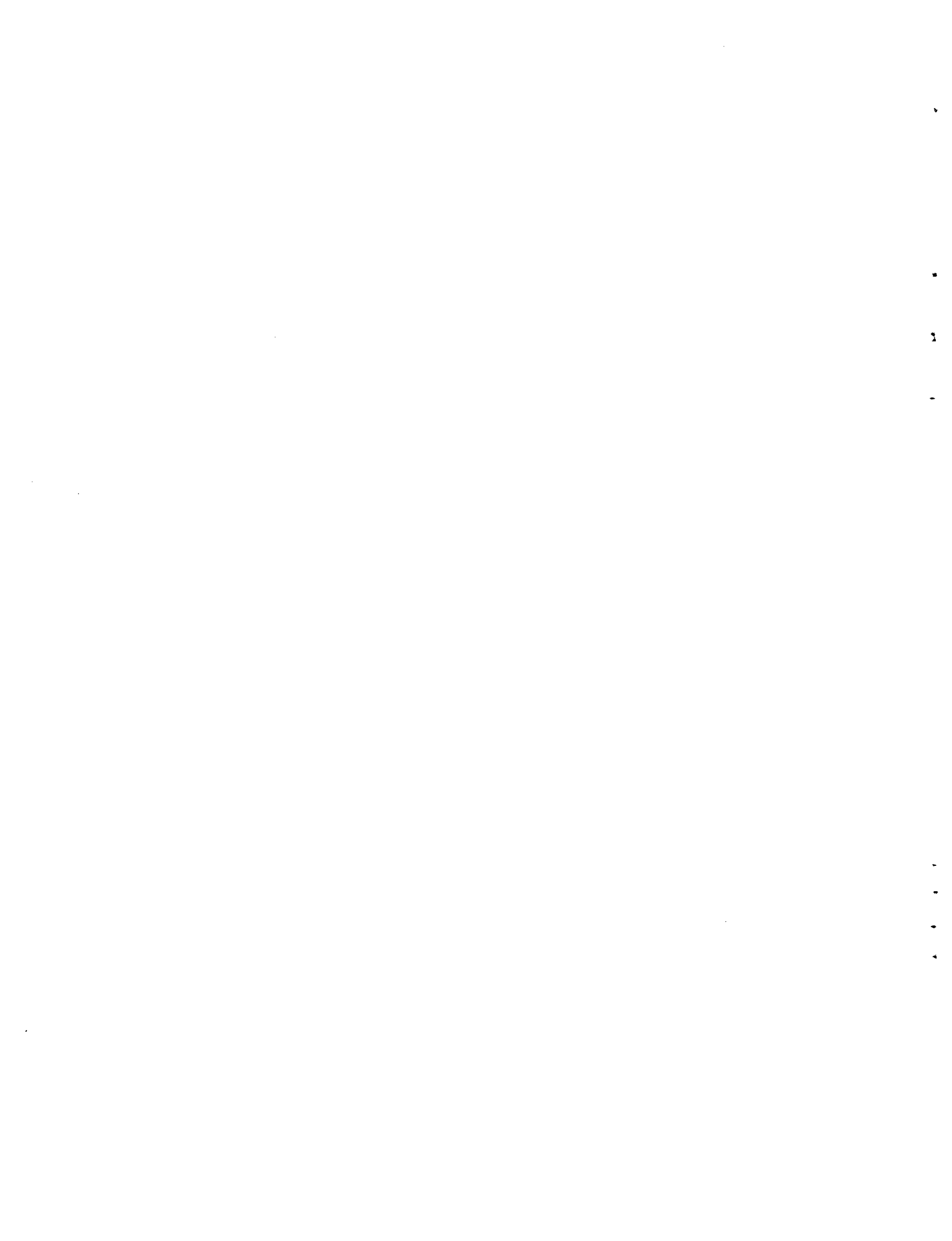
múltiples diferencias que se construyen positiva o negativamente en la cultura. Es decir, que el género, la edad social y la etnia son categorías sociales que emanan de la cultura y que ponen en escena las diversidades que constituyen las personas, enriqueciendo así la noción de sujeto.

## **BIBLIOGRAFIA**

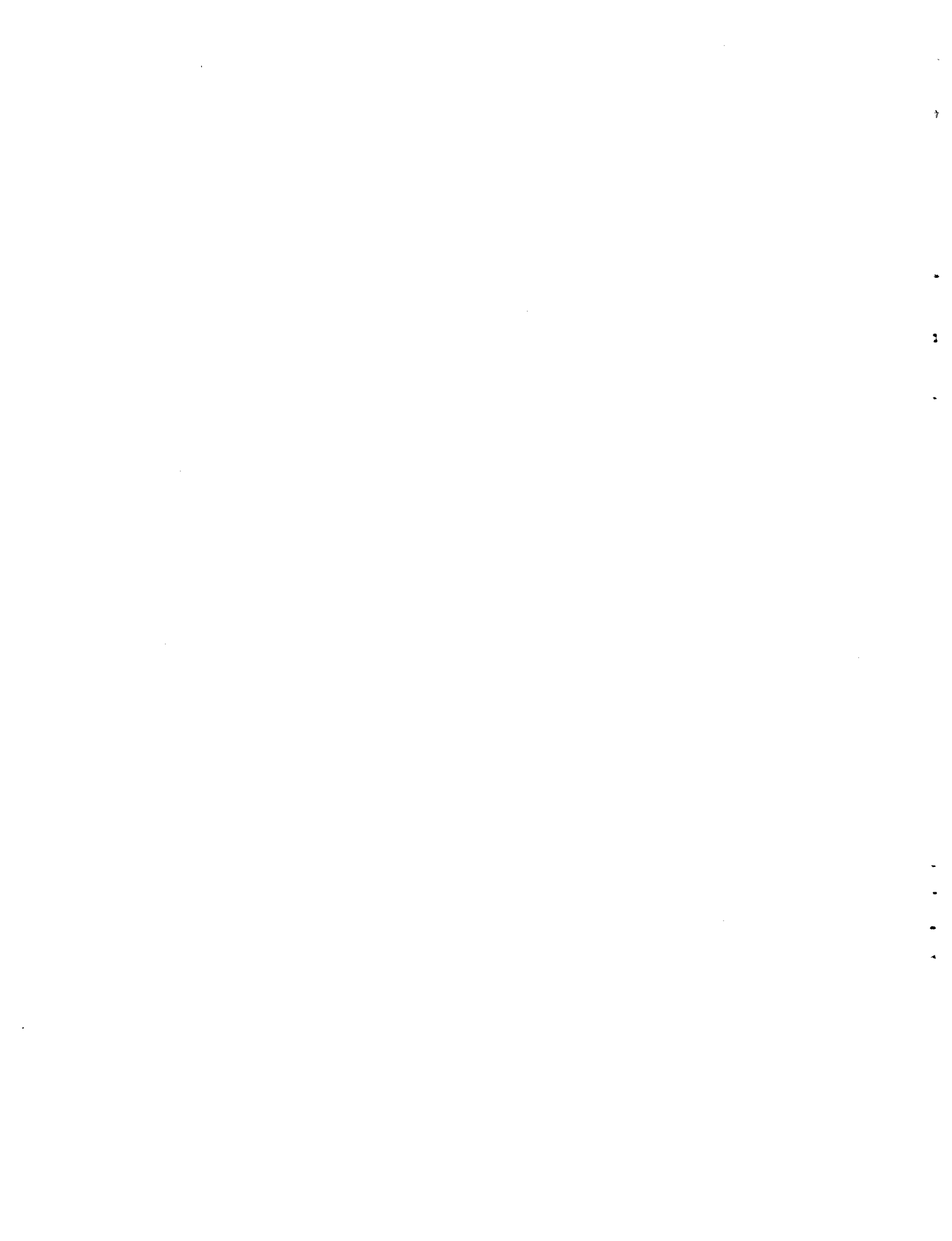
- Arber, S y Jay, G. 1995. "Mera conexión. Relaciones de género y envejecimiento". En: **Relación entre género y envejecimiento. Un enfoque sociológico.** Ediciones Narcea, Madrid, España.
- Bury, M. 1995. "Envejecimiento, género y teoría sociológica". En: **Relación entre género y envejecimiento. Un enfoque sociológico.** Ediciones Narcea, Madrid, España.
- Breton, R. 1983. "**Las Etnias**". Colección ¿qué sé?. Oikos-tau, Editores, Barcelona, España.
- Castells, M. 1992. **Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo.** Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de Servicios Sociales, Madrid, España.
- Chesnais, J. 1990. **El proceso de envejecimiento de la población.** Ediciones Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Centro Latinoamericano de Demografía. Santiago, Chile.
- Comisión Nacional para el Adulto Mayor. 1995. **Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor,** Santiago, Chile.
- Erikson, E. 1985. **El ciclo de vida completado.** Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Estes, C. 1986. **Politics of ageing in America, Ageing in Society,** Nº 6, Volumen 2, EEUU.
- Faron Louis 1989. **Los Mapuches: Su estructura social.** Ediciones Instituto Indigenista Interamericano, México.
- Fericgla, J. 1992. **Envejecer. Una antropología de la Ancianidad.** Editorial Antropos, Noviembre de 1992, Barcelona, España.
- Finch, J. 1989. "Obligaciones y Cambio Social". En: **Variables en Investigación Social.** Londres, Inglaterra.
- Foster Rolf. 1985. **Vida Religiosa de los Huilliches de san Juan de la Costa.** Colección Cultural y Religión, Ediciones Rehue, Stgo, Chile.
- Franco, Rolando. 1996. "Paradigmas en las Políticas Sociales". **Revista de la CEPAL.**



- INSERSO 1989 **La tercera edad en España. Aspectos Cuantitativos.** Madrid, España
- Ham Chande, R. 1996 "El envejecimiento Una nueva dimensión de la salud en México". **Revista de Salud Pública, México**
- Huenchuán, S 1999 "El Envejecimiento desde una perspectiva cultural. El caso de las mapuches de La Araucanía" **Revista Perspectivas de Trabajo Social** N° 7 Universidad Católica Blas Cañas, Santiago, Chile
- Katz, S. 1983. "Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function," **Journal of the American Medical Association**, N° 185, 1983
- Meillassoux, C. 1977. **Mujeres, graneros y capitales.** Siglo XXI Editores, Madrid, España.
- Mc Mullin, J. 1995 "Teoría de las relaciones de edad y género": En: **Relación entre género y envejecimiento. Un enfoque sociológico.** Ediciones Narcea, Madrid, España.
- MIDEPLAN. 1997. "Situación de los adultos mayores en Chile, 1996. Resultado de la Encuesta de Caracterización Socio Económica (CASEN 1996). **Documento de Trabajo**, Santiago, Chile.
- MIDEPLAN. 1993. **Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez. Lineamientos Básicos.** División Social - Programa Adulto Mayor, Santiago, Chile.
- Montes, V 1994. "Envejecimiento y modernidad. Impactos demográficos". **Revista Nueva Sociedad**, N° 129, Caracas, Venezuela.
- Montecinos, Sonia. 1994. "Igualdad con equilibrio y respecto a las diversidades" En: **Políticas de Igualdad de Oportunidades.** Ediciones SERNAM. Santiago, Chile
- Moreno Amparo. 1986. **El arquetipo viril protagonista de la historia. Ejercicios de lectura no androcéntrica.** Barcelona, La Sal.
- Mouzelis, N. 1991. **Back to Sociological theory**, Londres, Inglaterra.
- Oyarce Ana. 1989 "Conocimientos, creencias y prácticas en torno al ciclo vital en una comunidad mapuche de la IX región de la Araucanía". Serie de **Documentos de Trabajo PAESMI**, N° 2, Mayo.
- Papalia, D y Wendkos, S 1988. **Desarrollo Humano.** Cuarta Edición. Estados Unidos.
- Polit, G. 1994. "La fruta no sabe igual. Ancianos hispanos en Nueva York" **Revista Nueva Sociedad**, N° 129, Venezuela.
- Posner, J 1977 **Old and female: The double whammy**. Essence, EEUU



- Redondo, N. 1990. **Ancianidad y Pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos.** Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.
- Romieux, M. 1998. "La Educación para el adulto mayor y su relación con la sociedad". **Revista Enfoques Educativos**, Vol.1., N° 1, Chile.
- Toledo, V. 1993. "Historia de las mujeres en Chile y la cuestión de género en la historia social". En: **Huellas. Seminario Mujer y Antropología**, Ediciones CEDEM, Santiago, Chile.
- Toledo Llancaqueo, Víctor 1998. **Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile**, Oficina Panamericana de la Salud, Washington, EEUU.
- Schokolnik, S. 1990. "El envejecimiento de la población en América Latina 1950-2025". En: **El proceso de envejecimiento de la población.** Comisión Económica para América Latina, Santiago, Chile.
- Vellas, P. 1996. "Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una mirada más positiva". **Revista de Salud Pública**, México.



