

NACIONES UNIDAS

**Comisión Económica para América Latina y el Caribe
Centro Latinoamericano de Demografía**

**POLITICAS DE ATENCION INTEGRAL
A LA TERCERA EDAD EN AMERICA LATINA**

**Santiago de Chile
Abril de 1995**

Distr.
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.231
Serie A, N° 301
24 de mayo de 1995

ORIGINAL: ESPAÑOL

CELADE
Centro Latinoamericano de Demografía

**POLITICAS DE ATENCION INTEGRAL
A LA TERCERA EDAD EN AMERICA LATINA**

La preparación de este documento contó con el apoyo del Programa de Cooperación e Intercambio suscrito por el CELADE y la Agencia Canadiense para el Desarrollo (ACDI) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

INDICE

	Página
PRESENTACION	1
Primera parte	
PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LA TERCERA EDAD Y EFECTOS DE LA CRISIS EN LA REGION	
I. <i>ASPECTOS DEMOGRAFICOS Y SOCIOECONOMICOS DE LA TERCERA EDAD EN AMERICA LATINA</i>	7
INTRODUCCION	8
A. ENVEJECIMIENTO	9
1. El tema del envejecimiento en la agenda de las Naciones Unidas	9
2. Conceptos y consideraciones generales	10
3. Tendencias del envejecimiento	12
3.1 Mundiales	12
3.2 Regionales	13
3.3 Según nivel de desarrollo	13
B. TRANSICION DEMOGRAFICA	13
1. Factores que intervienen	13
2. Etapas de la transición demográfica	14
3. La transición demográfica y el desarrollo de los contextos nacionales	15
4. Variables demográficas y transición demográfica en América Latina	16
4.1 Tendencias de la mortalidad	16
4.2 Tendencias de la fecundidad	17
4.3 Efectos de las tendencias de la mortalidad y la fecundidad sobre el crecimiento de la población	18
4.4 La transición demográfica en América Latina	18
C. ENVEJECIMIENTO EN AMERICA LATINA	20
1. Envejecimiento y transición demográfica según tipología del CELADE (año 1990)	20
2. Tendencias del envejecimiento de la población en la región	21
3. Volumen de la población en la tercera edad	21
4. Grupos de países según envejecimiento al año 2025	24
5. Algunas consecuencias	25
D. ENVEJECIMIENTO Y GERONTOLOGIA SOCIAL	26
1. La heterogeneidad	26
2. El desarrollo	27
3. Aspectos humanos y necesidades	28
4. La familia	28
5. Algunas recomendaciones	29

II.	<i>CRISIS, SOCIEDAD Y TERCERA EDAD</i>	30
	INTRODUCCION	31
A.	LOS EFECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES DE LA CRISIS SOBRE LA TERCERA EDAD	32
B.	CRISIS, AJUSTE Y MODELO DE DESARROLLO	36
C.	LOS CAMBIOS SOCIOCULTURALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LA TERCERA EDAD	39
D.	HACIA LA REINCORPORACION PLENA DEL ADULTO MAYOR A LA SOCIEDAD	40

Segunda parte

**ASPECTOS RELACIONADOS CON EL BIENESTAR
Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO**

III.	<i>EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO</i>	45
	INTRODUCCION	46
A.	ENVEJECIMIENTO	46
	1. Cronológico	46
	2. Biológico	46
	3. Psíquico	46
	4. Social	47
	5. Fenomenológico	47
	6. Funcional	47
B.	ETAPAS EPIGENETICAS DEL DESARROLLO	47
C.	TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO	48
D.	CAUSALIDAD DEL PROCESO	49
E.	RESULTANTES DEL PROCESO SEGUN FACTORES INVOLUCRADOS	52
F.	FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA	52
IV.	<i>EVALUACION DE LA CALIDAD DE HOGARES DE ANCIANOS. "EL CASO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE". SANTIAGO, CHILE</i>	55
A.	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	56
B.	METODOLOGIA	56
C.	PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	57
	1. Evaluación de la dependencia de los residentes en hogares de ancianos	57
	1.1 Descripción del instrumento	58
	1.2 Areas que evalúa el instrumento	58
	1.3 Características de la población residente en 123 hogares del SSMO	58
	1.4 Evaluación de la dependencia	60
	1.5 Evaluación general de la dependencia	62
D.	EVALUACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS (Hogares de ancianos)	62
	1. Características de los establecimientos	63
	2. Evaluación global	65
E.	ACTITUDES HACIA LA VEJEZ	67
F.	CONCLUSIONES	67
G.	COMPROMISOS QUE SURGEN DE LA PRESENTE INVESTIGACION	68

Tercera parte

POLITICAS. FORMULACION DE POLITICAS DE SALUD INTEGRAL

V.	<i>POLITICAS GUBERNAMENTALES SOBRE ENVEJECIMIENTO: EL CASO DE CHILE</i>	71
A.	DIAGNOSTICO	72
1.	Situación demográfica y socioeconómica	72
2.	Acciones del gobierno democrático	75
B.	OBJETIVOS DE POLITICA	77
C.	RECOMENDACIONES DE POLITICA	
1.	Salud	80
2.	Educación	81
3.	Vivienda y medio ambiente	82
4.	Trabajo, previsión y seguridad social	83
5.	Uso del tiempo libre (deporte, recreación, cultura y turismo)	83
6.	Participación y organización social	84
D.	INSTITUCIONALIDAD	85
VI.	<i>FORMULACION DE POLITICAS DE SALUD INTEGRAL DE LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE</i>	87
	INTRODUCCION	89
A.	LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE	90
1.	La situación demográfica	90
2.	Los sistemas de salud y protección social existentes	95
3.	Algunas observaciones sobre la protección social actual de los ancianos	101
B.	FACTORES DE CAMBIO EN LOS PAISES Y SUS IMPLICACIONES PARA LA FORMULACION DE POLITICAS DE SALUD INTEGRAL DE LOS ANCIANOS	103
1.	En el contexto político y económico	103
2.	En el panorama institucional y tecnológico de los sistemas de salud pública y seguridad social	104
3.	Posibles escenarios en el inmediato futuro en los sistemas de salud	106
3.1	Factores y problemas comunes	106
3.2	Posibles alternativas de desarrollo en los sistemas de salud	107
C.	FORMULACION Y CONTENIDO DE POLITICAS DE SALUD INTEGRAL DE LOS ANCIANOS	110
1.	El proceso político	110
2.	El marco conceptual	112
3.	Los componentes estratégicos	113
4.	Los programas y servicios específicos para la atención de los ancianos	118
D.	OPCIONES DE POLITICAS Y AGENDA PARA LA DECADA DE LOS AÑOS NOVENTA	119

Cuarta parte

PRONUNCIAMIENTO DE CONSENSO

VII.	<i>PRONUNCIAMIENTO DE CONSENSO SOBRE POLITICAS DE ATENCION A LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA</i>	127
------	---	-----

PRESENTACION

El creciente envejecimiento de la población en el mundo —unido a los desafíos económicos, políticos y sociales que plantea— ha concitado la atención de los países y preocupado a diversos organismos internacionales e instituciones del sector público y privado. La Organización Panamericana de la Salud aprobó la primera resolución sobre el tema en 1979. En 1982, la Organización de las Naciones Unidas celebró la Asamblea Mundial del Envejecimiento, durante la cual se aprobó un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. En octubre de 1992, la Asamblea General de las Naciones Unidas conmemoró el décimo aniversario de la aprobación de dicho Plan reiterando el interés y preocupación por su cumplimiento; aprobó, asimismo, una serie de objetivos mundiales para el año 2001. El año 1999 fue designado como Año Internacional de las Personas Mayores.

La preocupación de la CEPAL por el tema de equidad, incluido en la propuesta que este organismo presentó a los países de la región —la *Transformación Productiva con Equidad*— también concierne a la tercera edad como una de las múltiples dimensiones que contempla esta condición: la equidad entre estratos etarios.

Los documentos presentados en este libro, que pretende llamar la atención acerca de la realidad latinoamericana del envejecimiento, reflejan la complejidad del fenómeno. Este deviene complejo por las implicaciones biológicas, demográficas, sociales, políticas, legales, económicas, psicológicas, y éticas que conlleva y, aun cuando existe un vasto número de teorías y modelos, no existe una que explique en forma global el fenómeno en toda su diversidad y amplitud.

El concepto de envejecimiento se ha expresado a través de distintos enfoques, pero básicamente se hace distinción entre el individual —asociado a la edad cronológica— y el de la población, caracterizado por el aumento del peso relativo de las personas mayores respecto de los grupos más jóvenes o del total de la población, ambos afectados por variables demográficas. El envejecimiento individual depende de la mortalidad. El avance de la ciencia médica, y sus logros en la disminución de la mortalidad, permiten vivir más años a las personas de edades avanzadas y que cada vez sea mayor el número de personas que llegan a esas edades. El de la población depende, además, de la fecundidad.

Este proceso —que empezó antes en los países industrializados, asociado con el alto nivel de desarrollo— se concentra ahora, y se prevé que también en el futuro, en los países en desarrollo. Sin embargo, sus características en ambos contextos no son comparables, de modo que no existen precedentes que permitan proyectar su desarrollo en nuestros países.

En América Latina el notable incremento experimentado por la población de tercera edad, tanto en valores absolutos como relativos, ha provocado justificada preocupación por sus implicaciones presentes y futuras. El envejecimiento se inserta en contextos de gran heterogeneidad, con un marcado componente de pobreza, y por situaciones económicas, sociales y políticas cambiantes. Los países de la región se encuentran en diferentes momentos de su transición demográfica y, a pesar de que la mayoría ha mostrado evidencias de envejecimiento, el proceso presenta diferentes grados de desarrollo.

Diversos estudios realizados en la región señalan que la inserción del anciano en la familia y en la sociedad se ve afectada por el cambio que experimentan valores sociales y prioridades como resultado de las variaciones sociales que se han dado, entre otros: concentración urbana, transformaciones en la fuerza de trabajo y la nueva definición de roles dentro de las familias. En efecto, la modificación del sistema de valores implícitos de la sociedad tales como la valoración y la solidaridad social, influye en forma negativa en la calidad de vida y bienestar social de la tercera edad. Estos cambios sociales —que tienen precedentes en los países desarrollados, donde se dieron como respuesta a la industrialización— adquieren aquí, en la región, un perfil particular, asociado a contextos que se caracterizan por una gran heterogeneidad y pobreza. Así, aun cuando estudios realizados en relación a las familias apuntan a que, como consecuencia de la urbanización, los países tenderán, dentro sus situaciones heterogéneas, hacia el patrón de familia nuclear, esta tendencia se ve limitada en la región, donde una de las estrategias planteadas para enfrentar la pobreza comprende la prevalencia de familias de tipo extendido; por otro lado, la incorporación de las mujeres al mercado laboral no constituye, necesariamente, un avance en materia de equidad ni una respuesta al desarrollo. Más bien, sobre todo en el caso de las mujeres de estratos socioeconómicos bajos, responde a su situación de pobreza.

Los efectos de la crisis económica experimentada por la región en la década de los ochenta y de los subsiguientes procesos de ajuste en las economías nacionales se citan en varios documentos como tema de preocupación. Estos efectos fueron especialmente negativos para los ancianos al incidir en los recursos para la salud, la seguridad social y los aportes previsionales. Por otro lado, el costo de la crisis, absorbido casi en su totalidad por los trabajadores de los sectores medios y bajos, aumentó la pobreza de las familias, incluso de aquellas ya pobres, disminuyendo su capacidad de apoyar a

la tercera edad. En esta institución, que tradicionalmente se hacía cargo de los ancianos, el envejecimiento no constituye un problema particular y estos encuentran satisfacción a todas sus necesidades, incluso más allá de las socioeconómicas, es decir, aquellas de índole afectivo y valórico. De aquí la importancia del rol de la familia y la necesidad de establecer políticas para la tercera edad con un enfoque integrado. Como respuesta a las dificultades para el cuidado del anciano surge la institucionalización, opción extrema que no reemplaza el apoyo físico, emocional y psicológico que da la familia, y a la cual se recurre, muchas veces en forma innecesaria, por circunstancias sociales más que de salud.

