

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS
CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. CELADE
CENTRO INTERNACIONAL DEL ENVEJECIMIENTO. CIE

**POLITICAS GUBERNAMENTALES SOBRE EL
ENVEJECIMIENTO: EL CASO DE CHILE
FERNANDO TORO LABBE**

Taller sobre políticas de atención
a los ancianos
Santiago de Chile, 2-6 de noviembre de 1992.

4
5

6
7

POLITICAS GUBERNAMENTALES SOBRE
ENVEJECIMIENTO
EL CASO DE CHILE

Fernando Toro Labbé

Ministerio de Planificación y Cooperación
MIDEPLAN

INDICE

| | | |
|------|--|----|
| I. | Diagnóstico | 1 |
| | A. Situación demográfica y socioeconómica | 1 |
| | B. Acciones del gobierno democrático | 7 |
| II. | Objetivos de política | 10 |
| III. | Recomendaciones de política | 14 |
| | A. Salud | 15 |
| | B. Educación | 16 |
| | C. Vivienda y medio ambiente | 17 |
| | D. Trabajo, previsión y seguridad social | 18 |
| | E. Uso del tiempo libre (deporte, recreación, cultura y turismo) . | 19 |
| | F. Participación y organización social | 21 |
| IV. | Institucionalidad | 22 |

Santiago de Chile, noviembre 1992

I. DIAGNOSTICO¹

A. Situación demográfica y socioeconómica

La población de Chile se encuentra en un proceso de envejecimiento paulatino, pero sostenido, lo que se traduce en que hacia el año 1990 el 10% del total de los habitantes del país correspondía a personas de 60 años y más de edad, esto es, 1 302 258 personas; para el año 2025 se proyecta un 16%, equivalente a una población superior a los 3 millones de adultos mayores.

En cuanto a la composición por sexo, las mujeres presentan una mayor proporción que los hombres, tanto para el total del país como para la zona urbana, lo que no ocurre en la zona rural. Esta mayor proporción de mujeres se explicaría por su más alta esperanza de vida (75 años contra 68 años de los hombres hacia el año 1990).² Así, para el total del país, el 44,8% de las personas de 60 años y más de edad son varones, y el 55.2% son mujeres. Por otra parte, existen diferencias en la distribución por sexo según zona de residencia, y se observa una mayor proporción de mujeres adultas mayores en la zona urbana y en el total del país, en tanto que en la zona rural ocurre lo contrario. Esta situación podría explicarse por la selectividad de la corriente migratoria rural-urbana, en el sentido que del campo migran más mujeres que hombres, hecho coherente con las actividades agrícolas desempeñadas tradicionalmente por los varones.

¹ Los datos utilizados para este diagnóstico se basan en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica realizada en 1990 por MIDEPLAN. Un análisis más detallado de los mismos se presentará en un libro UNICEF/MIDEPLAN sobre grupos objetivos de la política social del gobierno (mujeres, niños, jóvenes, adultos mayores).

² Schkolnik, Susana (1990), "El envejecimiento de la población de América Latina: 1950-2025". En: Jean Claude Chesnais, *El proceso de envejecimiento de la población*. CELADE, Santiago de Chile, pp. 105-144.

El 80% del total de adultos mayores del país reside en zonas urbanas y el 20% lo hace en las rurales. La distribución por regiones indica que hay cinco regiones que, por estar sobre la proporción nacional, son las regiones más envejecidas: la IV Región con 10.3%; la V Región con 11.5%; la VII Región con 10.9%; la IX Región con 12.3% y la XII Región con 10.6%. Cabe consignar, además, que el 84.4% de la población adulta mayor se concentra en seis regiones del país (V, VII, VIII, IX, X y la Región Metropolitana).

En cuanto a las *condiciones de pobreza*, alrededor del 28% de los adultos mayores se ubican en el 40% de los hogares de menores ingresos. En el sector urbano esta cifra es de 23.5%, mientras que en la zona rural llega al 45.9%. Por otra parte, el 22.7% de la población adulta mayor (294 452 personas) se encuentran bajo la línea de pobreza, de los cuales el 30% son indigentes. Las regiones con mayor porcentaje de población adulta mayor pobre (incluida la indigente) son, en orden decreciente, la IX (32.2%; IV (31.5%); III, VI y VII (26.5%); X (26.3%), VIII (25%) y V (23.5%), y coinciden con las regiones que tienen una proporción de pobres superior al promedio nacional.

En relación al *estado civil*, cabe destacar que el 54.2% de las personas mayores son casadas y el 29.5% son viudas. Sí existen importantes diferencias por sexo, ya que mientras el 71.2% de los hombres son casados, ese porcentaje desciende al 40.3% en las mujeres. Entre quienes se declaran viudos, la proporción de mujeres es mucho mayor que la de hombres (41.2% y 14.9%, respectivamente).

La mayoría de la población adulta mayor en Chile es jefe del hogar en que vive (60.6%), pero existen importantes diferencias por sexo. El 88.8% de los hombres son jefes de hogar, y sólo el 37.9% de las mujeres lo son, lo que implica una diferencia de más del 100% entre esos porcentajes. Cabe destacar que la proporción de hombres jefes de hogar va disminuyendo con la edad, pasando de un 91% en el tramo 60-64 a un 83.4% en el de 75 años y más.