## ARTÍCULO

# DE OBJETOS DE PROTECCIÓN A SUJETOS DE DERECHOS: TRAYECTORIA Y LECCIONES DE LAS POLÍTICAS DE VEJEZ EN EUROPA Y ESTADOS UNIDOS

Sandra Huenchúan Navarro<sup>1</sup>

*Con este artículo estamos dando continuidad a una reflexión iniciada por su autora en el número anterior de la revista, acerca de la problemática del envejecimiento, sus repercusiones individuales y sociales, su especificidad cultural y las formas en que la sociedad y el Estado buscan responder a ella. La difusión de aquellas experiencias de políticas públicas que han sido llevadas a cabo en otras realidades contextuales y sus resultados, puede ser de gran utilidad al momento de pensar en las posibilidades, obstáculos o limitaciones que programas similares a los descritos en este texto enfrentarían en las sociedades latinoamericanas en general, y en nuestro país en particular. Como lo señala S. Huenchúan, a medida que los países se modernizan, el envejecimiento de la población y las formas de asumirlo van transformándose en cuestiones de primer orden, sobre las que hay que sostener una permanente mirada reflexiva.*

## ANTECEDENTES<sup>2</sup>

El paulatino envejecimiento individual y poblacional es un fenómeno demográfico - con consecuencias sociales, económicas y culturales - al que se enfrentarán los países latinoamericanos en las próximas décadas. Para encarar este nuevo desafío, es recomendable conocer y analizar las

experiencias de otros países en el tratamiento de los problemas de la vejez, de modo de extraer lecciones respecto al qué hacer o no hacer con (y/o por) los viejos y viejas en el plano de las políticas públicas. En este artículo revisamos y analizamos la trayectoria de las políticas de vejez en países con amplia experiencia en el tema (Europa y Estados Unidos). El presente análisis parte desde el momento

<sup>1</sup> Asistente Social (U. de La Frontera), Diplomada en Planificación Social (EPS SUR-CEPAL), Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales (U. de Concepción), Alumna del Doctorado en el Estudio de las Sociedades Latinoamericanas de la U. ARCIS, Becaria CONICYT para Estudios de Doctorado.

<sup>2</sup> Los contenidos de esta publicación forman parte de los resultados del Proyecto de Investigación "Adultos Mayores, Diversidad y Políticas Públicas" dirigido por la autora. Aprobado en el Primer Concurso Nacional (1998) del Fondo para el Estudio de las Políticas Públicas, de la Universidad de Chile.



en que la vejez era un asunto de pobreza hasta el nuevo cambio paradigmático del próximo siglo, donde serán cada vez más importantes los derechos de las personas de edad. A partir de este análisis, extraemos algunas conclusiones para el tratamiento del tema en los países latinoamericanos.

Las políticas de vejez se entienden como aquellas acciones organizadas por el Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual. En este sentido, lo primero que hay que tener en consideración cuando hablamos de políticas de vejez es que son políticas públicas, es decir, forman parte de un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación a una cuestión que concita atención, interés y movilización de otros actores de la sociedad (Oszlack y O'Donnell, 1990: 101) y que, dentro de sus características importantes se encuentran, por tanto, que cuentan con un respaldo de normas de cumplimiento obligatorio y, en consecuencia, tienen repercusiones en la sociedad, afectando la vida de las personas e influyendo en su interpretación de la realidad.

Desde este punto de vista, las políticas de vejez permiten tener una visión del "Estado en acción", a través de las diferentes tomas de posición de éste respecto de una determinada cuestión que, definida en términos simples, son aquellos asuntos socialmente problematizados que han logrado ocupar un lugar en la formación de la Agenda de Gobierno.

Por formación de la agenda se entiende el proceso a través del cual ciertas cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del Gobierno como posibles asuntos de política pública (Elder y Cobb, 1993: 77), dentro de una capacidad de atención necesariamente limitada (siempre hay más asuntos por atender que tiempo para considerarlos) y donde

la cuestión de la política pública debe ser resultado de definiciones. En este sentido, es pertinente destacar que las cuestiones de política son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad.

Para el caso de las políticas de vejez, los problemas más graves que enfrentan los viejos/as son, en gran parte, cuestiones socialmente construidas desde la concepción de edad social de la vejez. Es entonces inevitable elegir una definición sobre vejez e identificar los problemas a tratar, puesto que estas elecciones guiarán las políticas públicas (Elder y Cobb, op.cit.: 81)

Definir la cuestión es seleccionar y destacar ciertas realidades y hacer valoraciones sobre ellas. Tal vez las realidades reflejan los hechos de la situación, pero los hechos que se consideren relevantes dependerán, necesariamente, del marco de referencia y de las teorías implícitas de las personas que evalúan la situación (ibid.: 91). En todo caso, vale la pena mencionar que de la calidad de la definición de la cuestión depende la posibilidad de definir su solución.

Ahora bien, toda cuestión atraviesa un ciclo vital que se extiende desde su problematización hasta su resolución. A lo largo de este proceso, diferentes actores, afectados positiva o negativamente por el surgimiento y desarrollo de la cuestión, toman posición, tienden a modificar el mapa de relaciones sociales y el universo de problemas que son objeto de consideración en la arena política en un momento determinado (Oszlack y O'Donnell, op.cit.: 108). Cabe señalar que por resolución de la cuestión se entiende su desaparición, lo cual puede ir desde una solución sustantiva por parte del Estado hasta la coerción física de quienes la plantearon, sin dejar de mencionar, obviamente, que la resolución de ciertas cuestiones queda librada a la sociedad civil, en el sentido de que ni el Estado

ni los actores afectados estiman necesaria u oportuna la intervención estatal (ibid: 109).

De lo anterior se desprende que para estudiar las políticas de vejez es necesario centrarse en el ciclo de vida de la política y considerar para su análisis elementos tales como: definición de la cuestión, actores involucrados, ámbitos de acción, efectos y alternativas de la política.

En este artículo, para la descripción y análisis de cada uno de estos elementos nos concentraremos, tomando como ámbito de estudio, en las políticas de vejez en países desarrollados (países de la Unión Económica Europea y Estados Unidos de Norteamérica), debido a que es donde más desarrollo han tenido este tipo de políticas, y de las cuáles, mutatis mutandis, se pueden extraer lecciones y orientaciones para las políticas de vejez en países latinoamericanos.

### DEFINICIÓN DE LA CUESTIÓN EN LAS POLÍTICAS DE VEJEZ: POBREZA, INTEGRACIÓN Y DERECHOS.

Después de un análisis sistemático de las políticas de vejez en Europa y EEUU, se puede afirmar que han existido tres enfoques distintos para definir la cuestión: Pobreza, Integración Social y Derechos.

#### A. La Vejez como Asunto de Pobreza:

Por mucho tiempo, se consideró que los problemas del envejecimiento y de los viejos formaban parte de la vida natural y que había que resolverlos en el ámbito individual. Se convirtieron en problemas públicos sólo cuando se empezó a definir la vejez como una categoría social distinta compuesta por personas que en razón de su edad merecían consideraciones especiales (Elder y Cobb, op.cit.:78)

La primera concepción que encontramos en las políticas de vejez es la construcción social de la vejez como un asunto de pobreza. El origen de esta concepción se encuentra en las sociedades industriales de finales del siglo XIX y principios del XX. Atemperados los primeros rigores del liberalismo económico, se elaboran y ponen en marcha los sistemas de pensiones contributivas, "aritmética de la solidaridad social", que pretenden garantizar la subsistencia de los trabajadores demasiado viejos para ser considerados mano de obra. La otra cara de la moneda son aquellos individuos que, por circunstancias diversas, no han logrado trabajar a lo largo de su vida durante un lapso suficiente como para merecer una pensión, o lo han hecho en sectores marginales: son los "paupers" o "pobres estructurales", el objeto fundamental de la política de beneficencia hacia la vejez de la época (Miranda, 1998:359).

El modelo asistencialista diseñado para los pobres viejos en este período no es diferente del diseñado para los pobres jóvenes: el asilo, que cumple la doble función de mantenerlos con vida (proveer de subsistencia) y apartarlos de la sociedad (protegerla de sus malos ejemplos o del desagradable espectáculo de su miseria) (ibid:360).

En este sentido, la condición de pobreza de los viejos/as está relacionada con determinadas fases particulares de vulnerabilidad en su ciclo de vida (Woolf, 1989:13). En términos simples, la edad de los viejos/as constituiría una condición de fragilidad en que los individuos descienden bruscamente del nivel de subsistencia al de pobreza con más facilidad que en otras etapas del ciclo de vida.

Más tarde, las políticas de vejez se concentraron en el aspecto económico, específicamente en el tema de las pensiones y el ingreso en la vejez. La política tradicional se redujo a la prestación de una pensión y al régimen de

residencia de viejos como una forma de tratar las necesidades producidas por la salida definitiva del mercado del trabajo o por la pérdida de la autonomía debida al envejecimiento (Castells, op.cit.:7)

No obstante, con la mejora de los sistemas de pensiones de jubilación y la subida general del nivel de vida, algunos analistas han demostrado que las personas de edad avanzada ya no son los económicamente débiles que la representación dominante quería de ellos (Guillermard, 1992:80). En efecto, la cuestión de la vejez como asunto de pobreza ha ido perdiendo poco a poco la legitimidad de la que gozaba. De una u otra manera, el crecimiento del gasto social a favor de la población de edad avanzada ha surtido efectos notables en los países desarrollados en lo que se refiere al estatuto económico de dicha población (ibíd:150). De este modo, tenemos que los problemas de pobreza se están trasladando paulatinamente a otras edades, y la competencia cada vez más aguda que se producirá entre los diferentes grupos de edad, para tener acceso a unos recursos de transferencia cada vez más exiguos, podría desembocar en una verdadera guerra de edades (ibíd:28).

#### **B. La Vejez como un Asunto de Integración Social:**

En la década de los '60, dada la gran movilidad de la población europea -migraciones interiores y exteriores-, se plantea un problema adicional a la población vieja: la imposibilidad de convivir con los hijos, práctica habitual hasta ese momento entre los viejos "normales", es decir, con derecho a pensión (ibíd: 361). Junto a esto nace la Gerontología Social, dominada por las posturas teóricas favorables a la integración social de los viejos (ibíd:362).

A partir de la década del setenta, las políticas de vejez y los sistemas de protección social detectan nuevas necesidades que incluyen objetivos de carácter social, contemplando

fundamentalmente los problemas que conciernen a la inserción social de los viejos/as y la pérdida de la autonomía principal (Castells, op.cit:47). Ello, junto con evitar que la muerte social se adueñe de los viejos/as antes que los haya abandonado la vida biológica, se han convertido en todos los países en las dos grandes consignas de las políticas de vejez (Guillermard, op. cit:18).