En la salud y en las enfermedades de los ancianos, además de un importante componente genético, influyen: los cambios orgánicos y psicológicos experimentados con el envejecimiento, los hábitos de vida y otros factores asociados a condiciones socioambientales en que viven, así como la capacidad de ajuste personal a los cambios que acompañan al proceso. La importancia de los hábitos de vida en los procesos degenerativos requiere que las actividades de prevención se inicien mucho antes de llegar a la tercera edad y alcancen, en la medida de lo posible, a toda la población. Es difícil hacer una distinción entre las enfermedades y el proceso de envejecimiento propiamente tal. En un intento por lograrlo, uno de los documentos de este libro define un tipo de envejecimiento *ideal o exitoso*, en el cual los individuos sólo experimentarían los cambios del proceso intrínseco sin influencia del efecto de las enfermedades y estilos de vida; lo diferencia del envejecimiento usual, que agrega al proceso anterior el efecto combinado de los factores mencionados y del patológico, asociado a la fragilidad y vulnerabilidad del individuo.

La OPS, partiendo de los requerimientos de políticas y protección social y de salud, así como de utilización de los servicios, distingue —entre los ancianos necesitados—, a aquellos que son dependientes (los con algún impedimento) y a los enfermos o descompensados. Mientras el aumento en número absoluto de personas en tercera edad implica una mayor demanda de servicios médicos y de asistencia social, las características particulares del proceso significan diferencias en los programas de protección social y en la atención de los ancianos, haciendo cada vez más necesarios los servicios específicos de rehabilitación e integración y readaptación que les permitan seguir incorporados a una vida activa.

La creciente inequidad en materia de salud que afecta a los países de la región, producto de la restricción de recursos para los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social —que no logran incorporar en sus programas a los más necesitados— afecta la calidad de vida de la tercera edad, calidad relacionada, entre otros factores, con la salud física y psíquica. Por otro lado, prácticamente no existen programas de seguridad social. Los esquemas actuales se caracterizan por su baja cobertura, su concentración en áreas urbanas, con programas de pensiones y atención de salud restringidos y con pensiones sólo para jubilación y no para vejez. Ello determina que una altísima proporción de ancianos quede fuera de los programas, especialmente los más necesitados, los que pertenecen al área informal y los residentes en áreas rurales.

Dentro del grupo de tercera edad existe, a su vez, una situación de inequidad que plantea la existencia de grupos más vulnerables y de mayor riesgo: los ancianos de más edad; los que pertenecen al sector informal y que carecen de toda protección social; los ancianos en las áreas rurales y, muy particularmente, un subgrupo que constituye uno de los grupos más empobrecidos y vulnerables, las mujeres de la tercera edad. Algunas características demográficas del grupo indican que el crecimiento de la población es mayor entre los subgrupos de mayor edad; que existe un incremento de la proporción femenina respecto de la masculina (incremento que se acentúa con la edad) y que los ancianos tienden a concentrarse en áreas urbanas, donde generalmente constituyen un grupo marginal.

Las consideraciones anteriores dan una idea de la precarias condiciones en que se desarrolla el envejecimiento en la región. Como se indicó antes, este es un proceso relativamente nuevo y si bien han existido unos pocos países tradicionalmente envejecidos, desde el punto de vista del volumen que alcanzará la tercera edad en países muy poblados y del número de países que incluirá, sobre todo después del año 2000, no tiene precedentes en la región. Existen, entonces, muchas interrogantes acerca de cómo se presentará el fenómeno en el futuro y de cuáles serán las estrategias más adecuadas para enfrentarlo. Entre esas interrogantes, una: ¿cómo enfrentar las consecuencias del envejecimiento acelerado que se producirá como resultado de las medidas que tienden a una rápida disminución de la fecundidad? Desde ya, esto plantea la disminución de mano de obra potencial y la necesidad de satisfacer nuevos tipos de demandas. Estas necesidades se relacionan con una demanda mayor, pero también con una mayor especificidad de los servicios. Las decisiones políticas para la solución de los problemas de salud y de bienestar referidas a la tercera edad deberán tomar en cuenta esa especificidad y considerar estas decisiones en el marco de las políticas del contexto global nacional, con un enfoque que integre a la familia.

Sin duda quedan muchos aspectos del envejecimiento por investigar y preguntas por responder. Es de esperar se aborden en futuras investigaciones, aunque la respuesta más importante deberá venir desde los gobiernos, que han mostrado escasa voluntad política para tratar los temas relacionados con la tercera edad y asignado baja prioridad a la

protección social de los ancianos. Hasta ahora se ha logrado crear conciencia sobre la difícil situación por la que atraviesa la población anciana y acerca de los efectos del proceso en la sociedad. Sin embargo, no se ha logrado que la preocupación manifestada por los gobiernos en estos problemas se traduzca en acciones concretas en favor de este grupo de la población.

Considerando la importancia de la tercera edad y el interés por tener un conocimiento más acabado de la forma como se maneja el tema y la atención a los ancianos en los países de América Latina y del Caribe, el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), instituciones ambas interesadas en el tema de la tercera edad organizaron, con el auspicio del Centro Internacional del Envejecimiento (CIE), el taller sobre "Políticas de Atención a los Ancianos". Las reuniones se llevaron a cabo en la Sede de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), entre el 2 y 6 de noviembre de 1992. El esfuerzo conjunto de las tres instituciones mencionadas, así como el aporte de la experiencia y conocimientos de los autores de los trabajos y de los participantes al seminario, permitieron una exitosa consecución del taller.

La dinámica de trabajo consideró la formación de grupos que, centrados en las ponencias, exposiciones y debates, elaboraban cada día un conjunto de conclusiones y recomendaciones. El resumen final de estas conclusiones y recomendaciones se reflejó en acuerdos cuyo resultado sustantivo fue un pronunciamiento de consenso.

Además del patrocinio y apoyo de las instituciones mencionadas se contó con la colaboración del director ejecutivo del CIE, señor Antonio Fernández y del representante de la OPS (Washington), doctor Elías Anzola Pérez. La activa y eficiente participación de todos los profesionales, junto a los del Área de Población y Desarrollo del CELADE permitió estructurar y desarrollar el taller.

Este libro, dirigido a personas interesadas en aspectos conceptuales y políticos del proceso de envejecimiento, contiene trabajos presentados al taller, que han sido ordenados según áreas temáticas. En primer lugar, dos documentos sirven de marco de referencia al tema, con un examen de la situación actual y de las tendencias futuras de la tercera edad a través de un análisis del perfil sociodemográfico de la tercera edad en América Latina y el Caribe y de los efectos negativos experimentados a partir de la crisis económica del decenio de 1980.

En segundo lugar se presentan dos trabajos dedicados al examen de aspectos específicos del bienestar y calidad de vida de la tercera edad a través de la revisión de factores esenciales en la naturaleza del proceso y del conocimiento de la actualidad gerontológica, donde los cuidados geriátricos se enfocan cada vez más a la evaluación global, a prevenir discapacidades y proteger la independencia. La preocupación por el bienestar y la calidad de vida de los ancianos residentes en hogares llevó a buscar mecanismos para evaluar los recursos materiales y humanos de estos establecimientos.

Por último, dos documentos tratan el tema de políticas. Uno de ellos ejemplifica los avances en políticas de tercera edad en un país. En el otro se revisan las concepciones de política social de los países y de América Latina y el Caribe a través de un amplio examen de la situación actual de los esquemas de seguridad social, en especial de aquellos referidos a programas de pensiones y de atención en salud; el énfasis del documento se pone en el tema de la formulación de políticas de salud integral de los ancianos.

Se incluye el Pronunciamiento de Consenso logrado entre los participantes al taller.

Los trabajos aquí publicados estuvieron a cargo de los señores(as): Omar Argüello (Centro Latinoamericano de Demografía. CELADE); Iris Corbalán (CELADE); Fernando Toro (Ministerio de Planificación, Chile); María Cristina Escobar (Ministerio de Salud, Chile); Luis Gutiérrez Robledo (Instituto Nacional de Nutrición. Servicio de Geriatría. México) y de un grupo de consultores: Ms. Maricel Manfredi (OPS) y los doctores: Alicia Amate (OPS); Elías Anzola Pérez (OPS); Jorge Castellanos (OPS); Alvaro Durao (OPS); Oscar Fallas (OPS); Clement Bezold (Institute for Alternative Futures, Virginia); Farley Braithwaite (University of the West Indies. Barbados Campus, Barbados); Celia Cintrón (Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez. San Juan, Puerto Rico); Judith Freidenberg (The Mount Sinai Medical Center. New York); Robert Grosse (University of Michigan. School of Public Health. Ann Arbor, Michigan); Jorge Litvak (Universidad de Chile. International University Exchange, Inc., Washington, D.C.); Víctor Marshall (Center for the Studies of Aging. University of Toronto. Toronto, Canada); Arnold Meltsner (University of California. Berkeley, California); Elizabeth Mullen (International Activities American Association of Retired Persons. Washington, D.C.); Cristina Nocetti (Unidad de Planificación. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay); Luis Guillermo Suárez (Universidad Nacional Francisco de Miranda. Unidad Gerontológica de Coro. Estado Falcón. Venezuela); Josh Wiener (Academia Nacional del Seguro Social. Economic Studies Program. Brookings Institution. Washington, D.C.).

Primera parte

**PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LA
TERCERA EDAD Y EFECTOS DE LA CRISIS
ECONOMICA EN LA REGION**

I. ASPECTOS DEMOGRAFICOS Y SOCIOECONOMICOS DE LA TERCERA EDAD EN AMERICA LATINA

Iris Corbalán
Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)

Resumen

Además de los aspectos conceptuales del tema, el documento examina el envejecimiento desde el punto de vista de la población y del individual. No se sabe la edad exacta en que empieza el proceso individual, en el cual, junto al número de años vividos, influyen las enfermedades, los aspectos genéticos y los hábitos de vida del individuo, entre otros. El análisis del envejecimiento de la población, tema que preocupa a los países y a diversas instituciones, se concentra en países en desarrollo, donde el proceso presenta características propias y diferencias marcadas respecto de la forma en que dio en los países en desarrollo.

En América Latina, región caracterizada por una gran heterogeneidad y cuyos países presentan continuos cambios políticos, económicos y sociales, el proceso se ve especialmente afectado por la pobreza, derivada en parte de la crisis que afectó a la región en la década de 1980. Al examinar la relación entre el avance de la transición demográfica y el grado de envejecimiento experimentado por los países, queda de manifiesto el impacto de las variables demográficas en el envejecimiento poblacional. Importantes descensos de estas variables —producidas en las últimas décadas— aceleran el proceso, que alcanzará su más alta expresión a partir del año 2000. Se destaca el impacto del envejecimiento en la población de estos países, no sólo desde el punto de vista de las cifras relativas, sino también absolutas.

El tema del envejecimiento individual se desarrolla haciendo especial referencia a los aspectos socioeconómicos del proceso así como a su impacto sobre la sociedad y sobre el actor del proceso. La vinculación del envejecimiento con el desarrollo permite señalar puntos positivos y adversos de la interacción. Se destacan los aspectos humanos del envejecimiento; la situación de inequidad al interior del grupo de tercera edad que determina grupos de mayor riesgo y donde es llamativa la desmedrada situación de la mujer; se llama la atención acerca del rol que le cabe a la sociedad, a la familia y al anciano mismo en las acciones destinadas a mejorar las condiciones de la tercera edad.

INTRODUCCION

El envejecimiento de la población y el de los individuos plantea un gran desafío en los países y regiones donde se presenta por las implicaciones sociales y económicas que trae consigo. Esto es válido tanto para la población en su conjunto como para los individuos. Instituciones de los sectores público y privado y de organizaciones internacionales se han venido preocupando de este tema, en particular por la necesidad de establecer programas y de diseñar políticas de acción tendientes a mejorar la situación de este conjunto de la población. Las personas de la tercera edad fueron las más afectadas por la crisis económica experimentada por la región y han quedado marginadas de los beneficios.