Un tema de gran importancia y sobre el cual se conoce poco es el relativo a las *condiciones de la vivienda* de las personas de 60 años y más. En primer lugar, la forma de tenencia de la vivienda que habitan. La gran mayoría de los adultos mayores son sus propietarios (80.4%) y, de ellos, más del 90% ya la tiene totalmente pagada. Se observan también diferencias significativas según nivel de ingreso. Así, mientras el 88.4% de los adultos mayores que pertenecen al quintil

de más altos ingresos vive en su propia casa (pagada totalmente o no), ello ocurre tan sólo en el 74.7% de los que pertenecen al quintil de más bajos ingresos.

Complementando la información anterior, es sumamente relevante conocer las condiciones, tanto materiales como sanitarias, en que se encuentran las viviendas que habitan los adultos mayores según su nivel de ingreso. Al analizar los índices de saneamiento y materialidad, contruidos sobre la base de los resultados de la Encuesta CASEN³, se observa que si bien las condiciones de saneamiento como de la construcción de la vivienda son aceptables en la mayoría de los casos (74.2%), un porcentaje cercano al 15% habita en viviendas de condiciones precarias, lo que significa que alrededor de 200 000 personas habitan en condiciones no aptas. Por otra parte, existen grandes diferencias según nivel de ingreso. Así, el 92.1% de los que están en el quintil de mayores ingresos viven en condiciones sanitarias aceptables y buenas; en el quintil más pobre, en cambio, esto ocurre solamente para el 46.9% de las personas de 60 y más años de edad. En contraposición, en el quintil más bajo, el 27.9% de los adultos mayores presenta deficientes condiciones sanitarias de su vivienda, lo que ocurre tan sólo con el 3.2% de los que pertenecen al quintil de ingresos más altos.

En cuanto a la *educación*, cabe señalar que el 16% de la población adulta mayor del país es analfabeta, y que su nivel promedio de escolaridad es de 6 años. En ambos casos, estas cifras difieren notoriamente de las de la población total del país (menos de 5% y 9 años, respectivamente). Analizando por zonas de residencia, se observa que el analfabetismo en el área rural es significativamente más alto. Así, mientras el 10.6% de la población adulta mayor urbana es analfabeta, ese porcentaje alcanza un 37.1% en la zona rural. Si se considera sólo la población rural de 75 años y más, el analfabetismo llega al 42.1%, y en el caso de las mujeres de ese grupo de edades la proporción sube a 45.8%.

Además, se encuentran diferencias significativas según nivel de ingreso. Así, mientras el analfabetismo de las personas de ingresos más altos es de 4%, entre las de más bajos ingresos asciende a un 28.4%, lo que refleja diferencias importantes en el acceso a la educación y la cultura.

³ El índice de saneamiento incluye: origen y disponibilidad del agua potable, energía eléctrica y sistema de eliminación de excretas. El índice de materialidad está compuesto por los materiales de construcción de la vivienda referidos a los muros, techos y pisos. Para mayores detalles sobre la elaboración de estos índices, véase MIDEPLAN, La situación habitacional del país: habitabilidad y allegamiento. MIDEPLAN, Santiago de Chile, 1992, pp. 13-19.

La descripción de los problemas y necesidades de *salud* de los adultos mayores es de la mayor relevancia, dado que en esta etapa de la vida la prevalencia de una o más patologías crónicas es alta. Las dificultades de salud de este grupo están asociadas a los procesos de cambio del organismo, que se manifiestan en lentitud de reacciones, modificaciones en las funciones motoras y de los sentidos, pérdida de la energía y disminución de las defensas frente a las enfermedades. Estos cambios hacen que las personas mayores sean más vulnerables al medio y que tengan una mayor propensión a las enfermedades y accidentes, con consecuencias de índole física, psicológica y social. Cualquier política que se derive de los datos analizados deberá tener como objetivo central evitar que dichas enfermedades se conviertan en factores limitantes para el desarrollo de la vida diaria o de aquellas otras actividades que el adulto mayor desee realizar.

Los resultados muestran que la mayoría de los adultos mayores (65.2%) no tuvo enfermedades o accidentes. Entre los que respondieron afirmativamente, la mayor parte tuvo necesidad de recibir atención. En general, los problemas de este tipo son más frecuentes entre las mujeres que en los hombres (en un porcentaje cercano al 17%). Por otra parte, de los que señalan haber tenido problemas de salud, cerca del 90% recibió atención, lo que refleja una alta cobertura, con una mínima diferencia por sexo.

La encuesta CASEN permite conocer la distribución de adultos mayores según el sistema previsional de salud al cual pertenecen. Entre ellos está el sistema de salud público, que se financia -además del aporte fiscal- con la cotización legal de los trabajadores e incluye a las personas inscritas en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), sistema previsional que cubre las atenciones de salud del afiliado y sus cargas familiares. Dependiendo de su ingreso bruto mensual, los afiliados pertenecen a distintos grupos de la ley de salud: Grupo A, indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales y causantes de subsidio familiar, quienes no son cotizantes. Grupo B, cotizantes con ingreso imponible menor o igual a \$30 441. Grupo C, afiliados con ingreso imponible superior a \$30 441, pero que no excede los \$47 563. Grupo D, cotizantes de ingreso imponible superior a \$47 563.⁴

El otro sistema imperante en el país es el de las ISAPRES, constituido por

⁴

Valores de 1990.

empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas.