En materia de protección social y sanitaria, esta opción supone conceder preferencias a las acciones de ayuda a domicilio y las soluciones alternativas a la institucionalización y hospitalización, a fin de mantener a las personas de edad avanzada en su entorno habitual y prevenir los riesgos de des-inserción que implican las separaciones bruscas de este (ibíd:20)

La integración social es la preocupación central en estos momentos, a pesar de que el aspecto económico sigue siendo importante; porque, tal como dice Castells (1992:14), el énfasis en lo cualitativo como centro de política de vejez sólo tiene sentido sobre la base de haber conseguido una situación económica relativamente satisfactoria para la mayoría de la población jubilada. Es decir, en ningún caso las políticas de integración pueden considerarse como sustitutivas de las políticas de pensiones.

#### **C. La Vejez como un Asunto de Derechos de las Personas de Edad:**

Un cambio substancial, respecto a las concepciones y prácticas anteriores, es la nueva forma de definir la cuestión en las políticas de vejez del próximo siglo.

Los derechos de los viejos/as empiezan a ganar espacio en la agenda internacional. El tema se trató por primera vez en el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, aprobado por las Naciones Unidas en 1982. Lamentablemente,

este documento no apeló a la sensibilidad de las personas de edad y tampoco llegó al público en general. Es por esto que la Federación Internacional de la Vejez (FIV) elaboró el Proyecto de "Declaración de Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad", que presentó a las Naciones Unidas para el Décimo Aniversario de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

En el año 1991, bajo el mandato de la Resolución 46/91, las Naciones Unidas adoptaron los "Principios en favor de las Personas de Edad", que se basan en su mayor parte en la Declaración de FIV. El lema de estos principios es la ya conocida y célebre frase: *Para dar más vida a los años que se han agregado a la vida.*

La Declaración de la FIV se basa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por las Naciones Unidas en 1948, así como en muchas otras declaraciones adoptadas por las Naciones Unidas a través de los años (mujeres, niños, deficientes mentales, etc.). Con esta Declaración se pretende complementar la Declaración Universal, no reemplazarla, y trata de destacar las consecuencias de ésta en lo que se refiere a las personas de edad (ibíd:95)

En la declaración de la FIV se reconoce que el problema del envejecimiento hoy en día no es sólo proporcionar protección y cuidados, sino también asegurar la intervención y participación de las personas de edad. Esto, debido a que las funciones, políticas y programas apropiados para los viejos/as no se han mantenido

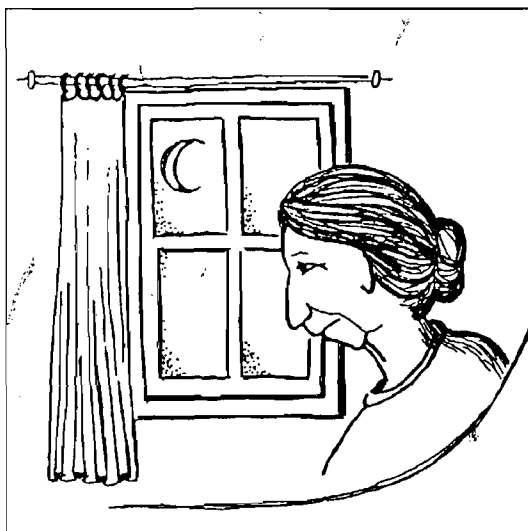
a la par del aumento de su número y de su contribución potencial a la sociedad.

Es decir, considerando que debido a la marginación y a las incapacidades físicas o mentales que la vejez puede acarrear, las personas de edad corren peligro de perder sus derechos y de verse rechazadas por la sociedad, a menos que esos derechos se determinen con claridad y que se afirmen las responsabilidades que incumben a los miembros de más edad respecto de la comunidad en que viven (ibíd:98).

En este contexto, se entiende que la seguridad económica y la integración social son sólo un aspecto más de la amplia gama de

derechos de los que gozan las personas de edad. La seguridad económica implica disponer de los medios para satisfacer las necesidades físicas básicas mediante una combinación apropiada de suministro de ingreso mínimo, apoyo de la familia y la comunidad, y medidas de autoayuda; aprovechar las oportunidades de empleo y ascenso con un salario que guarde proporción con su experiencia, sin barreras por motivos de edad;

seguir trabajando mientras estén en condiciones de hacerlo, sin coacción alguna para que se jubilen, y a determinar la forma en que han de retirarse de la vida laboral. La integración social implica que las personas, familias, comunidad y políticas públicas deben promover una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad en la que se elimine la discriminación y la segregación involuntaria por motivos de edad y se aliente la solidaridad y el apoyo mutuo de las generaciones.



Como vemos, tanto la definición de la cuestión como asunto de pobreza, de integración social y de derechos se basan en una premisa común: la edad es un factor de vulnerabilidad, ya sea para caer en la pobreza, para ser víctimas de la marginación y aislamiento social, o para no lograr hacer respetar los propios.

En lo anterior, si bien están presentes las tres definiciones, lo cierto es que éstas se contradicen y distancian en el momento en que la cuestión definida como asunto de pobreza e integración social se construye a base de una concepción de dependencia en la vejez, es decir, la necesidad de ayuda para realizar los actos elementales de la vida cotidiana como riesgo social al mismo título que los riesgos de enfermedad, accidentes laborales o invalidez (Guillermard, op.cit.:116). En cambio, al definir la cuestión como un asunto de derechos, la vejez se construye a base de la concepción de que los viejos/as son sujetos sociales, y no sólo eso, sino además sujetos de derechos. Es decir, introduce un cambio paradigmático fundamental para el tratamiento de los problemas de la vejez.

Es en esta última forma de definir la cuestión donde es posible hablar de las diferencias sociales en la vejez, precisamente porque se basa en el principio del reconocimiento de la individualidad y el hecho de que las personas de edad pertenecen a grupos étnicos, raciales, religiosos y socioeconómicos determinados; lo que no significa que estas diferencias constituyan una fuente de desigualdad, muy por el contrario, en esta concepción la igualdad sin discriminación de ningún tipo y la libre determinación de las personas mayores son ejes fundamentales.

## ACTORES DE LAS POLÍTICAS DE VEJEZ: ACTORES PÚBLICOS Y PRIVADOS

En torno a cada cuestión se desarrolla un proceso interrelacionado e interactivo de decisiones y

acciones en que intervienen (individual o corporativamente) múltiples actores, movidos por diferentes intereses y demandas, con estrategias frecuentemente contradictorias entre sí (de Mattos, 1992:54). En este contexto, para el estudio de las políticas de vejez es importante identificar los actores que intervienen en la formación de la política y los actores que intervienen en la acción de la política.

### A. Actores en la formulación de la política

Que los viejos formen un segmento grande y creciente de población que tenga, además, una tasa media de votación muy alta, es algo que aumenta substancialmente la probabilidad de que las autoridades presten atención a sus reclamaciones o a las demandas que se hacen en su nombre (Elder y Cobb, op.cit.:84).

Sin embargo, pareciera que no siempre son las organizaciones de viejos/as quienes logran colocar sus intereses y demandas en el centro de atención de la arena pública, esto porque los viejos/as no forman un grupo homogéneo y generalmente carecen de conciencia de grupo. La evidente heterogeneidad de los intereses de los viejos/as ha impedido que surjan organizaciones masivas con autoridad para hablar en nombre de los mayores de edad (ibíd:84).

No obstante, en razón de la legitimidad especial de la que disfrutan los viejos/as, las agrupaciones pro-viejos han desempeñado un papel cada vez más activo en la definición de los problemas de la vejez (ibíd:85.). Estas agrupaciones, como la mayoría de los grupos de interés, tienden a movilizar y a abarcar sólo un segmento de la población que pretenden representar. Lamentablemente, como en el caso de otros grupos de interés organizados, la participación de éstos en la formación de la agenda de la política no sólo contribuye a que la política en general se sesgue en favor del statu quo, sino que también favorezca a los más privilegiados.

Normalmente, los grupos pro-vejos representan a las personas más aventajadas y, en consecuencia, las políticas frecuentemente ponen en desventaja a los menos favorecidos o a los que no se han organizado de manera eficiente para resolver sus problemas (ibíd:88).

De lo anterior se desprende que en la formación de las políticas de vejez, en general, actúan las redes de políticas (policy networks), que son ciertos grupos que tienen relaciones institucionalizadas y cerradas en áreas de política (policy areas) concretas y capacidad para obtener privilegio como resultados de su poder estructural. Las redes de políticas de las políticas de vejez están compuestas, por lo general, por especialistas en el tema y por instituciones que se organizan en torno a la edad. Esto quiere decir que hay un alto grado de aislamiento de las decisiones (las demandas llegan filtradas) y los grados de agregación de intereses o demandas es mínima (intereses segmentados). No obstante, en la medida que la política se hace pública, se tiende hacia el pluralismo, pasando desde las relaciones cooperativas entre las instituciones hasta las relaciones competitivas, por colocar nuevos temas en la agenda de la política.

#### **B. Actores en la acción de la política:**

En la acción de la política es constante una multiplicidad de actores que intervienen. Podríamos diferenciar claramente el origen de esos actores, según su participación en la burocracia estatal: actores públicos y actores privados. Entre los actores públicos se destacan los protagonistas de los sectores sanitario y social. Esto porque en muchos países es clara la división entre ambos sectores.

Lo anterior se explica por el hecho de que los poderes públicos no han desarrollado realmente ninguna política específica orientada a la vejez, preocupándose más bien por las políticas sanitarias y sociales aplicables a la totalidad de la población.

Las acciones que se realizan en beneficio de los viejos/as forman parte de "otros objetos de políticas", en los que la vejez se trata a partir de coberturas sociales parciales que desmiembran a las personas de edad en múltiples necesidades (asistencia médica, sociabilidad, ayudas domésticas, enfermeros a domicilio, vivienda, recreación, etc.) a las que deben responder otros tantos profesionales encargados de satisfacerlas (Guillermard, op.cit.:154). De esta forma, las personas de edad se encuentran siempre moviéndose como péndulos entre un sector y otro.

La falta de integración entre los actores públicos en todos los países de Europa, con excepción de Dinamarca, hace que sea muy delicada cualquier operación de coordinación entre las diferentes actuaciones en el ámbito de la vejez. Estas operaciones de coordinación suelen dar resultados decepcionantes y progresan, además, muy lentamente en cuanto a su aplicación práctica. Lo más preocupante es la fragmentación de las acciones emprendidas en el ámbito de la asistencia a la vejez, lo que conduce inexorablemente a la degradación de la autonomía y la capacidad de elección de la persona de edad, al hacerla depender de la organización del sistema de asistencia del que se trate (ibíd:67).

Con el objeto de responder al aumento de personas de edad avanzada en la sociedad en un contexto de escaso crecimiento económico y, por ende, a la necesidad de frenar el gasto social, los poderes públicos están concediendo cada vez más iniciativas al sector privado. Ahora bien, el término privado supone de hecho una realidad heterogénea, pues engloba todas aquellas organizaciones que no pertenecen al sector público y que pueden tener o no fines de lucro.

Las asociaciones privadas con fines lucrativos consideran las necesidades de los viejos/as como una demanda igual a cualquier otra, y responden a ella proponiendo diversos productos

comerciales. Estos actores han existido desde siempre en el ámbito de la acogida de las personas de edad avanzada, aunque habían sido en general muy minoritarios. En la actualidad, los privados con fines de lucro que atienden a la viejos/as están en expansión, tanto en el Reino Unido como en Estados Unidos, más que en otros países, debido a la presión de la ideología liberal y al aumento del poder adquisitivo de las personas de edad avanzada (ibíd:78). De este modo se explica que los últimos años se hayan caracterizado, en la mayoría de los países europeos, por la aparición de cadenas comerciales de residencia y servicios para personas de edad avanzada que combinan una amplia gama de actividades (estudio, relación, construcción, gestión y animación de los equipos sanitarios y sociales) con una clara especialización de determinadas filiales (restauración colectiva, residencias especializadas para acoger a personas de edad avanzada dependientes, etc.) (ibíd:80).