De acuerdo a los datos y proyecciones existentes, el mayor porcentaje y volumen de personas mayores de 60 años en el futuro se concentrará en las regiones en desarrollo, donde existen países que aún no han completado su transición demográfica. Aquí, el desafío se agudizará en forma particular ya que a la incapacidad de atender las demandas normales de la población se agregarán las nuevas demandas que genera el envejecimiento. Este proceso, que todavía no termina en los países desarrollados y que en algunos países en desarrollo aún no comienza, ha permitido expresar que "el siglo XXI será el siglo del envejecimiento" (Sauvy).¹

La CEPAL, buscando superar la crisis de la década pasada y lograr, en la actual, el desarrollo económico y social en la región, presentó a los gobiernos de los países la propuesta conocida como Transformación Productiva con Equidad, que basa su estrategia en la competitividad internacional a través de la introducción de tecnología moderna. Otro tema de gran interés de la propuesta es el de la variable equidad, básica para el desarrollo de la región. Incluye a todos los actores sociales del sistema productivo en el esfuerzo por aumentar la productividad y en recibir sus beneficios; comprende la equidad entre estratos sociales, géneros y grupos etarios, entre otros.

Dado que todos los aspectos que se refieren a la inserción social del anciano están relacionados con la equidad y que la tercera edad constituye un grupo vulnerable y discriminado, resultan de especial interés las consecuencias que se derivan de la propuesta, en especial en lo que se refiere a la equidad.

El estudio de la composición por edad de la población y de la dinámica de los grupos que la conforman, entre los que se encuentra la tercera edad, forma parte del interés y de las tareas habituales del CELADE. Por otro lado, el CELADE —como organismo de la CEPAL— hace suyo el contenido de la propuesta y desea cooperar en la identificación y tratamiento de los grupos de la población donde existe evidente inequidad. Todo lo antes mencionado justifica su interés por las actividades que se relacionan con el estudio de la tercera edad.

En relación a este tema, el CELADE ha preparado estudios, publicaciones e informes que estudian las condiciones de vida de los ancianos. Algunos estudios se refieren a países específicos y han sido preparados a solicitud de éstos. Otros están referidos a todos los países de la región.

Se ha privilegiado el estudio de algunos aspectos, tales como la atención recibida por parte de los ancianos —para cuyo efecto el CELADE realizó un seminario junto con la Organización

¹ J. C. Chesnais (1992), *The Demographic Transition. Stages, Patterns and Economic Implications*, Nueva York, Oxford University Press.

Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Interamericano de Envejecimiento (CIE)—, y las formas de organización y de participación de las personas de la tercera edad, para lo cual el CELADE llevó a cabo una encuesta y un estudio junto a la contraparte nacional de un país.

También se han hecho análisis de encuestas para estudiar el bienestar y la inserción social de la población en la tercera edad (así como la identificación de sus necesidades básicas), y se ha dado asistencia técnica a los países en el desarrollo de programas dirigidos a conocer la situación de los ancianos y a identificar sus necesidades básicas y prioridades. El CELADE también ha participado y colaborado en seminarios donde se trataron diversos aspectos relacionados con el tema.

Este documento pretende presentar conceptos generales del envejecimiento, destacando aspectos sociales del envejecimiento individual para la mejor comprensión del proceso y de la situación de los individuos directamente involucrados. Pero el propósito fundamental del estudio es hacer consideraciones sobre la estructura demográfica que sirvan de instrumentos analíticos para el diseño y gestión de políticas al servicio del tratamiento equitativo de la población de tercera edad. Para ello se analiza el avance de la transición demográfica en los países y el nivel de envejecimiento de la población en base a los factores que lo explican. También se examinan las tendencias pasadas y futuras de estos factores; es a través del examen de estas últimas que accedemos a la información de las tendencias futuras del envejecimiento, lo que permite destacar la importancia del envejecimiento poblacional, no sólo desde el punto de vista de su proporción, sino también del volumen que alcanza en países de la región, incluso de los con estructuras menos envejecidas.

Este estudio fue presentado a un seminario sobre atención a los ancianos en la tercera edad, donde sirvió de apoyo a las discusiones y conclusiones. La información utilizada está básicamente referida a los países de la región y se obtuvo a partir de las proyecciones realizadas por el CELADE, en su variante media, publicadas en el *Boletín demográfico* número 51, año 1993.

A. ENVEJECIMIENTO

1. El tema del envejecimiento en la agenda de las Naciones Unidas

Diversas organizaciones nacionales e internacionales se preocupan, desde hace tiempo, del envejecimiento de la población. El tema fue tratado indirectamente en varias oportunidades por la Asamblea General de las Naciones Unidas y por sus órganos interesados en aspectos sociales, los cuales le dieron cabida a partir de sus especificidades. Cabe citar a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

La primera resolución adoptada en relación al tema se refirió a la atención de salud de los ancianos y fue aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud en 1979. La resolución adoptó una posición de política basada en un enfoque preventivo de salud, buscando alternativas a la atención institucional. En 1980, la 27ª Reunión del Consejo Directivo de la OPS aprobó una resolución que insta a los gobiernos a estudiar los problemas de salud de las personas de edad y a crear programas gerontológicos específicos. El tema del Día Mundial de la Salud en 1982 fue "remozar la vejez".²

² Naciones Unidas (1984), *Documentos Principales de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Reeditados por: Centre International de Gerontologie Sociale.

En 1977 el Consejo Económico y Social y la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobaron una resolución invitando a los Estados a pronunciarse respecto de la conveniencia de organizar una Asamblea Mundial sobre las personas de edad. Al año siguiente, la Asamblea General aprobó la resolución 33/52 que convocaba, para 1982, a una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, destinada a "garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyan al desarrollo de sus países". Posteriormente, la Asamblea realizada en Viena, Austria, entre el 26 de julio y el 6 de agosto de 1982³, adoptó el nombre definitivo de "Asamblea Mundial del Envejecimiento" dadas las "interrelaciones existentes entre las cuestiones relativas al envejecimiento de los individuos y el de las poblaciones".

El Comité principal de la Asamblea Mundial del Envejecimiento, con respaldo de la Asamblea General de las Naciones Unidas, finalizó en 1982 un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, el cual debería ser considerado como parte de las principales estrategias y programas formulados en respuesta a las necesidades y problemas mundiales. Los objetivos del Plan eran, en general, apoyar a los países para enfrentar el envejecimiento de la población y atender a los principales problemas y necesidades de los ancianos; perseguían, también, establecer las medidas que permitieran obtener una respuesta internacional a estos problemas.⁴ A partir de esa asamblea, se han realizado variadas actividades sobre el tema a escala internacional, regional y nacional. Se crearon importantes instituciones y fondos regionales; se designó el día 1 de octubre como Día Internacional de las Personas de Edad y se realizaron campañas mundiales de información sobre envejecimiento. La Asamblea General, en su cuadragésimo séptimo período de sesiones, celebrado en octubre de 1992, dedicó dos días de sesiones plenarias a una Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento con motivo del décimo aniversario de la aprobación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Durante la conferencia se aprobaron tanto el documento "Proclamación sobre el Envejecimiento" como una serie de objetivos mundiales para el año 2001. En esta oportunidad el señor Boutros Boutros-Ghali, Secretario General de las Naciones Unidas, hizo una exposición en la que se refirió a la importancia del envejecimiento en el mundo, destacando la constante preocupación de la Organización por la promoción e implementación del Plan de Acción aprobado en la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena, en 1982. Dio algunas cifras, e hizo notar el aumento sin precedentes del envejecimiento y remarcó la necesidad de aunar esfuerzos frente al desafío que presenta este proceso. Agradeció el esfuerzo colectivo de estados miembros, organizaciones no gubernamentales, de las instituciones de investigación y, en general, de todos quienes apoyan esta labor. La Asamblea designó el año 1999 como el Año Internacional de las Personas Mayores.⁵

2. Conceptos y consideraciones generales

El envejecimiento es un fenómeno que afecta a cada individuo, pero también a los individuos como conjunto. En el primer caso la referencia alude al envejecimiento individual y en el otro al de la población. El envejecimiento individual está asociado al aumento de la edad cronológica, es universal, irreversible, empieza con el nacimiento y termina con la muerte. El de la población es un proceso más

³ United Nations (1985) *The World Aging Situation: Strategies and Policies*, Nueva York.

⁴ Naciones Unidas (1982), *Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Nueva York.

⁵ Naciones Unidas, *Boletín sobre el Envejecimiento*, N°1 y N°2, 1992, N°1 y N°2, 1993, Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Austria.

complejo, definido como el cambio en la estructura por edades de la población y caracterizado por el aumento del peso relativo de los mayores de 60 años, lo que equivale a una inversión de la pirámide de edades. Este proceso es reversible; con el tiempo la población no necesariamente envejece, su composición por edades puede permanecer inalterada e incluso rejuvenecer.

El estudio del envejecimiento plantea una serie de temas aún no resueltos en cuanto a conceptos utilizados, indicadores adecuados para su estudio, y otros. No existe, por ejemplo, uniformidad para nombrar a los individuos involucrados. Se habla de: persona de edad avanzada, anciano, viejo, adulto mayor, senescente y otras expresiones. Más aún, existen diferentes aproximaciones respecto del momento a partir del cual se es viejo, y se usa la edad de 60 años, pero también la de 65; a veces se asimila al hecho de ser abuelo, de llegar a la jubilación o, eventualmente, se asocia a la aparición de enfermedades específicas.⁶

A lo largo de la historia, las personas de diferentes edades han realizado funciones diferentes y por ello suele ser útil delimitar por edad a los grupos que desempeñan papeles específicos. En el caso de la tercera edad, la delimitación del segmento que la constituye se asocia a la edad del retiro de la actividad económica, es decir, se establece un criterio económico. La demarcación cronológica de este proceso, que difiere entre los individuos, se puede tachar de arbitraria y discutible. Sin embargo, por razones prácticas y a pesar de sus limitaciones, se acepta este criterio para determinar la "entrada a la tercera edad". La Asamblea Mundial del Envejecimiento adoptó el criterio de 60 y más años, mientras que en muchos estudios se usan los 65 años como cota inferior. En el presente estudio utilizaremos el primer criterio. De la relación entre el grupo de la tercera edad y otros conjuntos significativos se derivan diversos índices de interés:

- i) la proporción de personas mayores de 60 años respecto de la población total, que permite caracterizar el envejecimiento de una población según la definición basada en la proporción de personas de estas edades (véase cuadro 6);
- ii) la proporción de personas mayores de 60 años respecto del número de adultos (grupo de edad 15 o 20 a 59 años), que indica la hipotética carga económica que deben soportar las personas en edad de participar en la actividad económica; y,
- iii) la proporción de personas mayores de 60 años respecto del número de jóvenes (menores de 15 o de 20 años), indicador de la relación entre potenciales entradas y salidas del mercado de trabajo que es de gran interés para la planificación económica y, en particular, del mercado de trabajo (véase cuadro 1). Se esperan valores más bajos de este indicador en la medida que la estructura de la población sea más joven, y en aumento a medida que avanzan el tiempo y la transición demográfica en los países. El cuadro 1 muestra el valor del indicador de *iii*) en los países de América Latina agrupados según la tipología del CELADE. Esta, explicitada más adelante, en el punto II.4.4, clasifica a los países de la región de acuerdo a su avance en la transición demográfica.

De acuerdo a lo esperado el índice es menor en los países más jóvenes que forman parte de los grupos I y II caracterizados por mayor fecundidad y crecimiento, y menor avance de la transición demográfica. En estos países existe todavía un potencial de oferta de mano de obra joven

⁶ Nations Unies (1956), "Le vieillissement des populations et ses conséquences économiques et sociales". *Etudes Démographiques* N° 26. Nueva York.

que disminuirá en la medida que la población envejezca; entonces aumentará el número de retiros, como es el caso de los países del grupo IV, donde la transición está más avanzada y donde el índice alcanza sus valores más altos. En el tiempo, el índice tiende a aumentar, alcanzando los valores máximos hacia el año 2020. El índice tenderá a aumentar en la mayoría de los países y este aumento será menor en los países más jóvenes de los grupos I y II que en los países de los grupos III y IV, que se encontrarán en una etapa más avanzada de la transición demográfica.