También existen entidades y otros organismos privados que prestan atención de salud en forma exclusiva a sus afiliados, tales como servicios médicos de universidades, de las Fuerzas Armadas, etc.

Finalmente, quienes no cotizan en ningún sistema y pagan la totalidad de las atenciones de salud, se consideran como particulares sin previsión.

El 54.7% de los adultos mayores del país pertenece al sistema público de salud en forma explícita. Si a ese porcentaje se le suma el 21.2% del Grupo A de la Ley de Salud, vale decir, los indigentes -que por su condición tienen como única alternativa de atención la proveniente del sector público- la cobertura del sistema asciende al 75.9%. Existe un alto porcentaje de adultos mayores que, perteneciendo al sistema público, no conocen con exactitud el Grupo de Salud al que pertenecen.

En el sistema privado de ISAPRES se atiende sólo el 5% de los adultos mayores. Por otra parte, los particulares sin previsión llegan al 10.7%, aunque esta última cifra es menor que la correspondiente al total de la población, en la que la cobertura del sistema llega al 12.1%.⁵

En relación con la *actividad económica*, el 22.2% de la población de la tercera edad en Chile se declara activa. Al analizar según nivel de ingreso, se observa que en la medida que se pasa desde el quintil más pobre a los de mayores ingresos, disminuye significativamente el porcentaje de inactivos, llegando al extremo que en la zona rural en el quintil 5 no se consignan adultos mayores desocupados. Esta relación entre nivel de ingreso y acceso al trabajo refleja que son los adultos mayores de ingresos más altos (profesionales, productores y directivos) los que tienen más posibilidades y mayor incentivo para mantenerse en el mercado de trabajo. Hay que destacar que el porcentaje de población adulta mayor ocupada en cargos profesionales y directivos (36.8%) es casi tres veces mayor que la fracción de la población total ocupada en los rubros mencionados (13.3%). Esto indica que gran parte de los que siguen trabajando después de los

⁵ Para la cobertura nacional de los sistemas previsionales de salud, véase MIDEPLAN, Los sistemas previsionales de salud. Cobertura y perfil de los beneficiarios. MIDEPLAN, Santiago de Chile, 1991, cuadro 4, página 8.

sesenta años tienen una capacidad profesional y/o empresarial acumulada en edades más tempranas. Por otro lado, la fuerza de trabajo de la tercera edad es proporcionalmente más calificada que la fuerza de trabajo global.

En cuanto a la empresa donde desempeñan el trabajo, el 40.4% lo realiza en forma independiente, mientras que el 35.8% se ocupa en pequeñas empresas entre 2 y 9 personas. Sólo el 13.3% trabaja en empresas medianas (10 a 49 personas) y el 10.5% en empresas grandes (por sobre 50 trabajadores).

Otra situación que llama la atención es que, a nivel nacional, casi el 20% de la población adulta mayor que es empleada u obrera, no posee contrato de trabajo, situación que es más aguda en las mujeres urbanas y los hombres rurales.

Destaca el alto porcentaje de la población adulta mayor ocupada que no está afiliada a ningún *sistema previsional* (43%), situación similar en hombres y mujeres, pero más grave en el campo que en la ciudad.

Con relación al pago de pensiones, los datos del Instituto de Normalización Previsional (INP), ente estatal que concentra todas las cajas del sistema previsional antiguo, indican que el sector público pagaba 817 922 pensiones en junio de 1992, incluyendo las pensiones de vejez, antigüedad, viudez, montepíos y pensiones asistenciales (PASIS) por vejez. Por su parte, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) cancelaban, a fines de 1991, 81 653 pensiones, incluyendo las de vejez, antigüedad y viudez.⁶

B. Acciones del gobierno democrático

El gobierno aumentó las pensiones asistenciales en más de un 100%. En julio de 1992 se pagaban mensualmente 290 674 pensiones asistenciales. De ellas, 134 677 estaban destinadas a ancianos mayores de 65 años. En promedio, el monto recibido en las PASIS por vejez es de \$12 497 mensuales.

En 1990 se nivelaron y reajustaron las *pensiones y jubilaciones* de 900 mil

⁶ Las pensiones por antigüedad de las AFP incluyen 10 443 personas menores de 60 años. Por falta de información no se puede distinguir, en el sistema privado ni en el público, el porcentaje de las pensiones de invalidez y viudez que se destina a personas mayores de 60 años.

pensionados. Paralelamente, se está pagando el 10,6% de reajuste que no fue cancelado por el gobierno anterior en agosto de 1985. En julio de 1990, julio de 1991 y julio de 1992 se devolvió el 10.6%, más el Índice de Precios al Consumidor (IPC) a aquellos con jubilaciones menores de 120 mil pesos, lo que benefició a 1 227 300 personas. Finalmente, en diciembre del corriente año se pagará el 10.6% a todos aquellos con pensiones mayores a 120 mil pesos, esto es, unos 73 000 pensionados.