Las asociaciones privadas sin fines de lucro están compuestas, por lo general, por redes informales que constituyen la familia, los amigos, el vecindario, etc., y que son susceptibles de prestar ayuda en caso necesario a las personas mayores. Sin embargo, se plantea naturalmente la interrogante de si estas redes serán capaces de asumir las consecuencias del envejecimiento poblacional. El comportamiento de las familias sigue siendo una variable desconocida, aunque de hecho, hasta la fecha e independientemente de los países, la mayoría de las ayudas prestadas a las personas de edad avanzada provienen en importante grado de los hijos/as y la familia, sobre todo en aquellas personas que pierden autonomía.

La otra cara de la moneda, en este sentido, se da en el gobierno británico, donde se pretende que los cuidados destinados a las personas de edad avanzada sean asumidos por la comunidad, lo que equivale a decir que deben hacerlo los actores básicos (familia, vecinos, amigos) y que los organismos oficiales deben

limitarse a ayudarlos, más que substituirlos en su función. Así pues, el concepto de "community care" implica una fuerte connotación ideológica thatcheriana, ya que supone de hecho que el Estado se desentiende totalmente de la gestión de los problemas que plantea la vejez (ibíd:101). La mayor exposición, en este sentido, se tiene frente a la desprofesionalización de los cuidados y servicios, considerando que los servicios altruistas son substitutivos, y no sólo complementarios. Esto en un contexto donde la entrada de la mujer en el mercado del trabajo ha reducido la masa de fuerza de trabajo altruista disponible, en un momento en que el envejecimiento de las poblaciones va a multiplicar la demanda de trabajo gratuito. Es decir, el hecho de fomentar la oferta informal de servicios y cuidados expone a llegar rápidamente a un límite en el ámbito de las políticas de vejez.

Como vemos, en los modos de resolución de la cuestión intervienen tanto actores públicos como actores privados (con o sin fines de lucro). Esto quiere decir, por una parte, que el Estado aún asume un rol importante en la solución de la cuestión, haciéndose cargo de los problemas que afectan a la vejez, y por otra, que los privados se diferencian de acuerdo a los intereses y estrategias utilizados en su resolución.

Entre los intereses de los privados destaca el bien común y de los viejos/as - actores sin fines de lucro - y el tratamiento de los problemas de la vejez como asuntos comerciales - actores con fines de lucro -. Obviamente, en ambos casos las estrategias son diferentes, como también lo son los destinatarios de sus acciones. Generalmente, los beneficiados por las acciones de las redes informales de apoyo son aquellos viejos/as que por su edad y sus ingresos no pueden acceder a los bienes y servicios que ofrece el mercado. En cambio, los usuarios de las ofertas de las entidades con fines de lucro son viejos/as con menores niveles de dependencia (tercera edad, porque los de cuarta edad son muy costosos), forman parte de una elite privilegiada, ya que gozan

de ingresos y buena salud, y pueden dedicar sus últimos años de la vida al placer y al ocio.

Lo lamentable, en el caso de la actuación de los privados, es esta nueva suerte de delegación que está haciendo el Estado hacia ellos, donde aquellos que no gozan de privilegios debieran depender de sus redes de apoyo cada vez más escasas, o bien de los bienes y servicios que ofrece el mercado. En ambos casos, el Estado se desentiende de los problemas de la vejez y no considera que las políticas sociales no son sólo distribuidoras de servicios, sino que representan también agentes activos de construcción social de las categorías de población a las que atañen, interviniendo en gran medida en la definición de sus identidades y status social.

### ÁMBITOS DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA: SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES.

En el desarrollo de las políticas de vejez que se han instrumentado en los países europeos en las últimas décadas es posible distinguir, a lo menos, dos grandes etapas. Una primera, que comienza en la década del sesenta, en que la protección social de la vejez se consideraba básicamente desde el punto de vista económico. Y una segunda, que se inicia a principios de la década siguiente, donde los sistemas de protección social detectan nuevas necesidades que conciernen a la inserción social de los viejos (Castells, op.cit:47).

En ambas etapas, las soluciones implementadas son plenamente congruentes con la definición de la cuestión como un asunto de pobreza (en la primera etapa); y como un asunto de integración social (en la segunda etapa). En los dos casos las soluciones fueron determinadas de acuerdo a las tecnologías y conocimientos disponibles sobre la cuestión, a lo que se suman los mitos y creencias basadas en el entendimiento de la historia y prácticas

culturales, circunscribiendo lo que comúnmente es considerado posible y acotando el repertorio de las soluciones a los problemas (Elder y Cobb, op.cit:95)

#### A. Bienestar Económico en la Vejez:

La política tradicional hacia la vejez se concentra en la prestación de una reducida pensión y a un régimen de residencia de viejos, como una forma de tratar las necesidades producidas por la salida definitiva del mercado del trabajo o por la pérdida de la autonomía debida al envejecimiento (Castells, op.cit: 7).

La implementación de ambos instrumentos (pensión y asilos) se basó en la percepción de que en la vejez la insuficiencia de recursos económicos debe ser el principal motivo de preocupación, por encima de los problemas de salud, soledad o de rechazo y marginación.

No obstante, es importante recalcar que en algunos países -Reino Unido y EEUU- la política ha procurado reducir al mínimo las pensiones básicas del Estado y centrar la atribución de prestaciones en aquellas personas que no han alcanzado un mínimo de recursos. Los Gobiernos de Thatcher y Reagan pretendían facilitar la transición de un sistema estatal en materia de vejez hacia un sistema en el que se contribuyera individual o directamente a fijar la cuantía de su futura pensión de jubilación y a decidir la gestión del tramo final de la vida (ibíd:79). En este contexto, se pierde la tradicional participación del Estado en la solución de los problemas económicos de los viejos/as y se asume que son los individuos quienes tienen que prodigarse su bienestar, con una mínima participación estatal.

#### B. Inserción Social en la Vejez:

Intentando responder a las nuevas necesidades que provoca el envejecimiento individual y poblacional, las políticas de vejez se



han concentrado a partir de los '70 en la integración social. Esta definición lleva implícita la consideración de que en la vejez lo económico es sólo un aspecto a considerar para promover el bienestar de los viejos/as, y que las diferencias, en términos del envejecimiento individual, están generando nuevos desafíos y requerimientos para las políticas sociales dirigidas a este grupo social.

Estos nuevos requerimientos están específicamente referidos a la flexibilidad y diferenciación de las políticas de vejez, para considerar las necesidades particulares de cada segmento de edad (con una problemática muy diferente entre cada uno de los grupos), la feminización del envejecimiento (con desafíos diferentes en el plano económico y de la integración social) y las diferencias por zona de residencia de los viejos/as (considerando la cobertura y contenidos de las actuales políticas de vejez).

Las diferencias por grupos de edad en la vejez suponen considerar que la cuarta edad (que se refiere sobre todo a los casos de invalidez síquica y física) tiene una problemática propia, en la que no valen las políticas de tercera edad orientadas a los jubilados activos, deseosos de viajar, de participar en la sociedad, de cultivarse y entretenerse. Es en este segmento -la cuarta edad- donde se plantean los problemas humanos más dramáticos y en los que la sociedad debe empezar a abordar los problemas culturales, sociales y financieros de gestionar la antesala de la muerte de una sociedad en que el progreso tecnológico puede prolongar extraordinariamente la vida cuasi-vegetativa (Castells; op. cit: 14).

El fenómeno del envejecimiento interno implica, a su vez, una transformación notable de la composición por sexos de la población de edad avanzada. Como consecuencia de su mayor esperanza de vida, las mujeres acabarán siendo claramente más numerosas que los hombres dentro

de la población de edad muy avanzada. Así pues, el envejecimiento interno determinará la feminización de éste, hecho que reviste gran importancia en el ámbito de la política social, ya que las mujeres son más numerosas entre las personas solas y vulnerables, y se acogen más que los hombres a los programas de ingresos mínimos garantizados y de servicios sociales (Guillemard, op.cit:25).

Finalmente, las diferencias por zona de residencia tienen relación con la cobertura real de los instrumentos de política y con las diferencias en términos de los contenidos de la política. Es sabido que los servicios sociales y sanitarios que ofrece la política social cubre mucho peor las zonas rurales que las urbanas, debido a la extensión geográfica de aquellas, y que los viejos/as del mundo rural no sufren el abandono social que se produce en el medio urbano, ya que mantienen intactas las relaciones con los restantes miembros de su grupo de solidaridad horizontal, que dependen en menor grado de la colocación laboral, disponen de mayores recursos para encontrarse y para mantener aquellas actividades conjuntas que siempre han realizado (Fericla, op.cit:132), lo que impone cuestionar la función de integración social de las políticas de vejez, aplicadas al mundo rural, y a proponer nuevas estrategias que respondan efectivamente a las diferencias de los viejos/as según su zona de residencia.

En las políticas de vejez de integración es posible distinguir dos ejes: servicios sanitarios y servicios sociales. Entre los servicios sanitarios se encuentran las instituciones de alojamiento y asistencia médica, y entre los servicios sociales se encuentran las instituciones de mantenimiento a domicilio.

Las instituciones de alojamiento y asistencia médica son estructuras de acogida gracias a las cuales las personas de edad avanzada pueden abandonar su domicilio de manera provisional, o

bien ingresar definitivamente a instituciones colectivas o semicolectivas. Entre las diferentes estructuras desarrolladas para acoger a personas que ya no pueden seguir viviendo en su casa en buenas condiciones, se encuentran los hogares de residencia, los alojamientos colectivos, los centros de asistencia médica y, aunque no hayan sido diseñados específicamente con este fin, los hospitales.

Los hogares de residencia son las estructuras de alojamiento menos coercitivas y que brindan mayor grado de libertad individual. Constituyen un conjunto de pequeñas viviendas independientes que conceden a las personas de edad avanzada la máxima autonomía. Independiente de los países y las denominaciones, los viejos/as se consideran inquilinos que pueden elegir libremente los diferentes servicios (ayudas domésticas y de enfermería, comedor/restaurante, animación, etc.) que les propone la estructura de la que se trate (Guillermard, op.cit:37).

Las estructuras de alojamiento colectivo conceden importancia a la dimensión colectiva de los hogares de residencia, razón por la cual los "asilos de ancianos" se caracterizan por el menor grado de autonomía de las personas de edad avanzada. Su función principal es la de dar alojamiento, y no la de prestar asistencia médica (ibid:42).

Los Centros de Asistencia Médica responden a formas de alojamiento y funcionamiento parecidas a las de los "asilos de ancianos", con la diferencia que los beneficiarios de estos centros suelen disponer, por lo menos en principio, de un grado de autonomía inferior. La necesidad que tiene esta población de recibir asistencia médica durante largos períodos hace que acabe siendo muy dependiente de la estructura de acogida (ibid:44).

Finalmente, los hospitales se han convertido, sin quererlo, en lugares de acogida de las personas con un alto deterioro físico o biológico. Frente a esto,

algunos hospitales europeos han creado secciones internas especializadas en el tratamiento de los problemas sanitarios que plantea la vejez (ibid:47).

Los mayores problemas que han enfrentado este tipo de instituciones es cómo evitar el efecto "ghetto" que separa a las personas de edad avanzada del resto de la población. El deseo de mantener a los viejos/as en un medio abierto se ve contrarrestado cada vez más por el agravamiento de los problemas de invalidez y de naturaleza socio-sanitaria que ello implica. En efecto, la pérdida de la autonomía de las personas implica que deben ser trasladadas a estructuras de alojamiento mejor adaptadas a sus necesidades. Ahora bien, esta nueva separación del entorno es psicológicamente difícil de asumir y resulta problemática, habida cuenta de que cada vez será mayor el número de personas de edad avanzada que pasarán por la fase de semi-dependencia o de dependencia total en los próximos años, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento interno (Castells, op.cit:29).