Cuadro 1
MEDIDA DE ENVEJECIMIENTO: POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS RESPECTO DE LA POBLACION DE 20 A 59 AÑOS, PAISES DE AMERICA LATINA. AÑOS SELECCIONADOS

Grupos de países	Indice			
	1950	1990	2000	2020
AMERICA LATINA	0.121	0.153	0.158	0.211
GRUPO I				
Bolivia	0.121	0.128	0.123	0.123
Haití	0.146	0.138	0.136	0.143
GRUPO II				
El Salvador	0.112	0.150	0.150	0.143
Guatemala	0.105	0.131	0.135	0.140
Honduras	0.079	0.127	0.122	0.138
Nicaragua	0.101	0.111	0.113	0.138
Paraguay	0.121	0.123	0.119	0.168
GRUPO III				
Brasil	0.097	0.148	0.159	0.225
Colombia	0.132	0.130	0.135	0.201
Costa Rica	0.140	0.133	0.148	0.229
Ecuador	0.170	0.130	0.132	0.169
México	0.126	0.129	0.135	0.196
Panamá	0.144	0.149	0.154	0.225
Perú	0.133	0.129	0.140	0.184
R. Dominicana	0.129	0.119	0.131	0.200
Venezuela	0.078	0.124	0.133	0.197
GRUPO IV				
Argentina	0.132	0.271	0.269	0.293
Chile	0.146	0.173	0.185	0.266
Cuba	0.140	0.212	0.231	0.337
Uruguay	0.230	0.362	0.325	0.308

Fuente: Keyfitz, N. y Flieger, W.(1990). *World Population Growth and Aging*. University of Chicago.

3. Tendencias del envejecimiento⁷

3.1 Mundiales

En 1950 había alrededor de 200 millones de personas mayores de 60 años en el mundo; veinticinco años más tarde, hacia 1975, esta cifra alcanzó a 350 millones. Las proyecciones señalan que para el año 2000 esta misma población llegará a 614 millones. Para el año 2025 se espera que esta cifra se

⁷ United Nations (1991), *The World Ageing Situation 1991*. United Nations Office at Vienna. Nueva York.

duplique, hasta llegar a 1200 millones. De ser así, entre 1950 y 2025 la población mundial habrá crecido según un factor 3 y la población mayor de 60 años lo hará según un factor 6.

3.2 Regionales

A nivel global y de acuerdo a las proyecciones, en el año 2025 existirán notables diferencias geográficas en la distribución de ancianos en el mundo. Entre los años 1985 y 2025, la proporción que representan las personas mayores de América del Norte en el concierto mundial de los ancianos experimentará un descenso y pasará del 10% al 7%; lo mismo sucederá en Europa, donde la disminución será de 20% a 12%; no obstante, hacia el año 2025 Europa será la segunda región más envejecida del mundo, después de Asia, cuya proporción de ancianos aumentará de 48% a 58%. También se espera un descenso en la Unión Soviética (de 9% a 6%). Siempre en referencia a los años 1985 y 2025, otras dos regiones además de Asia, ya mencionada, experimentarán un aumento de la proporción de personas mayores: América Latina (de 6 a 8%) y África (de 6 a 9%). En Oceanía esa proporción seguirá manteniéndose por debajo del 1%.

3.3 Según nivel de desarrollo

Al tomar en cuenta el desarrollo de los contextos, las cifras indican que la mayor parte de la tercera edad del total mundial se encuentra en países en desarrollo y que esta tendencia irá en aumento. El conjunto de las tres regiones de menos desarrollo (Asia, África y América Latina) aumentará su proporción de mayores de 60 años (de 60 a 75%) entre los años 1985 y 2000.

B. TRANSICION DEMOGRAFICA

1. Factores que intervienen

El CELADE estudia el envejecimiento de la población desde el punto de vista demográfico, pero no se limita a conocer la dimensión y composición del proceso, sino que también intenta conocer sus causas y consecuencias. Antes de tratar el envejecimiento de la población propiamente tal es de interés tener en cuenta que: a) el cambio de la población está definido a través de tres componentes: la fecundidad, la mortalidad y, eventualmente, la migración; b) son las variaciones de la fecundidad y la mortalidad pasadas y presentes las que determinan la composición o estructura por edad de la población, aunque en algunos países la migración puede tener cierta influencia; y, c) para comparar la composición por edades de distintas poblaciones se toman grupos, en valor relativo, representativos de algún estrato: población escolar, población activa, tercera edad, etc.

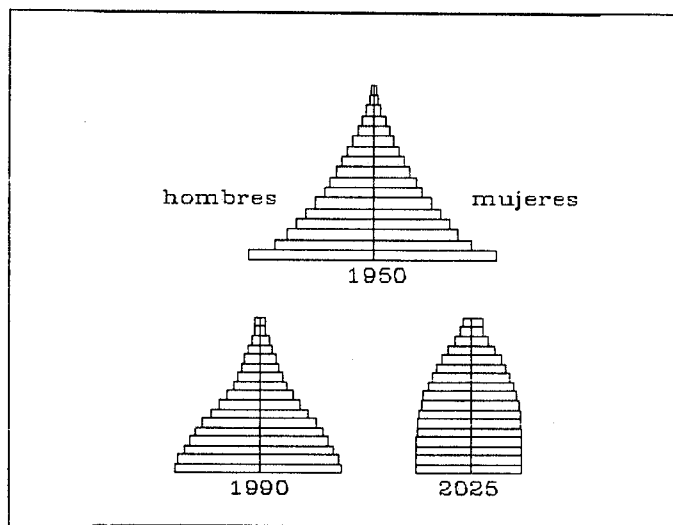
Al estudiar el envejecimiento de una población, interesa señalar la influencia de otro factor, además de los anteriores: se trata del "potencial demográfico inicial de la pirámide" que depende de las características de la regulación demográfica de la población, en especial de su patrón de nupcialidad. Una población con un patrón de matrimonios tempranos y universales, será más joven que otra con mayor frecuencia de celibato definitivo y matrimonio tardío. El estudio de la evolución de la mortalidad y la fecundidad en el tiempo muestra que en el pasado de cada país, aun de los ahora desarrollados, hubo una época en que ambas variables —sobre todo la mortalidad infantil— eran muy altas. La elevada mortalidad estaba asociada a episodios esporádicos de guerras, hambrunas y epidemias. La disminución de las situaciones coyunturales asociadas a estos episodios, junto a los adelantos médicos, tecnológicos, económicos y sociales produjeron el descenso de la mortalidad. La alta fecundidad del pasado, considerada una reacción ante la alta mortalidad, llegó a límites donde

la fecundidad (procreación efectiva) era equivalente a la fertilidad (capacidad de procreación). La disminución de la fecundidad es compleja y su variación se asocia a factores económicos, sociales y culturales, referidos estos últimos a aspectos motivacionales del comportamiento, especialmente a normas y valores de la sociedad con respecto a esta variable. La experiencia histórica ha mostrado que las poblaciones, en su tránsito a la modernidad, pasan por etapas más o menos definidas. De esta experiencia se deriva la teoría de la transición demográfica, que toma en cuenta el comportamiento simultáneo de la mortalidad y la fecundidad a lo largo del tiempo. La disminución de la mortalidad, seguida del descenso de la fecundidad, da inicio a la transición demográfica. Esta se define como la sucesión lógica de fases históricas por las cuales atraviesa la población al acceder a la modernización.

2. Etapas de la transición demográfica

Los efectos de la transición demográfica sobre la estructura de edades han sido representados en el gráfico 1⁸, donde se compara la población de América Latina, en distintos momentos, a través de las pirámides de población. La primera (1950) muestra una forma típicamente piramidal y una base particularmente amplia; 40 años después la base de la pirámide es más estrecha, producto del descenso de la fecundidad (entre los quinquenios 1950-1955 y 1990-1995 la tasa global de fecundidad disminuye de 6.0 a 3.1 hijos por mujer); en el 2025, la figura se aleja de los esquemas anteriores y muestra una base estrecha, con mayor amplitud en las edades de la parte central y superior. Esta representación ilustra un proceso particular de transición demográfica que, como se ha indicado, comprende diversas etapas discernibles analíticamente.

Gráfico 1
AMERICA LATINA. PIRAMIDES DE POBLACION
PARA AÑOS SELECCIONADOS



⁸ Cualquier grupo quinquenal de edad de la población, en un momento t , puede ser representado por un rectángulo cuya altura indique el número de años de edad considerados (5) y la base del porcentaje de la población de este grupo respecto del total de la población. Cinco años más tarde, en el momento $t+5$, los integrantes de este grupo quinquenal formarán parte del grupo quinquenal siguiente; durante el período sus integrantes habrán estado expuestos al riesgo de morir de acuerdo a las leyes de mortalidad imperantes. En el tiempo, cada nuevo grupo será más reducido e igual a los efectivos del grupo anterior menos los fallecidos durante el período. Por regla general, los totales por grupos de edades se reducen conforme la edad aumenta y la población así representada da origen a una figura denominada "pirámide de población". La pirámide de población es, entonces, un histograma que permite representar gráficamente la composición por edades de una población a través de la frecuencia relativa por género en las distintas edades.

De la interpretación del proceso de la transición demográfica se derivan ciertas etapas generales que están precedidas por una situación pretransicional, caracterizada por altos niveles de mortalidad y fecundidad durante un período prolongado. Luego, de acuerdo con un esquema presentado por Chesnais⁹, es posible identificar cuatro etapas:

I. La primera etapa —rejuvenecimiento— se produce al disminuir la mortalidad, en especial de jóvenes y niños, con el control de las enfermedades de tipo infeccioso y parasitario que afectan a la población en estos grupos de edades. Se mantiene la baja proporción de personas en las últimas edades. La pirámide tendrá una base amplia y caras de pendiente empinada, que ilustran esas proporciones.

II. La segunda etapa —envejecimiento por la base— se caracteriza por un descenso de la fecundidad más rápido que el de la mortalidad. Si este descenso se mantiene por un período prolongado, en un contexto de baja mortalidad, ocasionará un descenso de la proporción de niños y jóvenes y una contracción de la base de la pirámide.

III. La tercera etapa —envejecimiento por el centro y parte de la cúspide— resulta de la disminución al máximo de la mortalidad infantil. Su descenso beneficia ahora a los adultos jóvenes, pero menos jóvenes que los anteriores. La numerosa población producto de nacimientos anteriores en períodos de alta fecundidad alcanza ahora edades adultas y posteriormente avanzadas, contribuyendo al aumento de personas de edad.

IV. La cuarta etapa —envejecimiento por la cúspide— se produce, por un lado, con la prolongada disminución de la fecundidad en el tiempo y, por otro, con la mayor frecuencia de las enfermedades degenerativas y los cánceres; los progresos médicos benefician básicamente a personas de edades avanzadas, contribuyendo así plenamente al envejecimiento de la población.

Históricamente, el efecto del envejecimiento por la base es más intenso que el envejecimiento por la cúspide. Así, la fecundidad sería la variable determinante de este proceso.

3. La transición demográfica y el desarrollo de los contextos nacionales

En los países desarrollados la transición demográfica fue lenta y estuvo asociada a su proceso de desarrollo socioeconómico y cultural. A los países en desarrollo, en relación con sociedades de condiciones socioeconómicas superiores a la suya, les ha bastado con aplicar técnicas ya existentes y crear condiciones que aseguren su éxito.

La mortalidad, cuyo descenso más allá de cierto límite parece depender del desarrollo social y económico del contexto, ha alcanzado niveles considerablemente bajos en países de escaso desarrollo debido a la disminución de la mortalidad infantil. La reducción del impacto de enfermedades como las infecciosas y parasitarias que dependen de ciertas medidas de salud pública (aplicación de vacunas y de antibióticos y de mejoras sanitarias a través de insecticidas y purificadores del agua) han sido, hasta cierto punto, independientes del desarrollo.

La disminución de la fecundidad en los países desarrollados a través del control de la nupcialidad respondía, en algunos casos, a una restricción social (repartición de tierras, sistema

⁹ J. C. Chesnais (1990), *El proceso de envejecimiento de la población*. CELADE, Santiago.

hereditario y otros). En los países en desarrollo, la aplicación de programas eficaces determinó el descenso de la mortalidad, pero no han sido creadas todas las condiciones sociales para el descenso sostenido de la fecundidad y este ha sido, muchas veces, inducido desde fuera.