Paralelamente, el Ejecutivo enviará un proyecto de ley al Congreso para que modifique la actual norma de reajuste, asegurando al sector pasivo la recuperación de la inflación, por lo menos una vez al año. Es sabido que dicho reajuste debe otorgarse legalmente sólo cuando el IPC acumulado llegue al 15%. Mientras tanto, ya fue anunciado el anticipo del pago del reajuste según el Índice de Precios al Consumidor desde noviembre de 1991 hasta octubre de 1992 inclusive, para diciembre del corriente año. Dicho pago será efectuado antes que la inflación acumulada llegue al 15%.

Por otra parte, el Instituto de Normalización Previsional está incorporando la más moderna tecnología del sistema financiero a las nuevas plazas de pago. A partir de noviembre entrarán en funcionamiento 64 nuevas plazas de pago, que significan una extensión de la cobertura geográfica del 50% en relación a la cantidad que existía anteriormente. Estos lugares tendrán servicio completo, ya que aquí se podrán pagar las cuentas de luz y agua y comprar bonos del Fondo Nacional de Salud. Los locales están especialmente adecuados para el uso de las personas de edad: son de un piso, sin escaleras y contemplan rampas en los desniveles. Cada pensionado recibirá una tarjeta de identificación para hacer más expedito el pago, que no debería demorar más de 5 minutos.

En el *sector Salud*, a partir del segundo semestre de 1991 se comenzaron a ejecutar diversos programas pilotos para el mejoramiento inmediato de la atención primaria de salud al adulto mayor, que cuentan con el patrocinio del Ministerio del ramo y con el financiamiento de organismos internacionales.

En el *sector Vivienda*, se dispuso destinar un cupo de hasta un 2% de su programa anual de viviendas básicas para la atención de postulantes mayores de 65 años.

El *Servicio Nacional de Turismo* (SERNATUR) ha iniciado programas para facilitar el acceso de la población adulta mayor a la actividad turística a través de convenios, descuentos y contactos directos con organizaciones de los propios adultos mayores (por ejemplo, Casa de Todos de Ñuñoa).

En el contexto del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), en el año 1990 se constituye, al interior de la División Social, el Programa del Adulto Mayor, con el fin de articular y coordinar las acciones sectoriales sobre el tema. En el contexto de este programa, lo primero que se abordó fue la realización de un diagnóstico sectorial de las acciones que se llevan a cabo en el país en relación con el envejecimiento y la vejez.⁷

Además, MIDEPLAN ha apoyado e impulsado el proyecto piloto denominado "La Casa de Todos", una organización funcional para la participación comunal del adulto mayor, en cinco comunas del país que, con financiamiento del FOSIS y la ejecución de la organización no gubernamental "Años" y los respectivos municipios, pretende -en el lapso de un año- dar forma a una unidad funcional destinada a agrupar a la gente mayor de la unidad funcional destinada a agrupar a la gente mayor de la localidad, proporcionándoles un lugar de encuentro y crecimiento.

En noviembre de 1991, convocado y coordinado por MIDEPLAN, se formó un equipo técnico de trabajo, compuesto por representantes de diversos sectores de gobierno (Salud, Educación, Previsión Social, Turismo, Recreación y Deportes), municipios (Conchalí y Santiago), universidades (U. Católica) y organizaciones no gubernamentales (Años), que se ha transformado en una instancia consultiva sobre el tema.

Teniendo como base el trabajo de ese equipo y recogiendo diversos aportes y antecedentes, tanto nacionales como internacionales, la División Social de MIDEPLAN acaba de finalizar la primera versión de la Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez, la que, luego de recibir los comentarios de los diversos sectores interesados, sean gubernamentales o no, deberá ser sancionada en su versión final por el Presidente de la República.

⁷ Véase MIDEPLAN. *Envejecimiento en Chile: Diagnóstico Sectorial y Bases para una Política Nacional*, septiembre 1991.

II. OBJETIVOS DE POLITICA

La política social es entendida por el gobierno chileno fundamentalmente como un instrumento de inversión social. El objetivo es que las personas salgan definitivamente de su situación de pobreza. Esto significa ir más allá del mero paliativo asistencialista, enfatizando la inversión en capital humano.

Los programas sociales deben tener como perspectiva central su integralidad, en el sentido de abordar los problemas desde sus diversas dimensiones. Para ello, se debe privilegiar la coordinación intersectorial, permitiendo mejorar la eficiencia y eficacia de las acciones.

Cabe señalar, como criterio básico de la política social, la participación real y efectiva de los propios interesados, para lo que se deben generar los mecanismos institucionales adecuados que aseguren la participación en la base: la democratización de los municipios y la creación de nuevos canales de organización. La participación debe ser vista no tan sólo como meta, sino que también, y por sobre todo, como medio para lograr el desarrollo. En ese sentido, la promoción de la más amplia participación debe constituirse en uno de los principios y objetivos básicos de la política social.