De este modo, considerando que todas las colocaciones de personas de edad avanzada en instituciones suponen para ellas un desarraigo de su entorno habitual, y considerando que esta deslocalización plantea inevitablemente importantes problemas, tanto psicológicos como de inserción social, las políticas de vejez tienden hoy, en Europa, a hacer hincapié en las ventajas del mantenimiento a domicilio de los viejos/as.

Cabe distinguir tres categorías de instrumentos utilizados para mantener a domicilio a las personas de edad: ayuda a domicilio, mejora de condiciones de vida y centros de asistencia médica. Las ayudas a domicilio suponen una amplia gama de instrumentos cuya finalidad es mantener a los viejos/as en su vivienda habitual. Se distinguen tradicionalmente dos tipos de ayudas a domicilio: ayudas domésticas y los cuidados de enfermería. Las ayudas domésticas son apoyos en la realización de tareas del hogar para personas

incapacitadas de realizarlas. Los servicios de cuidados de enfermería a domicilio pretenden ayudar a las personas dependientes a realizar actos de higiene elementales, asegurando de manera concomitante los cuidados de enfermería para aquellos que padecen enfermedades crónicas físicas o mentales (Guillermard, op.cit:51).

La mejora de condiciones de vida se concentra en mejorar las viviendas y brindar comodidades de equipamiento y uso del espacio de manera que cumplan con normas mínimas de habitabilidad, adaptándolas a las necesidades de las personas que no gozan de plena capacidad física o mental (ibíd:52).

Los Centros de Asistencia Médica son estructuras que resuelven, desde el punto de vista sanitario, las crisis agudas que sufren los viejos/as, sin romper por ello la continuidad que requieren los imperativos del mantenimiento a domicilio. De este modo se evita la colocación en instituciones, cuando no lo justifica el estado de salud de las personas.

Como se observa, en todas estas estructuras el Estado tiene un papel preponderante, en el financiamiento y en la ejecución. No obstante, en un contexto de estancamiento económico, y por ende de restricción del gasto, los poderes públicos se ven obligados a plantearse políticas alternativas en materia de gestión sanitaria y social de la vejez.

Esta redefinición de las políticas de vejez se ha traducido, en diferentes países, por:

- un movimiento hacia la diversificación de aquellas formas de intervención sin financiamiento público;
- el llamamiento a la solidaridad de la familia y de los vecinos o incluso la colaboración voluntaria, que vuelve a descubrirse después de un movimiento inverso de profesionalización; y
- la aparición del sector privado comercial y sin fines de lucro (ibíd:98).

Es decir, tal cual ocurre con las políticas de pensiones de vejez, el Estado se está desentendiendo de los problemas sanitarios y sociales que plantea el envejecimiento y está acudiendo a la solidaridad de los privados, o bien dejando a los viejos/as a merced del mercado, como ya ocurre en la política americana, donde se están haciendo esfuerzos importantes por deslegitimar la vejez, restaurando con este fin las ideologías dominantes en materia del individualismo y autoasistencia, para reafirmar la creencia de que los individuos son responsables de sus propias condiciones de vida y de las ocasiones que no han sabido aprovechar (ibíd:78).

### LAS POLÍTICAS DE VEJEZ: EFECTOS PERVERSOS Y EFECTOS DESEADOS

Los efectos de las políticas de vejez no siempre han sido aquellos que esperaron sus diseñadores(as). La evaluación que se hace, en la actualidad, de las acciones emprendidas desde la década del sesenta en Europa abren nuevas interrogantes y plantean inquietudes respecto a lo que puede suceder con los viejos/as en países como el nuestro, donde la participación del Estado en política social es menor que en los países con tradición de un Estado Protector.

Tal vez los mayores éxitos de las políticas de vejez en Europa corresponden a aquellas que buscan el bienestar económico de los viejos/as. Estas políticas han permitido que sus beneficiarios accedan a determinados valores de uso nuevos que antes no podrían procurarse en los circuitos comerciales (ocio, vacaciones, servicios de ayuda a domicilio, etc.), o bien hospitalizaciones innecesarias desde el punto de vista médico (ibíd:152). Los resultados, en distintos países de Europa (exceptuando España, donde todavía es un desafío mejorar la condición económica de la vejez/

as), han tenido efectos notables en la integración económica de los viejos/as. Tal como dice Guillermand (ibíd:160), en Europa se ha conseguido indiscutiblemente una doble victoria en materia de vejez. En primer lugar, se han realizado importantes progresos en el ámbito de la prolongación de la vida humana, centrándose hoy en el aumento de la esperanza de vida; y, en segundo lugar, los gobiernos han conseguido procurar a esta población de edad avanzada, cada vez más numerosa, un alto nivel de recursos de sustitución, garantizándoles así un relativo bienestar económico.

No obstante, en la medida que ha habido un mejoramiento económico de los viejos/as se ha producido un efecto no esperado, que es el rejuvenecimiento de la jubilación. Esto tiene consecuencias importantes en tres niveles: definición social de la edad de la vejez, cuantía del gasto social que absorbe esta edad de la vida y la organización social del tramo final del trayecto de edades.

La definición social de la categoría vejez y sus fronteras se han reformulado. La vejez comienza más tempranamente con la desvalorización cada vez más precoz del mercado del trabajo, y se define ahora, mayoritariamente, como el tiempo de la negación del derecho al trabajo y la inclusión en el mundo de los improductivos. Gracias a los nuevos mecanismos que regulan la cesación precoz de la actividad, la vejez ha sido declarada de "inutilidad pública" y condenada a vivir a base de las rentas substitutivas. El tiempo de la vejez se constituye hoy mucho más sólidamente que ayer como el tiempo de la dependencia, de la subsistencia concedida gracias a las rentas de transferencias.

En el plano de la integración social de este grupo de edad, los efectos han sido perversos. Las políticas de autonomía han tenido como consecuencia la segregación y dependencia de las personas mayores y la división de los problemas de

la vejez en subsistemas, ha ocasionado que los viejos/as se conviertan en juguetes dentro del carrusel de asistencia y servicios.

En primer lugar, las políticas dirigidas a la vejez han tendido a transformar en "dependencias" todas las deficiencias y minusvalías físicas y sociales. Por una parte, no han conseguido recalificar a las personas de edad dentro de las redes relacionales y los circuitos normales de acceso a los servicios, convirtiendo al viejo/a en un mero receptor de servicios específicos en consideración de su edad, y, en estas condiciones, recluso inevitablemente en un circuito de servicios segregados. Y, por otra, gran parte de estos programas, que tenían por objetivo prevenir la dependencia, se han centrado en personas de edad válidas. En palabras de Castells (op.cit:102), las políticas sociales puestas en práctica hasta la fecha, en los países europeos, no han conseguido mantener o reinsertar a los viejos/as en las redes de relaciones y en los circuitos normales de convivencia. Los viejos/as se encuentran insertos en redes de intercambio social no recíprocos, y esta falta de reciprocidad constituye socialmente una posición dependiente para este grupo de edad.

En segundo lugar, los problemas de la vejez se han distribuido entre varios subsistemas organizados alrededor de asuntos de relevancia e implicación universal, como el ingreso, la salud pública, los servicios sociales, la vivienda y el empleo. Pratt (1983:67) nota que este proceso ha ocasionado que se diluya la influencia de los grupos dedicados a la atención de la vejez, pues carecen de un objetivo estable hacia el cual enfocar sus esfuerzos. Ha habido muchos actores periféricos y ninguno central. Todo esto ha contribuido a la fragmentación y duplicación de los programas, lo que ha retrasado el desarrollo de una política coherente hacia la vejez. Se pone así de manifiesto una de las paradojas más acusadas de las políticas actuales en Europa: tras haberse fijado

unánimemente la autonomía de vida de las personas de edad, sólo han contribuido a hacer de ellas personas que dependen de los sistemas de asistencia. En efecto, los programas ya no funcionan basándose principalmente en las personas de edad avanzada y en sus necesidades en el ámbito de la asistencia y los servicios, sino que lo hacen en función de los criterios de las instituciones y la disponibilidad de dichos servicios (Guillermard:op.cit:68).

De lo anterior se deduce que los países europeos, a través de sus políticas de integración de la vejez, han creado una situación paradójica en la que, simultáneamente, se ha conseguido alargar la esperanza de vida y se ha privado de autonomía y sentido a esta última etapa. De este modo han contribuido a edificar los problemas con los que tendrán que enfrentarse en un futuro próximo, que, como es sabido, se verá dominado por el ineludible envejecimiento demográfico.

### **LAS ALTERNATIVAS EN POLÍTICAS DE VEJEZ: INTEGRACIÓN, EDADES Y DERECHOS**

Las alternativas en políticas de vejez surgen a partir de las evaluaciones de la aplicación de las políticas de pensiones e integración social en Europa, y del aumento de los costos de financiación de las políticas dirigidas a este grupo social.

Encontramos tres formas de concebir y entender las alternativas de políticas: Redefinición de las Políticas de Integración Social; Traspaso de las Políticas de Vejez a los privados (con y sin fines de lucro); y Formulación de una Nueva Política. Dentro de esta última alternativa se encuentra el diseño e implementación de una Política de Edades y el diseño e implementación de una Política de Derechos en la Vejez.

#### **A. Redefinición de las Políticas de Integración Social:**

Supone admitir que el funcionamiento de las mismas no ha sido precisamente como esperaban sus diseñadores, y reconocer que gran parte de los efectos han sido dañinos para la vejez. Entre las nuevas características que debería considerar una política de integración reformulada se encuentran: flexibilidad para atender las diferencias que plantea el envejecimiento individual de acuerdo a género, segmento de edad y zona de residencia; seguridad, tanto en el plano económico (en virtud de los riesgos laborales que suponen las actuales condiciones económicas de los países europeos) como en el plano social (frente a la construcción de la vejez como un asunto de dependientes e inútiles para la sociedad); fomento de la integración social, insertando a los viejos en los problemas de la sociedad y a la sociedad en los problemas de estos; coordinación, para evitar los efectos de estigmatización, segregación y desarticulación de los viejos en múltiples problemas y subsectores; innovación, para enfrentar los nuevos desafíos del envejecimiento de la población y el envejecimiento interno de este segmento de edad; y responsabilidad presupuestaria, en la medida que el Estado no se desentienda de los problemas de los viejos/as.

#### **B. Traspaso de las Políticas de Vejez a los Privados:**

Supone apostar a que la solidaridad de las redes de apoyo informal bastan para atender los problemas de los viejos, en un contexto en que disminuye la mano de obra femenina gratuita (que eran quienes venían desempeñando las tareas de cuidado y apoyo a la vejez), o bien dejando a los viejos en manos de aquellos que prestan servicios lucrativos, como ocurre ya en Estados Unidos, donde el Estado financia sólo aquellos equipos y servicios destinados a las personas de más escasos recursos, pero que, según se ha detectado, han servido mejor a los intereses de los administradores

de dichas instituciones que a los intereses de los beneficiarios de edad avanzada.

### C. Formular una Política de Edades:

Supone que la concepción de la vejez y sus características son resultado de una vida anterior. En este sentido, las políticas sociales debieran dirigirse a todas las edades, puesto que al concentrarse en la población envejecida no hacen sino reforzar la dependencia de este grupo de edad ante las transferencias sociales. Una política de edades, en cambio, implicaría un replanteamiento de la articulación actual entre el ciclo de vida y las políticas sociales, de manera que las políticas de formación, empleo, tiempo libre y transferencias sociales no se concentren en etapas específicas del ciclo de vida, sino que se distribuyan a lo largo de todo el recorrido del ciclo, con el fin de conjugar flexibilidad y seguridad en cada etapa (Castells, op.cit:102).

### D. Diseñar e implementar una Política hacia la Vejez basada en la Doctrina de los Derechos:

Ello supone que los derechos sociales de los viejos/as sean respetados (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, protección de salud, libertad de la miseria y del miedo, etc.), lo que impone considerar un comportamiento activo de parte del Estado al garantizar a los ciudadanos de edad una situación de certidumbre.