El envejecimiento, como resultado de la transición demográfica, afecta a los países desarrollados y en desarrollo, aunque entre estos últimos la naturaleza, volumen, velocidad y circunstancias socioculturales del fenómeno varían no sólo en relación a los primeros, sino también diferentes contextos de la misma región.

4. Variables demográficas y transición demográfica en América Latina

4.1 *Tendencias de la mortalidad*

Como indicador de la mortalidad se utiliza la "esperanza de vida al nacer [e(o)]", medida que tiene la ventaja de no estar afectada por la estructura por edades de la población y, en consecuencia, facilita la comparación entre países y en el tiempo. La [e(o)] representa el número medio de años de vida que podría llegar a vivir un grupo de recién nacidos sujeto a las leyes de mortalidad imperantes al momento de nacer.

En diversos países europeos, durante el siglo XVIII, la población llegó a vivir, en promedio, entre 35 y 40 años; a partir de 1850 se observó una disminución lenta pero notable en la mortalidad, con marcadas diferencias entre regiones y países; finalmente, en el siglo XX la mortalidad experimentó descensos importantes, expresados en [e(o)] superiores a 75 años en la mayoría de los países desarrollados contemporáneos. En América Latina, la mortalidad descendió más intensamente que en los países desarrollados, en períodos similares. Entre 1950 y 1955 el nivel de la mortalidad en la región era elevado, con valores de la [e(o)] reducidos (véase el cuadro 2). Sólo tres países, Argentina, Paraguay y Uruguay, superaban los 60 años como promedio de vida, mientras que el resto, en su mayoría, no alcanzaba a 55 años; aquí se ubican los países más poblados: Brasil y México. En el quinquenio 1990-1995 todos los países, excepto Haití, presentan una [e(o)] superior a 60 años. En la mayoría (16) de los países restantes (19) está sobre 65 años y en algunos de ellos (8) se encuentra aun sobre 70. Según las proyecciones, la mortalidad continuará su tendencia decreciente y se espera que, hacia el año 2000, en la mayoría de los países la [e(o)] sea superior a 65 años (excepto Bolivia y Haití), y que para el período 2020-2025 en todos los países de la región sea superior a 72 años, en promedio, excepto en Haití (66.0) y Paraguay (69.6).

Existen discrepancias significativas de la mortalidad entre los países de la región. Así, en el período 1950-1955 la diferencia entre el promedio de vida en Haití (37.6) y en Uruguay (66.3) era de 28.7 años. En los quinquenios siguientes subsistieron diferencias importantes; sin embargo, el ritmo de crecimiento de la [e(o)] tiende a disminuir en la medida que alcanza niveles altos, haciendo que las diferencias del indicador entre países de niveles de mortalidad extremos disminuyan en el tiempo. De este modo, entre 1970 y 1975, la diferencia entre las [e(o)] de Cuba y Bolivia fue 22.5 años; en los quinquenios siguientes las discrepancias ocurren entre los valores extremos de Costa Rica y Haití, donde, en el quinquenio 1990-1995, la diferencia alcanza a 19.7 años. Para el año 2000 se espera que esa brecha sea menor, reduciéndose a 17.7 años; aún menores serían en el quinquenio 2020-2025, cuando se reducirían a 13.4 años.

Si bien en algunos países, como Costa Rica y Cuba, la [e(o)] alcanza niveles notables —alrededor de 75 años—, el efecto de las mejoras en salud se ha reflejado con más fuerza en las

regiones con altos niveles de mortalidad. En países de escaso desarrollo y en las primeras etapas de la transición, las mejoras en la salud infantil se han traducido en descensos espectaculares de la mortalidad con los consiguientes aumentos de la esperanza de vida. Así se llega a impulsar el envejecimiento de la población en contextos de subdesarrollo.

Cuadro 2

**ESPERANZA DE VIDA AL NACER: PAISES DE AMERICA LATINA AGRUPADOS
SEGUN ETAPA DE LA TRANSICION (1950-2025)**

Región y países	Esperanza de vida e(o)			e(o)	
	Años			Años	
	1950-55	1970-75	1990-95	2000-05	2020-25
América Latina	51.8	61.3	68.1	70.3	73.3
Grupo I					
Bolivia	40.4	46.7	61.1	65.5	72.4
Haití	37.6	48.5	56.6	60.3	66.0
Grupo II					
El Salvador	45.3	58.8	66.4	70.0	73.9
Guatemala	42.1	54.0	64.8	69.1	72.3
Honduras	42.3	54.0	65.8	69.0	73.6
Nicaragua	42.3	55.2	66.2	70.0	73.9
Paraguay	62.6	65.6	67.3	68.1	69.6
Grupo III					
Brasil	51.0	59.8	66.3	68.6	72.1
Colombia	50.6	61.6	69.3	71.2	74.5
Costa Rica	57.3	68.1	75.2	77.3	79.4
Ecuador	48.4	58.9	66.6	68.8	72.4
México	50.8	62.9	70.4	72.5	75.2
Panamá	55.3	66.3	72.8	73.6	74.3
Perú	43.9	55.5	64.6	68.8	72.0
Rep. Dominicana	46.0	59.9	67.6	70.3	73.7
Venezuela	55.2	66.2	70.3	71.6	73.7
Grupo IV					
Argentina	62.7	67.3	71.4	72.6	74.0
Cuba	59.5	71.0	75.2	76.4	77.0
Chile	53.8	63.6	72.0	72.9	74.5
Uruguay	66.3	68.8	72.0	73.2	74.5

Fuente: CELADE y United Nations (1993).

4.2 Tendencias de la fecundidad

Hasta el quinquenio 1960-1965, la fecundidad alcanzó niveles muy altos en casi toda la región. El cuadro 3 muestra esta situación a través de la tasa global de fecundidad (TGF), que representa el número de hijos tenidos por cada mujer al cabo de su vida fértil.

En el quinquenio 1950-1955, la TGF de quince de los veinte países de América Latina era superior a 6 y en tres de ellos excedía de 7 hijos por mujer. Uruguay y Argentina eran los países con fecundidad más baja; Cuba y Chile estaban alrededor de 4 y 5, respectivamente. En Panamá, aunque alta, la TGF no llegaba a 6. El descenso de esta variable se produjo alrededor de 1960 y fue más notorio en los quinquenios siguientes. En el actual (1990-1995) en trece países de la región la TGF es alrededor de 4. La mayor fecundidad se concentra en Bolivia, Haití, Paraguay y cuatro países centroamericanos.

Para el próximo quinquenio se espera que la tendencia descendente de la fecundidad continúe. De acuerdo con las proyecciones, durante el último quinquenio del siglo XX en once de los veinte países de la región la TGF será igual o menor a 3; Argentina, Cuba, Chile y Uruguay mantendrán su nivel de baja fecundidad (en Cuba, ahora bajo el nivel de reemplazo, la TGF aumentará hasta llegar a 2). Sólo en Bolivia, Haití, Paraguay y tres países de Centroamérica la TGF será superior a 4; Perú y Ecuador mantendrán una fecundidad moderada. Entre los quinquenios 1960-1965 y 1990-1995, cuatro países de la región experimentaron los descensos más notables: Colombia, Costa Rica y República Dominicana disminuyeron su fecundidad en 4.0 hijos por mujer y México la TGF bajó a 3.6.

4.3 Efectos de las tendencias de la mortalidad y la fecundidad sobre el crecimiento de la población

La modificación de los niveles de mortalidad y fecundidad determina cambios en el ritmo de crecimiento de la población. De este modo, en el quinquenio 1960-1965 esos cambios contribuyeron a aumentar las tasas de crecimiento demográfico: catorce países tuvieron tasas de crecimiento superior a 2.5% anual. En cambio, en el período 1985-1990 sólo ocho países crecían a ese ritmo. Se estima que a fines del siglo once países crecerán a tasas inferiores al 2% anual. Las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años, por el contrario, son cada vez mayores.

4.4 La transición demográfica en América Latina

En el cuadro 4 se disponen los países de América Latina en cuatro grupos según la etapa de la transición en que se encuentran. Para esta tipología se utilizaron como indicadores las tasas brutas de fecundidad y mortalidad, y "si bien estas medidas no expresan fielmente los niveles de fecundidad y mortalidad, determinan el crecimiento natural de la población, y, además, expresan la influencia de la estructura por edades de ésta".

Cuadro 3

**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD. PAISES DE AMERICA LATINA AGRUPADOS
SEGUN ETAPA DE LA TRANSICION (1950-2025)**

Países	Quinquenios										
	1950- 1955	1955- 1960	1960- 1965	1965- 1970	1970- 1975	1975- 1980	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995	1995- 2000	2020- 2025
América Latina	5.9	5.9	6.0	5.6	5.0	4.4	3.9	3.4	3.1	2.8	2.2
Grupo I											
Bolivia	6.8	6.7	6.6	6.6	6.5	6.2	5.5	5.0	4.6	4.1	2.6
Haití	6.3	6.3	6.3	6.0	5.8	5.4	5.2	5.0	4.8	4.6	3.7
Grupo II											
El Salvador	6.5	6.8	6.9	6.6	6.1	5.7	5.0	4.5	4.0	3.6	2.3
Guatemala	7.1	6.9	6.9	6.6	6.5	6.4	6.1	5.8	5.4	4.9	2.9
Honduras	7.1	7.2	7.4	7.4	7.4	6.6	6.2	5.6	4.9	4.3	2.7
Nicaragua	7.4	7.4	7.4	7.2	6.8	6.4	6.0	5.6	5.0	4.5	2.6
Paraguay	6.8	6.8	6.8	6.4	5.7	5.1	4.8	4.6	4.3	4.1	3.1
Grupo III											
Brasil	6.2	6.2	6.2	5.3	4.7	4.2	3.8	3.2	2.8	2.4	2.0
Colombia	6.8	6.8	6.8	6.3	4.7	4.1	3.5	2.9	2.7	2.5	2.1
Costa Rica	6.7	7.1	7.0	5.8	4.3	3.9	3.5	3.4	3.1	3.0	2.3
Ecuador	6.9	6.9	6.9	6.7	6.1	5.4	4.7	4.1	3.6	3.2	2.1
México	6.8	6.8	6.8	6.7	6.4	5.0	4.3	3.6	3.2	2.8	2.0
Panamá	5.7	5.9	5.9	5.6	4.9	4.1	3.5	3.1	2.9	2.7	2.1
Perú	6.9	6.9	6.9	6.6	6.0	5.4	4.7	4.0	3.6	3.2	2.2
Rep. Dom.	7.4	7.4	7.3	6.7	5.6	4.7	4.2	3.8	3.3	3.0	2.2
Venezuela	6.5	6.5	6.5	5.9	5.0	4.5	3.9	3.5	3.1	2.9	2.1
Grupo IV											
Argentina	3.2	3.1	3.1	3.1	3.2	3.4	3.2	3.0	2.8	2.7	2.2
Cuba	4.1	3.7	4.7	4.3	3.5	2.1	1.9	1.8	1.9	2.0	2.1
Chile	5.1	5.3	5.3	4.4	3.6	2.9	2.8	2.7	2.7	2.6	2.3
Uruguay	2.7	2.8	2.9	2.8	3.0	2.9	2.6	2.4	2.3	2.3	2.1

Fuente: CELADE y United Nations (1993).

Cuadro 4
TIPOLOGIA DEL CELADE PARA PAISES DE AMERICA LATINA¹⁰

GRUPO I	<i>Países con transición incipiente</i> Natalidad alta y mortalidad alta Crecimiento medio natural moderado (del orden del 2.5%) (Bolivia y Haití)
GRUPO II	<i>Países con transición moderada</i> Natalidad alta y mortalidad moderada Crecimiento medio natural alto (del orden del 3%) (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay)
GRUPO III	<i>Países en plena transición</i> Natalidad moderada, mortalidad moderada y baja Crecimiento medio natural moderado (del orden del 2%) (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela)
GRUPO IV	<i>Países de transición avanzada</i> Natalidad baja, mortalidad moderada y baja Crecimiento medio natural bajo (del orden del 1%) (Argentina, Chile, Cuba y Uruguay)

C. ENVEJECIMIENTO EN AMERICA LATINA

1. Envejecimiento y transición demográfica según tipología del CELADE (año 1990)

El envejecimiento de los países varía según el momento de la transición en que se encuentran, según se desprende de la tipología preparada por el CELADE para 1990 (véase el cuadro 5).