En otras palabras, la política social, tradicionalmente vista como el instrumento por medio del cual el Estado procura la satisfacción de las necesidades básicas de la población, debe ser reemplazada por una nueva perspectiva que la transforme en el instrumento que asegure la plena integración de las personas en uno de los pilares del mismo. Esto es, política social para potenciar el desarrollo sin olvidar -en los casos extremos que así lo exijan- la transferencia necesaria para medidas asistencialistas muy puntuales. En palabras de la CEPAL, "la política social se resume en inversión en recursos humanos y transferencias para los casos de medidas asistenciales extremas, debiéndosele otorgar preferencia a aquellas acciones funcionales al desarrollo, siendo prioritarios los programas de inversión social destinados a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza que parte desde la mayor fecundidad de los grupos más pobres, pasa por los mayores riesgos de embarazos mal llevados, sigue por un estado nutricional deficiente de los hijos, dificultades de aprendizaje, altos índices de repetición y deserción escolar, acceso a empleos de poco futuro y escasa productividad, fundamentalmente en el sector

informal, precaria jubilación (cuando es posible acceder a ella); esto es lo que se ha dado en llamar "círculo vicioso de la pobreza".⁸

Dentro de este contexto, el envejecimiento constituye un desafío de primera magnitud para la planificación del desarrollo del país, en su doble dimensión: la de envejecimiento poblacional, en términos de proceso, y el de la vejez, en términos de una situación determinada. Bajo este último aspecto, es indudable que los adultos mayores son uno de los sectores más afectados por la pobreza, la falta de participación y por la inexistencia de posibilidades de recreación y espacios de encuentro. Es por ello que deben ser un grupo prioritario de la política social, conjuntamente con los menores, los jóvenes y las mujeres.

En este sentido, será fundamental mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, del presente y del futuro, pero básicamente aprender a envejecer, romper los mitos y prejuicios que el estado de vejez implica en la sociedad actual, y de esa manera poder llevar a cabo efectivamente la tarea de integración, considerándolos como actores sociales relevantes y no como meros espectadores y/o víctimas. Para ello, se deben definir estrategias de prevención, equiparación de oportunidades y, en general, de intervención positiva por parte del Estado, con el fin de garantizar a todos los adultos mayores el más amplio desarrollo posible y una real integración social.

Los programas referidos a los adultos mayores deben tener como *objetivo principal* promover su actividad independiente, su dignidad humana y sus lazos y vínculos con la familia y la comunidad. Para ello es fundamental identificar las necesidades básicas de los adultos mayores y la solución de sus problemas por parte de las propias personas de edad.

En este contexto, es condición importantísima la existencia de una democracia participativa, que modifique el tradicional rol paternalista del Estado en este tema, impulsando la creación de espacios a nivel local, lo que corresponde mejor a las necesidades reales de las personas. Es en los microespacios sociales, vale decir, en la familia, el vecindario, la comunidad, la localidad, donde las políticas de desarrollo en base a la participación son más visibles y efectivas y donde "lo social no anula lo individual, sino por el contrario, lo individual habilita

⁸CEPAL. *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*. Santiago de Chile, 1992.

o capacita el desarrollo social y económico".⁹

Cabe señalar que, como principio orientador básico, se parte del supuesto que los problemas que más afectan a los adultos mayores no son distintos de los que afectan al resto de la población del país, principalmente aquellos derivados de la pobreza. Sin embargo, es posible distinguir, para efectos de formular una política sobre envejecimiento y vejez, algunos problemas específicos que afectan a los adultos mayores, tales como: la pérdida de su rol social; el aislamiento y marginalidad; los mitos y prejuicios que los condenan; el empobrecimiento que significa ser pensionado o jubilado, etc.

Además, debe tenerse en cuenta que existe una diferenciación importante entre los adultos mayores en lo relativo a su autonomía funcional. De acuerdo a los resultados de una encuesta realizada en 1984, cerca del 67% de la población mayor podía definirse como funcionalmente sana, el 30% requería ayuda para desarrollar determinadas actividades y solamente un 3% se definía como población funcionalmente dependiente.¹⁰

Para la solución de estos y otros problemas, la formulación de políticas específicas sobre el envejecimiento y vejez debe estar orientada por los criterios generales de la política social que, en el caso del gobierno chileno, son: la *equidad*, en el sentido de equiparar las oportunidades a todos los sectores sociales, la *integralidad*, actuando sobre las distintas dimensiones del problema, a través de programas multisectoriales, la *eficiencia*, esto es, producir los cambios que realmente se requieren en el tiempo adecuado y la *participación*, que implica que las necesidades, el conocimiento y el esfuerzo de las propias personas son fundamentales para el éxito de cualquier programa social. En otras palabras, que las acciones no se implementen *hacia* o *para* determinado sector de población sino que *con* el apoyo de los propios interesados.

Entendiendo que el envejecimiento es un asunto relacionado con el desarrollo económico y social y que reviste una gran importancia y magnitud, con

⁹ CEPAL. *La vejez en América Latina: necesidad de un programa social*. Documento preparado por Joey Edwardh, julio 1989, p. 14.