En este sentido, es importante recalcar que entender la vejez como un asunto de derechos implica superar el plano individual para reconocer la existencia de un grupo social que en este caso se encuentra excluido. Lo anterior se basa en el principio de igualdad en la diferencia como motor impulsor de las nuevas políticas de vejez.

Considerar que los derechos de los viejos trascienden la esfera individual y forman parte de los

derechos sociales -que en primera instancia son derechos de quienes necesitan asistencia-; quiere decir que su satisfacción no requiere de la abstención de los poderes públicos o de otros sujetos, sino de una acción o deber de contenido positivo (Prieto, 1998:66).

Los derechos de los viejos forman parte, además, de los derechos conocidos como de la Tercera Generación, en los que la sociedad civil, a través de sus organizaciones, grupos sociales, pueblos, etc., tienen una amplia participación, y donde a las garantías estatales se suman las jurídicas no estatales de carácter social y de autotutela. Este tipo de derechos entronca perfectamente con el paradigma de la calidad de vida, y entre los derechos que incluye se encuentra el derecho al desarrollo.

El derecho al desarrollo supone procurar condiciones de vida que propicien el progreso - que no puede concebirse, en nuestra opinión, sino como un proceso de desarrollo integral - de las personas uti singuli y de las colectividades diferenciadas (Pérez, 1998:79). La base de este derecho estaría en la propia idea de dignidad humana, lo que supondría, desde el punto de vista del derecho objetivo, la necesidad de asegurar en un contexto social concreto, la realización de las virtualidades de la propia personalidad, garantizando que cada individuo o cada colectividad desarrolle su capacidad para reivindicar ante instancias objetivas de decisión la protección inherente a su dignidad, y que en un plano de justicia distributiva pueda ver cubiertas sus necesidades básicas; y, en definitiva, la erradicación de conductas o ideas inconsistentes con el respeto de aquella dignidad.

Lo anterior convierte los derechos humanos de los viejos/as en asuntos de solidaridad, lo que presume una perspectiva comunitaria-solidarista de las acciones dirigidas en su favor. No es posible entender de otra forma los contenidos de la Declaración de la FIV, en la que se establecen principios generales como la dignidad, individualidad, igualdad, libre determinación y apoyo y cuidado familiar, considerando además las

responsabilidades de los viejos/as que se centran en ayudar a preservar la existencia del planeta y la responsabilidad hacia la sociedad y las personas más jóvenes. Es decir, junto con exigir la solidaridad de la sociedad y sus familias en su favor, promueven la solidaridad generacional e intergeneracional, ya sean las presentes o las futuras.

Las consecuencias para las políticas públicas son variadas. En primer lugar, concibe que la cuestión económica y de integración social -como ya señalamos anteriormente- es sólo un aspecto por considerar para mantener la dignidad humana e individual y de los grupos de edad. En segundo lugar, las consecuencias para los viejos/as -en tanto que la FIV establece un conjunto de responsabilidades- es combatir la construcción de sí mismos como víctimas del paso de los años y promover el envejecimiento sano, en plenitud del ejercicio de funciones sociales y cívicas, y el pleno ejercicio de sus derechos como ciudadanos. Y en tercer lugar, se reivindica el papel de los propios sujetos, de sus familias, comunidades y el Estado en el mejoramiento de sus condiciones de vida y status social en la vejez. Importante es resaltar la gravitación que la FIV otorga a las políticas públicas como una toma de posición del Estado, donde se espera que éste resuelva parte de los problemas de la vejez, en la medida que existen sectores específicos que requieren de una participación activa de éste en la solución de su situación social.

## CONCLUSIONES

La importancia de estudiar la trayectoria de las políticas de vejez en Europa y Estados Unidos radica en que constituyen antecedentes cronológicos insoslayables para las políticas de vejez que se implementen en América Latina durante el próximo milenio. Los países latinoamericanos se verán próximamente enfrentados a los problemas a los que hicieron frente los países europeos en la década del

sesenta (envejecimiento demográfico con aumento paulatino de la población entre 60 a 75 años).

De los errores y aciertos del diseño e implementación de dichas políticas, los gobiernos latinoamericanos pueden extraer lecciones para el tratamiento de los problemas de la vejez en sus propios países.

A partir de este estudio, es posible extraer algunas conclusiones, no finales por cierto, que pueden constituir un eje (o una provocación) para la discusión:

1. El objetivo de las políticas de vejez en Europa en los sesenta fue lograr el bienestar económico de la población de edad. No obstante, se dejaron de lado otras necesidades que recién alcanzaron visibilidad en la década de los setenta, con las políticas de integración social.

En este contexto, la oportunidad de los países latinoamericanos radica en lograr compatibilizar las necesidades económicas y sociales de los viejos en las políticas dirigidas a este colectivo, porque tal como señalan algunos autores, el énfasis cualitativo (necesidades sociales) debe ir acompañado de seguridad económica. Más aun en países donde la edad constituye un factor de riesgo para caer en la pobreza.

2. Los instrumentos de las políticas de seguridad económica e integración social implementados en los países europeos son muchos y variados. No contentos con los resultados de las acciones de alojamiento y asistencia médica en la década del setenta, el énfasis actual se centra en las medidas de mantenimiento a domicilio, en consideración del efecto "ghetto" y de desinserción social que generaban las anteriores medidas. Un rol importante en esta nueva modalidad lo cumplen la familia y las redes vecinales.

En nuestros países, pareciera que aún no es posible combinar diferentes medidas a favor de las personas de edad, y las acciones que se emprenden dirigidas al grupo de "tercera edad" siguen reproduciendo la marginalización y exclusión de los viejos. No se ha logrado introducir a la sociedad en los problemas de los viejos ni a los viejos en los problemas de la sociedad. El modelo predominante en las acciones que se emprenden copia el modelo dirigido a los menores de edad. Se trata a los viejos como objetos de protección, y no se les fomentan responsabilidades al interior de la comunidad ni al interior de la familia. Los europeos, frente a esto, han revalorizado el hábitat y actividades normales de los viejos de acuerdo a su edad. En nuestros países falta una valorización de los roles tradicionales de los viejos y de su lugar de residencia como espacio de desarrollo de nuevas funciones y oportunidades para contribuir a su familia y comunidad.

3. En Europa y Estados Unidos las necesidades de los viejos se mercantilizaron. Con los niveles de bienestar económico que tienen los viejos de estos países, pueden adquirir nuevos bienes de consumo.

Es complicado replicar este modelo en nuestros países. Los viejos latinoamericanos no tienen los mismos niveles de ingreso y bienestar que los viejos europeos o estadounidenses. Plantear que en Latinoamérica los viejos constituyen un nuevo grupo consumidor equivalente al de otros grupos de edad y que, por lo tanto, hay que diversificar las ofertas, constituye una propuesta sesgada y elitista en la medida que quienes pueden acceder a estos nuevos bienes son viejos y viejas de niveles socioeconómicos acomodados, con preocupaciones generalmente centradas en el placer y el ocio, siendo una minoría en nuestros países. El peligro de ver a los viejos con este cristal es que olvidemos a

aquellas mayorías que no pueden acceder a los beneficios del mercado por el nivel de sus ingresos, su estado de salud, viudez, etc. La advertencia es: sí, los viejos constituyen un nuevo mercado, pero no todos los viejos o todas las viejas pueden acceder a este nuevo modelo consumista.

4. Las alternativas en Políticas de Vejez para el próximo milenio estarán influidas por la heterogeneidad de las personas que formarán el grupo humano de sesenta años y más.

El aumento de población correspondiente a esta cohorte de edad aumentará ostensiblemente sus posibilidades de ser tomados en cuenta en la Agenda de Gobierno de los países latinoamericanos. A su vez, las consecuencias económicas y sociales del envejecimiento poblacional ubicará a los viejos, y en especial a las mujeres de edad, en el centro de las preocupaciones de la sociedad. Esto en un contexto en que las Naciones Unidas, a través de la promulgación del Año Internacional de los Adultos Mayores (1999), quiere llamar la atención sobre la importancia de fortalecer las acciones a favor de este colectivo y lograr su plena inclusión en la sociedad en el próximo siglo.

El paradigma emergente en el tratamiento de los problemas de la vejez, basado en la Doctrina de los Derechos Humanos, tiene como objetivo que los viejos y viejas se conviertan en sujetos de derechos, dejando atrás la construcción de las personas de edad como objetos de protección de políticas asistenciales.

Los viejos y las viejas se convertirán inevitablemente en el grupo demográfico más importante de nuestros países, siendo, por lo tanto, un deber de los gobiernos respetar sus derechos y lograr que el colectivo de gente de edad adquiera responsabilidades al interior de la sociedad. Es decir,



la construcción social de la vejez como de "inutilidad pública" debe ser reemplazada por la construcción de una vejez con derechos y deberes.

Para esto, obviamente, se requieren intervenciones estatales en la medida que el reconocimiento de los derechos de los viejos y las viejas traspasan la esfera individual y forman

parte de los derechos sociales, cuya satisfacción requiere de una acción positiva de parte de los poderes públicos.

En definitiva, la nueva forma de concebir las políticas de vejez implicará un cambio en la construcción social de esta edad, ya no definida a partir de lo que no es o carece, sino definida a partir de lo que es y pertenece. •

## BIBLIOGRAFÍA

- CASTELLS, M, 1992: *Análisis de las políticas de vejez en España, en el Contexto Europeo*. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de Servicios Sociales, Madrid, España.
- CASTELLS, M, 1992: "Prólogo". En: *Análisis Comparativo de las Políticas de Vejez en Europa*. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, INSERSO, Madrid, España.
- COBB, R; Elder, Ch, 1976: "Agenda Building as a Comparative Political Process". En: *American Political Science Review*, Vol 70, N° 1.
- ELDER, Ch., Cobb, R. 1993: "Formación de la Agenda. El Caso de la Política de Ancianos". En: *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. Editorial Miguel Porrúa Grupo Editorial, México.
- FERICGLA, J. 1992: *Envejecer. Una antropología de la Ancianidad*. Editorial Antropos, Noviembre de 1992, Barcelona, España,
- GUILLERMARD, A. 1992: *Análisis Comparativo de las Políticas de Vejez en Europa*. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, INSERSO, Madrid, España.
- HUENCHUÁN, S. 1998: *El Cristal con que se mira. Análisis de los Enfoques Teóricos de Envejecimiento que Sustentan la Política Nacional para el Adulto Mayor en Chile, y Su Relación con las Diferencias de Género y Étnicas*. Tesis para Optar al Grado de Magíster en Trabajo Social y Políticas Sociales. Universidad de Concepción.
- MIRANDA, J. 1998: "Internamiento y Derechos Humanos en la Tercera Edad". En: *El Derecho al Desarrollo o el Desarrollo de los Derechos*, pp 359-362, Editorial Complutense de Madrid, España.
- OSZLACK, O; O'Donnell, G. 1990: "Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una Estrategia de Investigación". En: *Redes, Revista de Estudios Sociales de la Ciencia*, Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, Argentina.
- PÉREZ, M. 1998: "El Derecho al Desarrollo como un Derecho Humano". En: *El Derecho al Desarrollo o el Desarrollo de los Derechos*, pp. 79-97, Editorial Complutense de Madrid, España.
- PRATT, H. 1983: "National Interest Groups Among Elderly". En: William Browne y Laura Kast (eds.) *Aging and Public Policy*. Westport, CT. Greenwood.
- PRIETO, L. 1998: "Sobre el Fundamento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales". En: *El Derecho al Desarrollo o el Desarrollo de los Derechos*, pp 65-78, Editorial Complutense de Madrid, España.
- S/A. 1993: "Nota de Antecedentes sobre el Proyecto de Declaración de Derechos y Responsabilidad de las Personas de Edad". En: *Revista Geriátrica*, Edición Chilena.
- WOOLF, S. 1989: "Los Pobres en la Europa Moderna". Editorial Crítica, Barcelona, España.