GRUPO I (Bolivia y Haití)

Los países de este grupo representaban el 3% de la población total de América Latina y se caracterizaban por una gran proporción de niños y jóvenes y escasa población mayor. En efecto, mientras el 41.4% en Bolivia y el 40.2% en Haití eran menores de 15 años, los mayores de 60 años en conjunto en ambos países no alcanzaban a 1 millón de personas, aproximadamente.

GRUPO II (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay)

En este grupo el descenso de la mortalidad provocó un rejuvenecimiento de la población, aumentando la proporción de jóvenes más que en el grupo I. Según la teoría de la transición demográfica se espera que los descensos de mortalidad y fecundidad continúen. El conjunto de países de este grupo comprendía al 7% de la población total y al 5% de la mayor de 60 años (1.5 millones). Los grupos I y II se caracterizaban por alta concentración demográfica en sectores rurales.

GRUPO III (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, Rep. Domin., Venezuela)

En este grupo —el más numeroso— están los países más poblados: Brasil y México, con casi el 76% de la población total y el 69% de los mayores de 60 años de América Latina (21.5 millones) y baja mortalidad, menor proporción de niños que los grupos anteriores y alta población en áreas urbanas.

GRUPO IV (Argentina, Cuba, Chile y Uruguay)

Los países de este grupo tenían, para la misma fecha, la más alta proporción de población envejecida (23%, 7 millones) de la región, pese a que en ellos vivía sólo el 14% de su población total. Sus

¹⁰ Chackiel, J. y M. Villa, "América Latina y el Caribe, Dinámica de la población y desarrollo" (DDR/1), Santiago, Chile, (CELADE); Documento presentado a la Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, preparatoria de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Santa Lucía, octubre de 1992.

principales características son: bajos niveles de fecundidad y mortalidad y, en consecuencia, bajo crecimiento, alta urbanización y grupos más jóvenes disminuyendo su importancia relativa.

Cuadro 5
POBLACION TOTAL Y MAYOR DE 60 AÑOS PARA PAISES DE AMERICA LATINA
AGRUPADOS SEGUN ETAPA DE LA TRANSICION. AÑO 1990

Grupos de países	Población			
	Total		Mayores de 60 años	
	Valores absolutos (millones)	Valores relativos (%)	Valores absolutos (millones)	Valores relativos (%)
GRUPO I	14	3.0	1 *	3.0
GRUPO II	27	7.0	1.5	5.0
GRUPO III	330	76.0	21.5	69.0
GRUPO IV	59	14.0	7	23.0
TOTAL	430	100.0	31	100.0

Fuente: Elaboración basada en datos del *Boletín Demográfico* 51, CELADE, enero de 1993.

* Cifra aproximada inferior a 1.000.000 (817.000).

2. Tendencias del envejecimiento de la población en la región

Hacia 1990 la población de la región representaba el 8.5% de la población total mundial y el 7% de la población de mayores de 60 años, cifra equivalente a 31 millones de personas. Se espera que en el año 2000 este último grupo llegue a 41 millones. Con estas perspectivas, hacia el año 2025 la población de tercera edad en la región llegará aproximadamente a 94 millones.

En 1950 los países presentaban una proporción de mayores de 60 años (sobre el total de la población) que oscilaba entre 3.3% (Honduras y Venezuela) y 11.8% (Uruguay), pero era inferior al 7% en la mayoría de ellos (véase cuadro 6). Posteriormente se observaron cambios en la situación del envejecimiento, y ya en 1990 la proporción de mayores de 60 años osciló entre valores más altos y con un rango de amplitud mayor —4.7% (Nicaragua) y 16.5% (Uruguay)— respecto del año 1950. Según las proyecciones, para el año 2000, la mayoría de los países de la región (15 de 20) tendrá más del 6% de su población en la tercera edad; se espera que la tendencia creciente continúe, de modo que hacia el 2025 en 13 países esta cifra llegue a más del 10% y en cinco de ellos supere el 15%. Haití, con la menor proporción, tendrá 7%. De acuerdo a esto se puede afirmar que en América Latina el envejecimiento es un fenómeno creciente, con aumentos a veces moderados y otras espectaculares de este grupo de la población.

3. Volumen de la población en la tercera edad

Además del grado de envejecimiento de un país cabe destacar la importancia de su volumen. En efecto, en el cuadro 7 vemos que el tamaño de la tercera edad en los países depende en mayor medida del volumen de su población total que de la proporción de población en la tercera edad. Se espera que, hacia el año 2000, en los cuatro países con mayor porcentaje de ancianos (Argentina, Cuba, Chile y Uruguay) la suma represente el 21% del total de personas de este grupo de edad en

la región (8.5 millones de personas) mientras que toda su población representará sólo el 13.0%. En el 2025 estos países tendrán sólo el 15% de la tercera edad de la región con 14 millones de personas.

Para el año 2000 más de la mitad (53%) de la población de tercera edad de la región estará concentrada en sólo dos países: Brasil y México, que ya en 1990 contenían el 51% de esta población, valor equivalente a 15.4 millones de personas mayores. Estos dos países son los más poblados de la región, pero no necesariamente los más envejecidos. Se espera que en el año 2025 concentren al 55% de la población de la tercera edad de toda la región, lo que corresponderá a 52 millones de personas, de los cuales 34 millones residirán en Brasil y 18 millones en México.

Cuadro 6
POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS DE PAISES
DE AMERICA LATINA. AÑOS SELECCIONADOS
(porcentajes)

Región y países	A ñ o s				
	1950	1970	1990	2000	2025
América Latina	5.3	6.0	7.1	8.0	13.6
Grupo I					
Bolivia	5.2	5.3	5.8	6.3	9.5
Haití	6.4	6.0	6.2	5.9	7.0
Grupo II					
El Salvador	4.7	4.5	5.8	6.5	8.8
Guatemala	4.3	4.4	5.1	5.5	7.4
Honduras	3.3	4.2	5.0	5.2	8.1
Nicaragua	4.1	3.9	4.7	4.8	7.6
Paraguay	5.0	5.3	5.4	5.5	9.3
Grupo III					
Brasil	4.2	5.4	7.1	8.3	15.4
Colombia	5.4	4.8	6.2	7.0	14.7
Costa Rica	5.7	5.0	6.4	7.5	14.3
Ecuador	7.0	5.7	5.7	6.4	11.6
México	5.1	5.2	5.6	6.6	12.7
Panamá	6.2	5.9	7.0	7.9	14.2
Perú	5.7	5.5	6.0	7.0	12.2
Rep. Dominicana	5.2	4.6	5.4	6.5	13.2
Venezuela	3.3	4.7	5.8	6.7	13.1
Grupo IV					
Argentina	7.0	10.7	13.1	13.6	15.8
Cuba	6.7	9.0	11.8	13.4	22.1
Chile	6.9	7.7	8.9	9.6	16.0
Uruguay	11.8	12.9	16.5	17.0	18.4

Fuente: Datos estimados en base a información del *Boletín Demográfico* 51, CELADE, enero de 1993.

Cuadro 7
POBLACION TOTAL Y MAYOR DE 60 AÑOS DE PAISES DE AMERICA LATINA.
VALORES ABSOLUTOS (millones de personas) Y RELATIVOS. AÑOS SELECCIONADOS

América Latina Y países	P O B L A C I O N									
	1950					1990				
	Total		Mayor años		de 60	Total		Mayor años		de 60
	Abso.	%	Abso.	%		Abso.	%	Abso.	%	
América Latina	159	5.3	8.4	7.1	30.6	511	8.0	40.6	13.6	93.5
Grupo I										
Bolivia	3	5.2	0.1	5.8	0.4	9	6.3	0.6	9.5	1.3
Haití	3	6.4	0.2	6.2	0.4	8	5.9	0.5	7.0	0.9
Grupo II										
El Salvador	2	4.7	0.1	5.8	0.3	6	6.5	0.4	8.8	0.9
Guatemala	3	4.3	0.1	5.1	0.5	12	5.5	0.7	7.4	1.6
Honduras	1	3.3	*	5.0	0.3	7	5.2	0.4	8.1	0.9
Nicaragua	1	4.1	*	4.7	0.2	5	4.8	0.2	7.6	0.7
Paraguay	1	5.0	0.1	5.4	0.2	6	5.5	0.3	9.3	0.9
Grupo III										
Brasil	53	4.2	2.0	7.1	10.6	173	8.3	14.4	15.4	33.9
Colombia	12	5.4	0.6	6.2	2.0	38	7.0	2.6	14.7	7.3
Costa Rica	1	5.7	*	6.4	0.2	4	7.5	0.3	14.3	0.8
Ecuador	3	7.0	0.2	5.7	0.6	13	6.4	0.8	11.6	2.2
México	28	5.1	1.4	5.6	4.8	103	6.6	6.8	12.7	17.4
Panamá	1	6.2	*	7.0	0.2	3	7.9	0.2	14.2	0.5
Perú	8	5.7	0.4	6.0	1.3	26	7.0	1.8	12.2	4.5
Rep. Dominicana	2	5.2	0.1	5.4	0.4	9	6.5	0.6	13.2	1.5
Venezuela	5	3.3	0.2	5.8	1.1	24	6.7	1.6	13.1	4.3
Grupo IV										
Argentina	17	7.0	1.2	13.1	4.2	36	13.6	4.9	15.8	7.2
Cuba	6	6.7	0.4	11.8	1.3	12	13.4	1.5	22.1	2.9
Chile	6	6.9	0.4	8.9	1.2	15	9.6	1.5	16.0	3.2
Uruguay	2	11.8	0.3	16.5	0.5	3	17.0	0.6	18.4	0.7

Fuente: CELADE, Boletín Demográfico 51, enero de 1993.

* Menos de 55 000 casos.

4. Grupos de países según envejecimiento al año 2025

La heterogeneidad que caracteriza a la región también se manifiesta en el envejecimiento de la población, que hacia el año 2025 presentará diferencias llamativas entre los países. Para esa fecha se espera que Cuba tenga un 22% de población envejecida y que en Haití ese porcentaje llegará apenas al 7%. En ese rango fluctuará este porcentaje en los países de la región. En los países de los grupos I y II de la clasificación del CELADE, el porcentaje de ancianos no excederá de 10%, y en los países del grupo IV estará sobre el 15.5%. Considerando estas cifras se agruparon los países:

GRUPOS DE PAISES SEGUN ENVEJECIMIENTO

- i. Grupo I de envejecimiento (GEI) : bajo el 10%
- ii. Grupo II de envejecimiento (GEII) : entre 10% y 15.5%
- iii. Grupo III de envejecimiento (GEIII): sobre 15.5%

i. Grupo I (GEI)

Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay forman parte de este grupo que comprende a los países que hacia el año 2025 tendrán un porcentaje de población envejecida menor al 10%. En este grupo, formado por los países de los grupos I y II de la tipología del CELADE, la población mayor de 60 años presentará aumentos poco significativos en el tiempo, respecto de la misma población en 1950. Se espera que el bajo nivel se mantenga y que en el año 2025 este grupo represente el 13.0% de la población total y el 8.0% de la de tercera edad de la región (cuadro 8).

ii. Grupo II (GEII)

Un conjunto de nueve países: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela tendrán, a partir del año 2000, los mayores aumentos en sus niveles de envejecimiento. Hacia el año 2025 se espera que este grupo, donde la población de tercera edad oscilará entre 10% y 16%, contenga el 75% de la población total y el 77% de la población de tercera edad de la región. Para entonces, la mayor parte de la población de este grupo estará concentrada en dos países: Brasil y México —los más poblados—, donde se concentrará tanto la mitad de la población total de la región (52%) como su población de tercera edad (55%).

iii. Grupo III (GEIII)

En el último grupo hay cuatro países. Uruguay, ya en 1950, mostraba signos de una población envejecida (12%) y una enorme diferencia con otros países de la región. En Argentina, país tradicionalmente envejecido, la tercera edad aumentó considerablemente entre 1950 y 1990. El crecimiento sostenido de este grupo en Cuba le llevará a ser el más envejecido de la región: Chile, el menos representativo del grupo en el pasado, experimentará un aumento notable a partir del año 2000. Estos países coinciden con el grupo IV de la tipología y presentan el mayor envejecimiento; se espera que para el año 2025 concentren el 12% de la población total y el 14% de la población mayor de 60 años de la región. Existe una esperada relación entre los países clasificados de acuerdo al envejecimiento y según la tipología del CELADE.