¹⁰ Domínguez, Oscar (1987), *Encuesta sobre las necesidades de la población de 60 años y más*. OPS. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Documento de Conferencia presentado al Simposio Internacional sobre el Envejecimiento ante el Fenómeno de Desarrollo. ILPES/CEPAL/CELADE.

connotaciones sociales e individuales, es necesario especificar *objetivos* que deben guiar la formulación y ejecución de una política sobre envejecimiento y vejez, algunos de los cuales son los siguientes:

- Brindar a los adultos mayores oportunidades que les permitan satisfacer sus necesidades materiales básicas, así como de realización personal, en términos de concretar sus aspiraciones más sentidas.
- Fomentar y promover la autodependencia, para que los adultos mayores tengan, por sí mismos, un lugar en la sociedad como miembros útiles, activos y solidarios, dotados de derechos y obligaciones.
- Reconocer que el fenómeno del "envejecimiento" tiene una connotación social, pero también individual y humana, por lo que debe ser tratado en esos dos planos, sin privilegiar ninguno.
- Entender que el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y, en tal plano, incorporar en su tratamiento factores económicos, sociales, culturales, psicológicos, físico-orgánicos y demográficos.
- Reconocer que la contribución que, desde el punto de vista espiritual, cultural y socioeconómico, prestan las personas de edad es valiosa para la sociedad. En este sentido, los gastos relacionados con la política sobre envejecimiento y vejez deben considerarse como una inversión.
- Enfatizar la importancia que tiene para los adultos mayores su plena integración a la familia, al vecindario, la comunidad y localidad, así como también su relación con otros grupos etarios, especialmente los jóvenes y menores.
- Fomentar la participación activa de los propios adultos mayores, tanto en la definición de sus problemas prioritarios, como en la formulación y ejecución y evaluación de la política.

Además, las acciones y medidas que se incluyan en un programa deben reflejar una firme voluntad de lograr que el proceso cuantitativo de aumento paulatino, pero sostenido, de la población adulta mayor adquiera un significado cualitativo en términos de hacer que la prolongación de la vida sea algo positivo

y no una carga, tanto desde el punto de vista individual como colectivo. Así, todas las políticas y programas que se formulen deben basarse en el hecho que la vejez es una fase natural del ciclo vital del ser humano y que las necesidades, posibilidades y cualidades de una persona no terminan con el "advenimiento de los años", por lo que deben estar orientados por el principio del *envejecimiento activo*, según el cual las personas de edad son miembros de la sociedad, tan útiles como cualquier otro para su desarrollo. Esto significa que la política que se formule y ejecute no debe reducirse a la protección y entrega de servicios al adulto mayor, sino que debe apuntar a su plena participación e integración social, con miras al mejoramiento de su calidad de vida, y no con un sentido eminentemente asistencialista.

III. RECOMENDACIONES DE POLITICA

A. Salud

- Promover acciones para aumentar el potencial de salud de las personas a través de un mejoramiento general de la calidad de vida, actuando sobre sus determinantes conductuales, biomédicos, ambientales y sociales, con una perspectiva de envejecimiento.
- Promover el cuidado de la funcionalidad, la educación para la salud y la participación del adulto mayor en las acciones de salud a través de la comunidad, que incluyan charlas, talleres, encuentros y la elaboración de cartillas y material informativo.
- Diseñar e implementar un programa de atención integral de salud para las personas mayores, con énfasis en la prevención, teniendo como núcleo central el nivel de atención primario. Para ello se deberá contar con equipos básicos compuestos, al menos, por un médico, una enfermera, un asistente social, un nutricionista y un auxiliar de enfermería. Estos equipos pueden ofrecer atención especial en forma rotativa en diferentes centros de salud.

- Considerar los cambios en la estructura poblacional del país, en términos de su envejecimiento, en la reestructuración institucional del sector salud (SNS y FONASA). En ese contexto, se debe pensar en la ejecución de programas específicos para el adulto mayor que abarquen los tres niveles de atención de salud.
- Diseñar e instrumentar mecanismos adecuados que apunten a solucionar las demandas no satisfechas en el ámbito asistencial médico-curativo, sobre todo en lo que dice relación al paso de un nivel de atención a otro en el sistema público institucional, lo que provoca un tiempo de espera insostenible para las personas de más edad. Esto podría hacerse a través de la atención ambulatoria o aumentando los recursos humanos en los niveles secundario y terciario.
- Implementar programas de ayuda técnica para mantener y/o mejorar la capacidad funcional de los adultos mayores, asegurando su independencia. El énfasis debe estar puesto en los problemas visuales y odontológicos, que son los que con mayor frecuencia afectan a este grupo etario.
- Formular disposiciones específicas, tales como elaboración de reglamentos, definición de normas y planes generales, respecto de la construcción, apertura, funcionamiento, supervisión, control y evaluación de los hogares de ancianos. Para esto, se deberá realizar un catastro nacional de los recursos físicos y financieros actualmente disponibles, diagnosticando las condiciones de salud de la población residente y estimando las necesidades para el mediano y largo plazo.
- Garantizar que el sistema privado de salud previsional (ISAPRE) constituya una alternativa efectiva y viable para la atención de salud de los adultos mayores. Se propone formar un grupo de estudio que -en un lapso no mayor de un año- revise la legislación vigente y elabore un programa, que debería ejecutarse a partir de 1994, para que:
 - a) las personas puedan al jubilar, acceder a una atención de salud similar a la que gozaron durante su vida laboral,
 - b) las ISAPRES extiendan sus servicios a la promoción y prevención de la salud.