**DERECHOS HUMANOS**  
**Y**  
**PERSONAS DE EDAD**



**NACIONES UNIDAS**

## Índice

- Prólogo, Mary Robinson
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Comentario N° 6: Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas de Edad, 1995 (extractos).
- Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 1982.  
Puntos clave de las 62 recomendaciones para la acción.
- Cronología de las políticas aprobadas internacionalmente en relación con las personas de edad.

## Prólogo de Mary Robinson

Alta Comisionada de las Naciones Unidas  
para los Derechos Humanos

Esta publicación es una valiosa contribución a los acontecimientos que señalan a 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad de las Naciones Unidas. Aunando en un solo espacio los derechos económicos, sociales y culturales, y los documentos principales de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento, nos sirve para recordar que las personas de edad tienen derechos bien determinados que deben ser respetados tanto como todos los demás derechos humanos.

La población mundial de las personas de edad está aumentando a un ritmo espectacular. Este siglo ha sido testigo de la más extensa longevidad en la historia de la humanidad. En países con muchos recursos, la población senescente superará pronto el número de jóvenes.

La sabiduría y experiencia que se adquieren con la edad son activos vitales para la sociedad y deberán ser reconocidos como tal. Es significativo que Nelson Mandela haya obtenido recientemente la mayor cantidad de votos como persona más admirada en el mundo entre los jóvenes.

Cada día, las personas de edad abren nuevos caminos demostrando que la edad no es necesariamente una barrera para el éxito en sus respectivas esferas de elección. El pasado año John Glenn volvía al espacio. Míslav Rostropovich continuaba deleitando a los amantes de la música en todo el mundo y Dame Judi Dench conseguía un Oscar.

Este folleto nos recuerda también que son muchos los derechos de las personas de edad que necesitan todavía ser reivindicados. Innumerables personas de edad, especialmente en los países en vías de desarrollo, viven una vida llena de dificultades sin acceso a una atención sanitaria o alimentos adecuados. Los países del mundo se han comprometido a remediar esta situación, y esta publicación pretende ser un oportuno recordatorio de los objetivos que deberán cumplirse.



# COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

## COMENTARIO GENERAL Nº 6

Este documento es un compendio de los extractos del Comentario General Nº 6, adoptado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1995. El citado Comité es responsable de vigilar el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por los Estados Partes en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por 141 Estados. El Comité está constituido por 18 expertos independientes, en representación de todas las áreas geográficas. Su principal labor consiste en estudiar los informes que están obligados a presentar, todos los Estados que son parte en el Pacto, en los dos años siguientes a la entrada en vigor de dicho Pacto, y después cada cinco años. Estos informes son presentados por una delegación gubernamental que ha de responder luego de forma detallada a las preguntas formuladas por los miembros del Comité. Tras este diálogo, el Comité aprueba un conjunto de observaciones concluyentes que son ampliamente difundidas y de las que se espera respuesta por parte del Gobierno en cuestión.

El Comité prepara, además, comentarios generales basados en diversos artículos y disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con miras a prestar asistencia a los Estados Partes en el cumplimiento de sus obligaciones de comunicación. A través de sus comentarios generales, el Comité intenta fomentar, entre otras, las actividades de los Estados Partes, de las organizaciones de la sociedad civil, de las organizaciones internacionales y de los organismos especializados afectados, con el fin de conseguir de manera progresiva y eficaz la plena realización de los derechos reconocidos en el Pacto.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales considera que los Estados Partes en el Pacto deben prestar una atención especial a la promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. La propia función del Comité en este sentido se convierte en lo más esencial dado que, a diferencia de lo que ocurre en otros grupos de población, como en el caso de las mujeres y los niños, no existe todavía una amplia convención internacional en relación con los derechos de las personas de edad, ni acuerdos de supervisión vinculantes ligados a los diversos principios de las Naciones Unidas en esta esfera.

# DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES DE LAS PERSONAS DE EDAD

(Comentario General N° 6, contenido en el documento E/1996/22, anexo IV)

## 1. *Introducción*

La población mundial está envejeciendo ininterrumpidamente a un ritmo bastante espectacular. [...] La población de edad avanzada es el grupo de mayor crecimiento en todo el mundo, con un aumento estimado en el 10% entre 1950 y el 2025, frente al 6% en el grupo de personas de 60 años de edad y algo más del 3% en el conjunto de la población. Estas cifras denotan una revolución silenciosa, aunque de consecuencias impredecibles y de largo alcance [...]. La mayoría de los Estados que son parte en el Pacto [...], se enfrentan a la tarea de adaptar sus políticas sociales y económicas al envejecimiento de sus poblaciones, especialmente en materia de seguridad social. [...]

## 2. *Políticas aprobadas internacionalmente en relación con las personas de edad*

En 1982, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. [...]. Dicho Plan de Acción contiene 62 recomendaciones, muchas de las cuales tienen una relevancia directa para el Pacto. En 1991, la Asamblea General adoptó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad [...]. Estos principios están divididos en cinco apartados [...].

- ▶ “*Independencia*” que incluye el acceso a la alimentación, al agua, a la vivienda, al vestuario y a la atención sanitaria adecuados. Derechos básicos a los que se añaden la oportunidad de un trabajo remunerado y el acceso a la educación y a la capacitación.
- ▶ Por “*participación*” se entiende que las personas de edad deberían participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar, y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes, y poder formar movimientos o asociaciones.
- ▶ El apartado titulado “*cuidados*” declara que las personas de edad deberían poder beneficiarse de los cuidados de la familia, tener acceso a los servicios sanitarios y disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde les brinden cuidados o tratamiento.
- ▶ Con respecto a la “*autorrealización*”, los “Principios” afirman que las personas de edad deberían poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial a través del acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
- ▶ Por último, el apartado titulado “*Dignidad*” afirma que las personas de edad deberían poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y malos tratos físicos o mentales, ser tratadas dignamente, independientemente de la edad, sexo,



raza o procedencia étnica, discapacidad, situación económica o cualquier otra condición, y ser valoradas independientemente de su contribución económica.

En 1992, la Asamblea General aprobó cuatro objetivos globales sobre el envejecimiento para el año 2001 y una guía para establecer los objetivos nacionales. En 1992, [...] la Asamblea General aprobó la Declaración sobre el Envejecimiento en la que pide encarecidamente el apoyo de iniciativas nacionales sobre el envejecimiento de manera que las mujeres de edad avanzada reciban el apoyo adecuado por la contribución, aún no reconocida, que han prestado a la sociedad y que se aliente a los hombres de edad avanzada a desarrollar aquellas capacidades sociales, culturales y emocionales que puedan no haber potenciado durante los años de sostén de la familia. [...]

También declaró el año 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad en reconocimiento de la “longevidad” demográfica de la humanidad. Los organismos especializados de las Naciones Unidas [...] han prestado también atención al problema del envejecimiento en sus respectivas esferas de competencia.

### *3. Los derechos de las personas de edad en relación con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*

La terminología utilizada para describir a las personas de edad es muy diversa, incluso en documentos internacionales. [...] El Comité optó por utilizar el término de “personas de edad” (personnes âgées, en francés; personas mayores, en español). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no hace referencia explícita a los derechos de las personas de edad, aunque el artículo 9 que trata sobre “el derecho de todos a la seguridad social, incluido el seguro social”, reconoce implícitamente el derecho a los subsidios de vejez. [...] Otra cuestión importante es dilucidar si el Pacto prohíbe la discriminación basada en la edad. Ni el citado Pacto, como tampoco la Declaración Universal de Derechos Humanos, hacen referencia explícita a la edad en este sentido. [...] El Comité observa que aunque quizás no sea todavía posible concluir que la discriminación por motivos de edad está ampliamente prohibida por el Pacto, la variedad de cuestiones en relación con las cuales dicha discriminación puede ser aceptada es muy limitada. Hay que resaltar, además, que muchos de los documentos de política internacional hacen hincapié en la no aceptación de la discriminación contra las personas de edad, un aspecto recogido en la legislación de la inmensa mayoría de los Estados.[...] El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales considera que los Estados Partes en el Pacto deben prestar una atención especial a la promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. [...] Los informes examinados hasta la fecha no han facilitado datos sistemáticos acerca de la situación de las personas de edad con respecto al cumplimiento del Pacto. [...] El Comité observa que la gran mayoría de los informes de los Estados Partes continúan haciendo escasa referencia a esta importante cuestión. Por tanto, desea indicar que en el futuro insistirá en que la situación de las personas de edad en relación con cada uno de los

derechos reconocidos en el Pacto deberán ser abordados adecuadamente en todos los informes. [...]

#### 4. *Obligaciones generales de los Estados Partes*

Las personas de edad conforman un grupo tan heterogéneo y variado como los demás grupos de población. [Las personas de edad se encuentran] entre los grupos más vulnerables, marginales y desprotegidos. En épocas de recesión y reestructuración de la economía, las personas de edad son un grupo especial de riesgo. Incluso en momentos de graves limitaciones de recursos, los Estados Partes tienen el deber de proteger a los miembros vulnerables de la sociedad. [...] Los métodos que los Estados Partes utilizan para cumplir las obligaciones asumidas en virtud del Pacto con respecto a las personas de edad [...] incluyen la necesidad de determinar la naturaleza y alcance de los problemas dentro de un Estado mediante una vigilancia regular, así como la necesidad de adoptar políticas y programas adecuadamente diseñados para cumplir los requisitos, promulgar leyes cuando sea necesario y eliminar toda legislación discriminatoria, y garantizar el apoyo presupuestario pertinente o requerir la cooperación internacional cuando sea procedente. [...] En 1992, la Asamblea General hizo un llamamiento para la creación de infraestructuras de apoyo nacional encaminadas a promover políticas y programas sobre el envejecimiento en los planes y programas de desarrollo nacionales e internacionales.

#### 5. *Disposiciones específicas del artículo 3 del Pacto*

##### **Igualdad de derechos para hombres y mujeres**

[...] El Comité considera que los Estados Partes deberían prestar una atención especial a las mujeres de edad avanzada que, habiendo dedicado toda o parte de su vida al cuidado de sus familias sin una actividad remunerada que les de derecho a percibir una pensión de vejez, y que tampoco tienen derecho a una pensión de viudedad, se encuentran con frecuencia en situaciones críticas. [...] Los Estados Partes deberían crear subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas, independientemente de su género, que carezcan de recursos al alcanzar una edad especificada en la legislación nacional. [...]

##### **Derechos en relación con el trabajo**

[...] El Comité, considerando que los trabajadores de edad avanzada que no hayan alcanzado la edad de jubilación, tienen con frecuencia problemas para encontrar y mantener sus empleos, resalta la necesidad de adoptar medidas que eviten la discriminación por cuestión de edad en el empleo y la profesión. Es especialmente importante [garantizar] que los trabajadores de edad avanzada disfruten de unas condiciones seguras de trabajo hasta su jubilación. En particular, es deseable dar empleo a trabajadores de edad avanzada en las circunstancias que permitan hacer el mejor uso de su experiencia y conocimientos. En los años previos a la jubilación, se deberían poner en marcha programas de jubilación preparatorios, con la participación de organizaciones representativas de empleadores y trabajadores y otros órganos afectados, para ayudar a los trabajadores de edad avanzada a

enfrentarse a su nueva situación. Estos programas deberían, en particular, facilitar información a los trabajadores de edad avanzada acerca de: sus derechos y obligaciones como pensionistas; oportunidades y condiciones para poder continuar una actividad o emprender un trabajo voluntario; medios para combatir los efectos perjudiciales del envejecimiento; instalaciones para la educación de adultos y actividades culturales, y uso del tiempo libre. Los derechos protegidos por el artículo 8 del Pacto, como los derechos sindicales, incluida la edad de jubilación, deben ser aplicados a los trabajadores de edad avanzada.