Cuadro 8
**POBLACION TOTAL Y MAYOR DE 60 AÑOS. PAISES DE AMERICA
 LATINA AGRUPADOS SEGUN ENVEJECIMIENTO. AÑOS SELECCIONADOS**

Grupos de países	Población			
	Total		Mayores de 60 años	
	Valores absolutos (millones)	Valores relativos (%)	Valores absolutos (millones)	Valores relativos (%)
GRUPO I	Bolivia, Haití, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay			
1990	41	10.0	2.5	8.0
2025	88	13.0	7	8.0
GRUPO II	Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela			
1990	330	76.0	21.5	69.0
2025	516	75.0	72	77.0
GRUPO III	Argentina, Chile, Cuba y Uruguay			
1990	59	14.0	7	23.0
2025	82	12.0	14	15.0
Total grupos				
1990	430	100.0	31.0	100.0
2025	686	100.0	93.0	100.0

Fuente: Elaboración con datos del *Boletín Demográfico* 51, CELADE, enero de 1993.

5. Algunas consecuencias

El envejecimiento tiene consecuencias que inciden en aspectos sociales, políticos y económicos de la población, entre otros. Se mencionan algunos:

- * La oferta de trabajo. La disminución de la fecundidad influirá, con el tiempo, en el mismo sentido sobre la oferta de mano de obra y en algún momento puede haber un mayor número de personas saliendo que entrando a la actividad productiva.
- * El envejecimiento de la fuerza de trabajo. Para varios países de Europa esto ya es una realidad y generalmente se concentra sólo en algunos sectores de la economía. Por cierto, además de los factores demográficos analizados influyen otros, tales como el promedio de años de escolaridad y las disposiciones sobre edad legal para el retiro.
- * El envejecimiento tiene especial incidencia en los sistemas de seguridad social de los países. Por un lado se ve afectado el sector de la salud: se produce un acentuado aumento de los gastos

en el sector (las personas mayores) y esta tendencia crece con la edad, pues consumen más servicios de salud que el resto de la población y demandan servicios específicos para sus enfermedades. Los avances tecnológicos estimulan este tipo de demandas, que aumentan junto con los gastos a medida que aumenta la edad de los individuos. Por otro lado surge el problema de financiar las pensiones de jubilación. En el futuro, cuando lleguen cohortes más numerosas a la edad de jubilar (debido al aumento de la esperanza de vida) este sistema, que en la mayoría de los países se presenta en forma muy compleja, tenderá a disminuir su rendimiento.

* Cambios en la composición de la demanda. Al reducirse la proporción y más tarde el número de niños y jóvenes, habrá menos demanda por educación elemental y aumentará la demanda por satisfacer necesidades de la tercera edad, tales como servicios especializados de salud.

* La rigidez en la toma de decisiones. Se ha argumentado que hay más flexibilidad en los jóvenes para enfrentar cambios, en oposición al caso de los mayores, más rígidos y menos capacitados. Los ancianos del futuro, sin embargo, serán personas más educadas y con mayor conocimiento tecnológico.

* Consecuencias políticas. En los regímenes democráticos cuenta fundamentalmente el número de votos y considerando la ya señalada resistencia al cambio en los ancianos, es posible que se refuercen tendencias conservadoras en materia política.

D. ENVEJECIMIENTO Y GERONTOLOGIA SOCIAL

1. La heterogeneidad

Ya hemos señalado que la región de América Latina encierra una enorme heterogeneidad. Existen, en efecto, marcadas diferencias en aspectos demográficos, sociales, económicos y culturales de la población, no sólo entre los países de la región sino también dentro de éstos. En el grupo de la tercera edad tales heterogeneidades también están presentes y se reflejan en diferencias, entre otras, por género, diferenciales según edades, educación y lugar de residencia. Cabe la mención, además, de otros elementos, como la influencia del ambiente y quizás también condicionantes genéticos que, a través de la propensión a sufrir determinadas enfermedades, estarían determinando el modo particular de envejecimiento de cada individuo. Existe, en resumen, una enorme diversidad que configura un conjunto complejo de tipos, que debe considerarse al enfrentar las necesidades y solución de los problemas de la tercera edad.

i) Edad

Al hablar de tercera edad se hace referencia al conjunto de personas mayores de 60 años; sin embargo, son necesarias algunas consideraciones previas. En primer lugar, no siempre se considera como de la tercera edad a las personas de edades entre 60 y 64 años. Así lo muestran la mayoría de los estudios hechos en Europa sobre este tema¹¹, y su justificación estaría en que la mayoría de estos países la edad normal de jubilación —la que fija la política oficial— es de 65 años¹². En el grupo de 65 y más, debe distinguirse entre las personas de 65 a 74 años, ya en la tercera edad, pero aún aptas para realizar

¹¹ J. C. Chesnais (1992), *The Demographic Transition. Stages, Patterns and Economic Implications*, Oxford University Press.

¹² Naciones Unidas (1975), *El Envejecimiento, Tendencias y Políticas*, Nueva York.

tareas, y las mayores de 75 años, cuya capacidad de aporte a la sociedad disminuye muy rápido a medida que avanzan en edad y cuya necesidad de atención y cuidados (cuando dejan de ser autosuficientes) revierte normalmente en la familia. Los mayores de 80 años constituyen un grupo especial. Se define como "muy viejos" o "viejos-viejos" a aquellas personas mayores de 80 años, y para referirse a la velocidad de crecimiento de este grupo respecto del resto se habla de "envejecimiento del envejecimiento". En 1950 había 13 millones de "muy viejos" en el mundo. En 1985, mientras el grupo de 60 y más se duplicaba, el de más viejos se había más que triplicado, alcanzando a 45 millones y se espera que en el año 2025 llegará a 137 millones de personas. Este grupo crece más rápido que el de 60 años y más, en los países más desarrollados y en los menos adelantados y en estos tal hecho se da aun más que en los primeros.

ii) *Género*

A través de cifras o índices es posible constatar que las mujeres tienden a vivir más que los hombres. La notoria tendencia descendente de la razón de masculinidad de cualquier población después de los 60 años de edad indica la diferencia entre los sobrevivientes por género. Los adelantos médicos enfatizan esta diferencia, de tal modo que en el futuro se espera que la brecha entre la esperanza de vida al nacer de los hombres y de las mujeres se amplíe, reforzándose la mayor presencia femenina en edades avanzadas. La situación de desamparo que suele acompañar a la vejez se agudiza en el caso de las mujeres. Estas, en su mayoría, no trabajaron, y las que lo hicieron —y esto es válido aún para las que trabajan ahora— se insertaron en labores menos productivas, mal remuneradas y la mayoría de las veces sin previsión.

Aún no se ha encontrado una razón de la mayor supervivencia de las mujeres. Algunas teorías aluden a que la mujer vendría dotada de elementos que le proporcionan mayor resistencia frente a las enfermedades en función de su futuro rol en la maternidad; otras se refieren a la presencia de determinadas hormonas que favorecerían a la mujer, o incluso explican esta diferencia como resultado de las diferencias en las actividades y responsabilidades de cada género.

iii) *Area de residencia*

América Latina experimentó una rápida urbanización y una consecuente disminución de la tasa de crecimiento de la población rural a partir del quinquenio 1965-1970 y en 1990 ya existían conglomerados urbanos de importantes tamaños. Este es el contexto en el cual se da el proceso de envejecimiento en la región, y presenta características diferentes según el área de residencia sea urbana o rural. La población mayor de 60 años tiende a vivir en las áreas urbanas, y en cada área, sea urbana o rural, la composición por género es diferente. En el ámbito urbano la proporción de mujeres supera la de los hombres, quienes a su vez predominan en el área rural.

2. **El desarrollo**

Los avances científicos y tecnológicos disminuyeron la mortalidad en las distintas edades. Como resultado se alcanzó una mayor supervivencia de la población. Los años que alcanzan a vivir los individuos han aumentado y también el número de personas que llegan a estas edades. Pero, no se han creado condiciones para su inserción adecuada en la sociedad. En forma inevitable, diversos factores, también productos del avance de esta sociedad, han resultado adversos y afectan su calidad de vida. Se citan modificaciones en aspectos económicos y sociales, tales como: la urbanización, la disminución del tamaño de la familia, la migración rural-urbana y el aumento de la tecnificación actual de las actividades. Por otro lado, el avance tecnológico y la prevalencia de criterios economicistas de la época han traído ideales exitistas, competitivos y de sobrevaloración de la juventud, a los cuales "se debe" propender como ideal individual.

El publicitado ideal del hombre eternamente joven y sano coexiste, en franca contradicción, con una imagen del individuo envejecido, el anciano, que muestra que el hombre tiene vida limitada y de lento pero inevitable deterioro; realidad distinta al ideal aspirado. Esta contradicción contribuye a dificultar más la aceptación del anciano y, en particular, marca una menor sensibilidad a sus problemas.

3. Aspectos humanos y necesidades

Vivir más es una aspiración del ser humano, aspiración que tiene pleno sentido cuando se da en un contexto que permite al individuo satisfacer sus necesidades, hacer uso provechoso de su experiencia acumulada, sentirse productivo e inserto en una sociedad que le acepta, reconoce y respeta. Las necesidades básicas (alimentación, vivienda y protección social) cobran mayor importancia en el caso del anciano, quien se hace más vulnerable a las enfermedades y al ambiente físico. A partir de una serie de situaciones, coincidentes o más frecuentes en estas edades, Otras necesidades se suman a las anteriores, entre ellas:

- * nuevas condiciones de vida generadas por separación de las actividades laborales;
- * toma de conciencia de la declinación de las facultades físicas y psíquicas, así como de la certeza de la cercanía de la muerte;
- * la pérdida de seres queridos;
- * la disminución de los ingresos, y
- * la presencia concreta de enfermedades.

Este conjunto de situaciones, agravadas por los propios prejuicios y la dificultad para aceptar una situación para la cual nadie está preparado, conduce a sentimientos de disminución de la autoestima, de soledad y abandono, subvaloración social, inadaptación a las nuevas condiciones de vida, miedo e inseguridad del futuro, frecuentemente acompañados de un cuadro de enfermedades crónicas y depresiones. De lo expuesto se derivan necesidades afectivas, de atención y de compañía; de un ingreso digno y adecuado a las necesidades; de desempeñar un rol en la sociedad que proporcione autovaloración y reconocimiento social; necesidad de ser reconocido como ser humano valioso lleno de experiencias y que hizo su aporte a la sociedad; apoyo y respeto, no a pesar de sus limitaciones sino justamente por esas limitaciones y por los deterioros físicos y psíquicos que se irán acentuando.

La definición de salud de la OMS en términos del bienestar físico, psíquico y social, resulta particularmente adecuada al concepto de bienestar de los ancianos.

4. La familia

El contexto de residencia habitual, en el cual la familia cumple un rol primordial, constituye el lugar más adecuado como posible solución a las demandas que plantea la tercera edad, de acuerdo a las limitaciones y necesidades mencionadas en el punto anterior; por ello, resulta necesario enfatizar la importancia de que el tratamiento de los aspectos y acciones que se tomen en relación al envejecimiento se haga dentro de un enfoque integrado que considere a la familia. La capacidad de la familia para satisfacer estas demandas dependerá, sin embargo, de los recursos económicos y humanos con que cuente. Los ancianos, que en principio pueden constituir una ayuda, terminan por ser una carga en la medida que aumenta su dependencia; esto explica un gran número de hospitalizaciones e institucionalizaciones innecesarias. Para que la familia pueda cumplir el rol de apoyo al anciano, deberían encontrarse soluciones a los problemas coyunturales, generalmente de índole económica, que hacen que ésta expulse a las personas mayores.