B. Educación

- Desarrollar metodologías adecuadas que permitan vincular la experiencia del adulto mayor con su realidad económica y social, para que puedan integrarse plenamente al desarrollo del país. Habrá que efectuar una selección adecuada de materiales didácticos, así como una revisión de los contenidos de aquellos que aún tengan vigencia, adaptándolos a los niveles de percepción del adulto mayor.
- Diseñar y definir un componente educativo que apunte a la formación global e integral del adulto mayor y que contenga, al menos, los siguientes elementos:
 - a) *económico-laboral*: con el fin de que sea capaz de emprender actividades productivas, tomando en cuenta sus capacidades y necesidades personales y los requerimientos de la comunidad en que se inserta;
 - b) *cultural*: con el propósito de desarrollar y mejorar su capacidad de reflexionar y de adquirir conocimientos, como un medio de transformación de sus esquemas mentales y de conductas en beneficio de su bienestar personal y de su convivencia familiar y social;
 - c) *socio-recreativo*: para permitirle desarrollar sus inquietudes artísticas, lúdicas y deportivas;
 - d) *cívico-social*: para que el adulto mayor asuma plenamente un rol activo en el proceso democrático que vive el país.
- Implementar programas de intercambio de conocimientos con el fin que los adultos mayores puedan transmitir su experiencia.
- En el contexto de las actividades extraescolares, llevar a cabo acciones de acercamiento intergeneracional, que consideren aspectos culturales, recreativos y sociales.
- Introducir en el currículo de la enseñanza formal aspectos relativos al envejecimiento y la vejez, adecuando para ello textos y material didáctico.

C. Vivienda y medio ambiente

- Contemplar en los programas de construcción de nuevas viviendas su ampliación y adaptación, con el propósito de facilitar la vida de los adultos mayores dentro del grupo familiar ampliado.

- Realizar un estudio urbanístico de los espacios públicos y su utilización por el adulto mayor (plazas, parques, espacios recreativos, edificios públicos), con la perspectiva de adecuar lo existente y elaborar una normativa a este respecto.
- Ofrecer a las personas de edad posibilidades de recreación gratuita en los espacios públicos.
- Implementar medidas para facilitar el desplazamiento de los adultos mayores y protegerlos de los riesgos de circulación.
- Implementar un programa que permita a los adultos mayores pobres que habitan viviendas deterioradas o inadecuadas a su condición, optar a un crédito o subsidio destinado a la recuperación de la infraestructura y/o equipamiento de su vivienda.
- Otorgar créditos a bajas tasas de interés (o subsidios) para el mejoramiento físico de aquellos hogares y residencias de ancianos que no cumplan con los requisitos mínimos de seguridad, higiene y comodidad para sus usuarios.

D. Trabajo, previsión y seguridad social

- Mantener el poder adquisitivo de las pensiones, reajustándolas por lo menos anualmente de acuerdo al total de la inflación acumulada. El Ejecutivo enviará un proyecto de ley al Congreso.
- Realizar un estudio exhaustivo del sistema previsional privado, determinando las condiciones de buen funcionamiento y éxito del sistema en el largo plazo.
- Evitar la discriminación laboral debida a la edad, permitiendo a los adultos mayores su permanencia o reinserción en la fuerza de trabajo cuando así lo deseen.
- Incentivar la participación de los adultos mayores en microempresas y cooperativas organizadas, como forma de combatir su empobrecimiento y canalizar sus habilidades y conocimientos.
- Incentivar una capacitación laboral permanente, con el fin de evitar la

desactualización de los trabajadores en su oficio.

- Estudiar una forma de traspaso del antiguo al nuevo sistema de pensiones a través de un mecanismo de entrega de bonos de reconocimiento, viable desde el punto de vista financiero del Estado, y que tome en cuenta los intereses de los beneficiarios.
- Crear un grupo de estudio de los problemas previsionales de la mujer y de los trabajadores informales. La legislación vigente desincentiva la cotización de la dueña de casa como independiente, al obligarla a cotizar adicionalmente un 7% para salud. Esto representa un costo adicional, además de significar la pérdida de su condición de "carga" del programa de salud del cónyuge, que en general cuenta con un mayor ingreso y, por lo tanto, mayor cotización y mejor plan de salud.
- Incluir al cónyuge varón como beneficiario de pensión, sin efectuar pago adicional por el seguro de invalidez y sobrevivencia. El objetivo de esta proposición apunta a hacer equivalente en sus resultados el esfuerzo de ahorro de la mujer trabajadora al del hombre trabajador, ya que actualmente la invalidez o muerte de la primera no entrega derecho de pensión a su cónyuge sobreviviente, salvo si éste es inválido.

E. Uso del tiempo libre (deporte, recreación, cultura y turismo)

- Crear canales accesibles -que formen parte de una red de servicios integrados- para incorporar a las personas de edad a la mayor variedad posible de actividades deportivas y recreativas, en especial aquellas que tengan contacto directo con la naturaleza.
- Poner en marcha programas regionales que comprendan actividades recreativas de integración (lúdicas, artísticas y físicas) para el adulto mayor, de acuerdo a su capacidad y condición.
- Incentivar la participación efectiva de los adultos mayores en los organismos de base del deporte y la recreación (clubes y Consejos locales de deportes), a través de programas y actividades especialmente destinados a ellos o de su integración a otros destinados a la familia.