### **Derecho a la seguridad social**

El artículo 9 del Pacto dispone de manera general que los Estados Partes “reconozcan el derecho de toda persona a la seguridad social”, sin especificar el tipo o nivel de protección que se deberá garantizar. [...] Los Estados Partes deben adoptar medidas adecuadas que permitan establecer regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, a partir de una determinada edad, prescrita en la legislación nacional. [...] El Comité invita a los Estados Partes a establecer una edad de jubilación flexible, dependiendo de las ocupaciones realizadas y de la capacidad de trabajo de las personas de edad, teniendo debidamente en cuenta los factores demográficos, económicos y sociales. [...] Los Estados Partes deben garantizar la provisión de prestaciones a los supervivientes y huérfanos al fallecer la persona de sostén de la familia que estaba bajo la cobertura de la seguridad social o percibiendo una pensión. [...] Los Estados Partes deberían, de acuerdo con los recursos disponibles, proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas de edad que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no hayan finalizado el período de calificación contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda, y que carezcan de otra fuente de ingresos.

### **Protección de la familia**

[...] Los gobiernos y organizaciones no gubernamentales tienen el deber de crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas de edad en el hogar, y aplicar medidas especialmente destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada.

### **Derecho a un nivel de vida adecuado**

[...]”Las personas de edad deberían tener acceso a la alimentación, al agua, a la vivienda, al vestuario y a la atención sanitaria adecuados mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y la comunidad y su propia autosuficiencia.” [...]

Las políticas nacionales deberían contribuir a que las personas de edad permanezcan en sus propios hogares tanto tiempo como sea posible, mediante la restauración, desarrollo y mejoramiento de las viviendas [entorno, movilidad], así como su adaptación a las posibilidades de acceso y utilización por parte de las personas de edad. [...]

## **Derecho a la salud física y mental**

Con miras a la realización del derecho de las personas de edad a disfrutar de un nivel satisfactorio de salud física y mental, [...] [es necesario] centrar la atención [...] en facilitar directrices de política sanitaria encaminadas a preservar la salud de los mayores, partiendo de una visión de conjunto que vaya desde la prevención y rehabilitación a los cuidados del enfermo terminal. [...] Los Estados Partes deberían tener presente que el mantenimiento de la salud en la vejez requiere inversiones durante toda la vida, esencialmente mediante la adopción de estilos de vida saludables (alimentos, ejercicio, eliminación de tabaco y alcohol). La prevención, a través de reconocimientos regulares adaptados a las necesidades de los mayores, juega un papel decisivo, al igual que la rehabilitación, en el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas de edad, lo que da como resultado una disminución de los costes de inversión en atención sanitaria y servicios sociales.

## **Derecho a la educación y la cultura**

[...] En el caso de las personas de edad, este derecho debe ser abordado desde dos ángulos diferentes y a su vez complementarios: (a) el derecho de las personas de edad a disfrutar de programa educativos; y (b) poner sus conocimientos y experiencia a disposición de las generaciones más jóvenes. Respecto al primero, los Estados Partes deberían tener en cuenta [...] (i) [...] que las personas de edad deberían poder acceder a programas de educación y capacitación adecuados y, por tanto, en base a su preparación, capacidades y motivación, deberían poder acceder a diversos niveles de educación mediante la adopción de medidas adecuadas en lo referente a alfabetización, educación durante toda la vida, acceso a la universidad, etc.; y (ii) [...] programas para personas de edad, no estructurados, basados en la comunidad, y orientados al esparcimiento, con el fin de desarrollar un sentido de autosuficiencia y de responsabilidad de la comunidad. Tales programas deberían contar con el respaldo de los gobiernos nacionales y de las organizaciones internacionales. Con respecto al uso de los conocimientos y experiencia de las personas de edad, [...] “Se deberían desarrollar programas de educación en los que las personas de edad sean los maestros y transmisores de conocimientos y de valores culturales y espirituales”. [...] “Las personas de edad deberían permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar, y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes”; [...] “Las personas de edad deberían tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad”. [...] Se alienta a los gobiernos y organizaciones internacionales a apoyar programas que faciliten a los mayores el acceso físico a instituciones culturales (museos, teatros, salas de concierto, cines, etc.). [...] Los gobiernos, las organizaciones internacionales y las propias personas mayores necesitan esforzarse en superar estereotipos negativos que presenten a las personas de edad como individuos con discapacidades físicas y psicosociales, incapaces de funcionar con autonomía, que no desempeñan ningún papel ni tienen ningún valor en la sociedad. Estos esfuerzos, en los cuales deberían participar los medios de comunicación e instituciones educativas, son esenciales para lograr una sociedad que

defienda la plena integración de las personas de edad. Con respecto al derecho a disfrutar de los beneficios derivados del progreso científico y sus aplicaciones, los Estados Partes deberían [...] hacer todo lo posible para promover la investigación en los aspectos biológicos, mentales y sociales del envejecimiento y las formas de mantener las capacidades funcionales y prevenir y demorar el comienzo de enfermedades crónicas y discapacidades. En este sentido, se recomienda a los Estados, organizaciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales, la creación de instituciones especializadas en la enseñanza de la gerontología, geriatría y psicología geriátrica en países donde no existan este tipo de instituciones.

# **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**

*Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena (1982)*

## ***Puntos clave de las 62 recomendaciones para la acción***

### **Introducción**

El Plan de Acción adoptado por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982 y aprobado ese mismo año por la Asamblea General continúa siendo la base de la política a nivel internacional. En el Plan de Acción sólo se puede proponer directrices amplias y principios generales sobre las maneras en que la comunidad internacional, los gobiernos y otras instituciones, y la sociedad en su conjunto pueden hacer frente al progresivo envejecimiento de las sociedades y a las necesidades de las personas de edad de todo el mundo. Por su propio carácter, los enfoques y políticas más concretos deben concebirse y enunciarse en función de las tradiciones, los valores culturales y las prácticas de cada nación o comunidad étnica, y los programas de acción deben adaptarse a las prioridades y posibilidades materiales de cada país y comunidad.

Sin embargo, existen diversas consideraciones esenciales que reflejan los valores humanos generales y fundamentales, independientes de la cultura, religión, raza o condición social: valores derivados del hecho biológico del envejecimiento como proceso común e ineludible. El respeto y el cuidado de las personas de edad, que ha sido una de las pocas constantes en la cultura humana de todos los tiempos y lugares, son el reflejo de una interacción fundamental entre el impulso de autoconservación y el de conservación de la sociedad que ha condicionado la supervivencia y el progreso de la especie humana.

### **A. Metas y recomendaciones en materia de política**

#### **Salud y nutrición**

1. Cuidados de salud proactivos
2. Cuidados integrales: mejora de la calidad de vida
3. Reducción de las dolencias e incapacidades
4. Atención sanitaria a los muy ancianos y a las personas incapacitadas
5. Atención especial a los moribundos
6. Coordinación de servicios de protección social y de atención sanitaria
7. Información/concienciación de toda la sociedad acerca de su trato con las personas de edad que necesitan cuidados.
8. Empoderamiento de las personas de edad para ejercer control sobre su propia vida
9. Estímulo y participación de los ancianos en el desarrollo de la atención sanitaria
10. Desarrollo de servicios sanitarios y conexos en la comunidad
11. Evaluación de las necesidades de las personas de edad
12. Nutrición adecuada.
13. Atención domiciliaria.

14. Atención sanitaria durante toda la vida.
15. Contención de riesgos de salud ambientales.
16. Prevención de accidentes.
17. Intercambio internacional y cooperación en materia de investigación médica

### **Protección de las personas de edad como consumidores**

18. Aplicación de medidas de seguridad

### **Vivienda y medio ambiente**

19. Fomentar la independencia
20. Garantizar la integración social
21. Concepción de un entorno funcional para la vida
22. Garantizar la movilidad de las personas de edad
23. Garantizar la seguridad de los senescentes
24. Facilitar la participación de las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones en materia urbanística

### **La familia**

25. Apoyo a la unidad familiar
26. Respaldo a los que prestan cuidados
27. Evaluación de las necesidades y funciones de las mujeres de edad, las viudas.
28. Enfoque integrado respecto de la edad y la familia en las esferas de planificación y desarrollo
29. Servicios sociales en apoyo de toda la familia

### **Asistencia social**

30. Creación, promoción y mantenimiento de funciones útiles de las personas de edad
31. Evaluación de las necesidades de las personas de edad
32. Participación de las generaciones jóvenes
33. Promoción de las actividades de voluntariado
34. Garantizar atención institucional para mejora de la calidad de vida
35. Estimular actividades de la sociedad civil

### **Seguridad del ingreso y empleo**

36. Garantizar a las personas de edad un nivel mínimo de ingresos adecuados
37. Facilitar la participación de las personas de edad en la vida económica de la sociedad
38. Condiciones y ambiente de trabajo satisfactorios
39. Investigación en materia de salud ocupacional
40. Garantizar una transición fácil a la jubilación
41. Reconocimiento de las normas internacionales relacionadas con las personas de edad

42. Garantizar los derechos los trabajadores migrantes en materia de seguridad social
43. Atención a refugiados

### **Educación**

44. Hacer uso de las personas de edad como transmisores de conocimiento, cultura y valores espirituales
45. Educación disponible para todas las personas de edad
46. Aumentar la concienciación acerca de los aspectos positivos de las personas de edad
47. Programas no estructurados, basados en la comunidad y orientados al esparcimiento para personas de edad
48. Proporcionar un acceso físico más fácil a instituciones culturales
49. Educación del público en general sobre el proceso del envejecimiento
50. Superar estereotipos relativos a las personas de edad
51. Amplia información a las personas de edad sobre todos los aspectos de su vida

## **B. Políticas de promoción y programas a nivel nacional e internacional**

### **Recopilación y análisis de datos**

52. Desarrollo de datos relacionados con las personas de edad
53. Establecimiento y mejora de servicios de intercambio de informaciones

### **Formación y educación**

54. Programas de enseñanza y capacitación interdisciplinarios
55. Capacitación de personal en la esfera del envejecimiento, difusión de información sobre las personas de edad
56. Participación de las personas de edad en los intercambios de información
57. Formación de entrenadores
58. Investigaciones orientadas a apoyar la integración de los problemas del envejecimiento y formulación y gestión de planes y políticas
59. Estimular la capacitación en todos los programas educativos sobre gerontología y geriatría
60. Investigaciones sobre los aspectos de desarrollo y humanitarios del envejecimiento
61. Creación de instituciones especializadas en la enseñanza de la gerontología, geriatría y psicología geriátrica
62. Promoción de intercambios internacionales y cooperación en materia de investigación, así como recopilación de datos en todos los aspectos del envejecimiento





*Una sociedad para todas las edades*

**Año Internacional de las Personas de Edad 1999**

Este folleto ha sido redactado por Astrid Stuckelberger, Presidenta del Comité Organizador de las Naciones Unidas para la Conmemoración del Año Internacional de las Personas de Edad, en colaboración con la Secretaría del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y del Servicio de Información de las Naciones Unidas, Ginebra

*Para mayor información:*

<http://www.unog.ch>

Servicio de Información de las Naciones Unidas, Ginebra  
8-14, avenue de la Paix  
1211 Geneva 10, Suiza

Traducido y editado en español por el Centro de Información de las Naciones Unidas para España, julio 2001

# **Los Derechos Humanos y las Personas de Edad**

## **Cronología de las políticas aprobadas internacionalmente en relación con las personas de edad**

**1982**

Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena  
Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 62  
recomendaciones

**1991**

Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad

**1992**

La Asamblea General adopta ocho objetivos globales sobre el  
envejecimiento para el año 2001

**1992**

Asamblea General: Proclamación sobre el Envejecimiento

**1999**

Año Internacional de las Personas de Edad de las Naciones Unidas