- Incluir elementos deportivos y recreativos en las organizaciones de adultos mayores.
- Hacer uso de elementos existentes en la comunidad, de fácil acceso para los adultos mayores, como escuelas y plazas, para llevar a cabo programas masivos de bajo costo operativo.
- Implementar talleres de turismo para el adulto mayor, para transformarlo en agente efectivo a nivel comunitario.
- Establecer contactos con organismos vinculados a este grupo etareo (Casas de Todos, municipios), buscando motivar y orientar respecto de las alternativas turísticas a su alcance y de la incidencia de éstas en aspectos tales como la integración social, mejor uso del tiempo libre, ampliación de conocimientos, etc.
- Coordinar los esfuerzos que se están realizando en este campo en municipios, el Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR), la Dirección General de Deportes y Recreación (DIGEDER), organizaciones no gubernamentales, Casas de Todos y otros, para optimizar no sólo recursos, sino también resultados concretos.
- Estimular y apoyar programas destinados a lograr un mayor y más fácil acceso físico a instituciones culturales, tales como museos, teatros, salas de conciertos, rebajando el costo de las entradas para las personas de edad, presentando espectáculos en los barrios y acordando convenios con organizaciones de adultos mayores.

F. Participación y organización social

- Apoyar la creación de organizaciones de adultos mayores a nivel comunitario, con el respaldo del gobierno, el municipio, organizaciones no gubernamentales y organizaciones sociales de base.
- Impulsar a las organizaciones sociales que funcionan a nivel local, para que constituyan grupos de adultos mayores relacionados entre sí en el contexto de una "red gerontológica", que potencie las acciones de distintos organismos e

instituciones en una especie de estructura horizontal, que sirva para intercambiar información, crear y compartir conocimientos y experiencias. El municipio deberá jugar un papel de ente integrador y articulador de esa red.

- Diseñar y ejecutar programas de participación social en temas básicos como la salud. El énfasis debe estar en la satisfacción de las necesidades de información y formación en relación a los problemas más frecuentes en salud de las personas de edad y sus familiares, tales como la funcionalidad, nutrición y salud mental; formar grupos de autoayuda y autocuidado que busquen soluciones solidarias a problemas de salud y medio ambiente.

- Incluir en los diversos programas comunitarios a los adultos mayores como agentes activos. Por ejemplo, como monitores en capacitación laboral de jóvenes, como animadores de niños en jardines infantiles, como transmisores de experiencias en programas destinados a la mujer adolescente, en programas de orientación legal, familiar y de salud y en programas de cuidado del medio ambiente.

- El municipio deberá ejercer un papel articulador y coordinador de las instituciones y organizaciones que entregan servicios en el nivel local, con el fin de ponerlas al alcance de la población adulta mayor. Para ello se deberán implementar programas que promuevan una interacción participativa entre los servicios comunales y los usuarios, con lógica de colaboración y no solamente asistencialista.

IV. INSTITUCIONALIDAD

Conscientes de la creciente importancia del fenómeno del envejecimiento y sus consecuencias, importantes sectores del país -incluyendo organizaciones de los propios adultos mayores- han coincidido en dos aspectos fundamentales: que el tratamiento del tema debe estar orientado al desarrollo en términos de la integración al mismo de las personas mayores y que se requiere de una institucionalidad específica para implementar las acciones necesarias para que esa integración se haga realidad.

En cuanto a la institucionalidad, no cabe duda que la situación ideal es el

tratamiento de la temática del envejecimiento dentro del marco más amplio de una planificación social global, que rompa con el tradicional esquema meramente sectorial, con todas sus inercias e ineficiencias, avanzando en una perspectiva más acorde con la realidad que vive el país, lo que implica incorporar desde un comienzo la dimensión de una planificación horizontal, vale decir, planes, programas y proyectos sectoriales cruzados por lo menos, por edad y sexo, así como también un claro referente espacial, considerando los niveles nacional, regional y municipal.

De todas maneras, cualquiera sea el esquema institucional que se defina, dicha instancia debería cumplir las siguientes *funciones*:

- a) Investigar, estudiar y diagnosticar los problemas derivados del envejecimiento del país. Esta actividad no se limita a conocer los problemas más generales de dicho proceso, sino que debiera profundizar en aspectos específicos del mismo, sus determinantes y consecuencias sociales, económicas, culturales, psicosociales y demográficas.
- b) Coordinar y articular la ejecución de las acciones de políticas intersectoriales que involucren a los ministerios sociales, a los municipios y a las diversas entidades no gubernamentales y privadas.
- c) Ayudar en el diseño y puesta en marcha de programas y proyectos para implementar la política nacional elaborada por MIDEPLAN en el actual gobierno.
- d) Canalizar la cooperación internacional en la esfera del envejecimiento, ya sea proveniente de asistencia técnica o financiera.
- e) Generar programas de acción con la comunidad que orienten y sirvan a los adultos mayores para resolver sus problemas más inmediatos.
- f) Financiar y apoyar iniciativas de tipo asistencial, dirigidas a los adultos mayores más frágiles, en estrecha colaboración con instituciones privadas de larga experiencia en este campo (Corporación Nacional de Protección a la Ancianidad, CARITAS y Hogar de Cristo).