En los países desarrollados, la industrialización ha incidido directamente en el aumento del número de hogares nucleares, o sea, en la disminución del número de integrantes por hogar. Las necesidades y motivaciones en América Latina parecen ser distintas; en varios países de la región no se observa una relación tan directa entre la urbanización y el aumento del número de hogares nucleares en las zonas urbanas. Por otro lado, en los sectores más pobres —posiblemente obedeciendo a estrategias de supervivencia— se aprecia la existencia de un gran número de familias extendidas o compuestas, forma de complejidad que favorece la permanencia del anciano en el hogar, y cuyo tamaño aumenta en la medida que se agregan personas a la familia. Este valioso sentido de solidaridad familiar, presente sobre todo en los sectores más necesitados, resulta de gran ayuda en la inserción de los ancianos pobres.

5. Algunas recomendaciones

Cabe hacer algunas recomendaciones y sugerencias básicas en torno al tema del envejecimiento. Estas indicaciones han sido elaboradas con un enfoque preventivo y educativo, aunque naturalmente, dependiendo del contexto y la magnitud de los problemas, estas recomendaciones requerirían de mayor especificidad.

- * Aceptar el fenómeno del envejecimiento
- * Fomentar una actitud positiva de los individuos de todas las edades hacia las personas de la tercera edad, modificando el inadecuado concepto tradicional de anciano que se transmite entre las generaciones actuales, eliminando mitos y estereotipos.
- * Educar a los menores y jóvenes en el sentido de:
 - reconocer la vejez como una etapa potencial de su existencia y a respetarse, aceptándose a sí mismos en todas las etapas de su vida;
 - desarrollar hábitos que en el futuro le aseguren una vejez en las mejores condiciones, y fomentar en ellos actitudes de apoyo y respeto para los que actualmente son ancianos.
- * Investigar las demandas que genera este proceso y sus consecuencias socioeconómicas sobre la población en general y en distintos contextos de desarrollo.
- * Promover el interés del Estado en el tema de la tercera edad
- * Propiciar una labor conjunta del Estado y la familia
- * Incentivar la inserción laboral para los más jóvenes dentro general para aquéllos que se sientan capacitados.
- * Educar a los adultos y adultos mayores o ancianos, impulsando acciones de prevención sanitaria en aspectos físicos, psíquicos y sociales
- * Implementar diferentes programas de ayuda —por ejemplo el programa de tipo domiciliario— que permitan al anciano participar de la vida en familia sin ser una carga y eliminar la discriminación hacia la mujer sobre quien recae generalmente su cuidado.
- * Crear casas u hospitales de día donde el anciano participe en actividades recreativas y pueda compartir y recibir rehabilitación física y/o mental.
- * Organizar clubes o centros de tercera edad que permitan a las personas realizar actividades de recreación, adquirir conocimientos o simplemente tener compañía.

Al anciano y a los individuos de todas las edades les cabe la responsabilidad de hacerse cargo de sí mismos, de preocuparse con anticipación por tener una vejez en las mejores condiciones de salud posibles y de encontrar un rol en la sociedad que les permita vivir en forma autosuficiente y digna.

II. CRISIS, SOCIEDAD Y TERCERA EDAD

Omar Argüello

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)

Resumen

El efecto de la crisis económica que afectó a los países de América Latina en la década de los ochenta se manifestó en forma no igualitaria sobre los diferentes segmentos sociales. Entre los más afectados se encuentra el conjunto de la tercera edad, donde los efectos en lo social fueron tan graves como los producidos en lo económico. El autor del artículo reflexiona en torno a la crisis, a sus consecuencias y a las características del ajuste, en la perspectiva de una tercera edad integrada en la dinámica social y donde se destaca el rol de los ancianos como protagonistas de la participación.

Se señala la importancia del bienestar y la calidad de vida que, asociados a necesidades socioeconómicas, requieren además de otros satisfactores. Ambas han sido afectadas por un fenómeno de índole sociocultural derivado de la crisis: el creciente deterioro de la valoración que la sociedad hace de los ancianos.

La reincorporación del anciano a la sociedad deberá lograrse a través del apoyo a su participación política, al diseño de políticas sobre aspectos que aseguren su bienestar económico y de cambios en las pautas culturales de la sociedad en general, de la familia en particular, que conduzcan a su integración familiar.

INTRODUCCION

Este documento se propone una reflexión en torno a las consecuencias que sobre la tercera edad tiene la crisis socioeconómica que vivieron los países de la región en la década pasada e intenta proponer un cuerpo de ideas que deberán irse corrigiendo, profundizando y operacionalizando en políticas destinadas a que este subgrupo poblacional enfrente la década de los años noventa. La crisis es un fenómeno que le ocurre a la sociedad global, manifestada en forma particular y no igualitaria sobre los diferentes grupos y categorías sociales. Una reflexión profunda sobre cualquier grupo o categoría de actores sociales no puede hacerse sin una reflexión de la sociedad global que los contiene y los determina. Cualquier intento o esfuerzo para resolver los problemas de un determinado grupo o categoría social, que no atienda a los problemas de funcionamiento de la sociedad global será un esfuerzo de corto aliento.

Por eso, este trabajo pretende avanzar en una nueva (y vieja a la vez) perspectiva de aproximación al tema: como una mirada desde la sociedad. Por eso también pone más énfasis en las ideas que en datos (lo que por supuesto no conlleva incompatibilidad). El trabajo de Iris Corbalán que forma parte de este documento aporta abundante y sólida información demográfica cuantitativa; los aportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dan buena cuenta de la situación de salud de la tercera edad; los trabajos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) informan de la problemática del empleo y la seguridad social en las personas de mayor edad; los aportes de los representantes de países pueden abundar en información de cada una de sus realidades nacionales. Por eso, porque la información necesaria en gran parte no está registrada y por la falta de tiempo para recoger la existente, este documento quiere reflexionar sobre la tercera edad, construyendo muchas de sus ideas en base a supuestos y en forma de hipótesis, que podrán servir de base para proyectos de investigación o para debates que orienten la acción de los gobiernos nacionales o locales.

La premisa principal, que condicionará cualquier otra consideración sobre el tema, dice que debe revisarse la práctica de analizar los efectos de la crisis sobre subgrupos específicos, privilegiando los efectos más o menos directos sobre los mismos, para pasar a un análisis de esos efectos sobre la organización y funcionamiento de la sociedad (esto es, sobre las redes de interacción del conjunto de los grupos sociales), que condiciona la particular relación entre los mismos y la responsabilidad que la sociedad asigna a cada grupo dentro de la crisis. Otra premisa que deberá tenerse en cuenta en los análisis para la formulación de políticas sociales respecto de la tercera edad dice que, en cuanto agrupamiento de personas unidas por una característica etaria, se aproxima más a una categoría social que a un grupo social (distintos subgrupos dentro de la tercera edad pertenecen a diferentes grupos sociales, sin perjuicio del desafío que presenta para los científicos y los políticos el reconstruirlos como un actor social unificado o unificable). Una tercera premisa, teórica-metodológica, apunta a cuestionar la definición del adulto mayor como la unidad de análisis para analizar su situación social. A nuestro juicio, la unidad de análisis —y, tan importante como eso, la unidad de acción— debiera ser la familia con uno o más miembros en edades avanzadas. Sin perjuicio de algunos aspectos puntuales, la consideración social y la médica deben tomar como unidad analítica y operativa más importante a la familia.

A. EFECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES DE LA CRISIS SOBRE LA TERCERA EDAD

Antes de buscar las raíces estructurales de la crisis y relacionarla con el aspecto específico de la tercera edad, en la perspectiva de análisis esbozada en el punto anterior, haremos el ejercicio de mostrar algunos

efectos de la crisis económica y social que viene sufriendo la generalidad de la región. La crisis fue tan aguda que llevó a llamar a la década pasada —quizás con algo de exageración— la "década perdida". A las insuficiencias productivas se sumaron las deudas sociales, y esto quedó registrado en abundantes trabajos de la CEPAL, del PREALC, de UNICEF, de la OIT, de la OPS y otros organismos. Hay un aspecto menos estudiado pero igualmente grave en lo social: *el daño enorme que significa la ruptura del tejido social, que provocó una fuerte lesión al sentimiento de solidaridad, a la incorporación de los otros en los proyectos sociales y personales, a la falta de un sentido de "comunidad" que se hace sentir en relación a varios grupos o categorías sociales, pero que es muy nítido en el caso de la tercera edad.*

En lo económico, esta crisis se ha manifestado en recesión o escaso crecimiento, lo que se reflejó en fuertes tasas de desempleo y en reducción de la participación de la fuerza del trabajo en el fruto de la producción, con caídas serias del salario. ¿Cómo afectó esto en la tercera edad? De varias maneras: 1) en primer lugar, en las posibilidades de ocupación productiva y remunerada para las personas de la tercera edad; 2) una menor producción de riqueza, que influirá en la distribución, aún desigual que se hace en el capitalismo, junto a una menor recaudación impositiva que afecta la capacidad de redistribución del Estado a través de los diversos sectores sociales; 3) la menor ocupación de los adultos jóvenes en edad activa, que influye sobre la relación activos-pasivos, afectando el financiamiento de los sistemas previsionales de reparto; 4) mayor pobreza familiar, lo que influye sobre las posibilidades de la familia de mantener a sus miembros de mayor edad; este cuarto aspecto se vinculará con las repercusiones de la crisis sobre los aspectos culturales, sobre los lazos de solidaridad y sobre los hábitos familiares y las relaciones intergeneracionales que afectan a la tercera edad. En el primer aspecto económico señalado, aun cuando se espera que a esta edad las personas comiencen a gozar de su jubilación, en el hecho no es así. La tasa de participación económica es relativamente alta en la mayoría de los países, aún en personas de 65 y más años de edad; esto se ve con menor peso en los países de mayor desarrollo relativo (o de menor subdesarrollo relativo) como en Argentina y Uruguay.

Cuadro 1
TASAS DE ACTIVIDAD PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.
PAISES SELECCIONADOS. AÑO 1990

País	Total	Hombres	Mujeres
<i>En desarrollo</i>			
Argentina	7.19	14.09	2.12
Brasil	15.55	28.27	4.18
Costa Rica	19.56	38.89	2.56
Chile	11.30	21.60	4.00
México	32.56	55.54	14.05
Uruguay	6.82	12.81	2.39
<i>Desarrollados</i>			
Canadá	7.89	12.94	4.24
Estados Unidos	10.50	17.37	5.87
Conjunto(*)	5.91	9.96	3.31

Fuente: International Labour Office, *The ILO and the Elderly*, Ginebra, 1992.

(*) Forman parte de este conjunto: Polonia, Hungría, Francia, Inglaterra, Suecia, las dos Alemanias (antes de la unión) y la URSS.

Como surge de esas estimaciones, la tasa de actividad para las personas de 65 y más años en la región es mayor que la esperada. Dichas tasas son el resultado de dos fenómenos diferentes: la necesidad económica de trabajar pese a la edad avanzada y la vocación o necesidad psíquica de mantenerse activo, o la conjunción de ambas necesidades. La separación de esas dos necesidades destaca dos falencias diferentes de la sociedad: por un lado, la incapacidad de asegurar un descanso digno a las personas de mayor edad; por otro, la incapacidad de crearles espacios laborales para que puedan seguir sintiendo que participan, que están realmente vivos y que conservan un muy patente lugar en la sociedad.

Afortunadamente, una valiosa encuesta levantada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con varios países de la región, permite un análisis profundo de este tema. Además, en un documento del CELADE, en cuya elaboración participamos —con la colaboración de Iris Corbalán y Valeria Ramírez—, se encuentra un análisis de la situación para Argentina (CELADE, 1991), *Argentina: situación y necesidades actuales de la tercera edad. Algunas ciudades seleccionadas*, Serie A, No. 223 (LC/DEM/G.109), Santiago. Ese estudio destaca que en el grupo de 65 a 74 años trabaja el 16.2% de los hombres y el 6.8% de las mujeres, cuando su nivel educacional es bajo; el 38.4% de los hombres y el 3.1% de las mujeres lo hacen cuando tienen escolaridad alta (Cuadro IV-10 de ese estudio). De las personas que están ocupadas, el 85.4% tiene necesidad económica de hacerlo (Cuadro IV-1 del mismo estudio), lo que es casi uniforme para cualquier nivel educacional (Cuadro IV-2 del estudio citado), pero existen algunas diferencias por grupo ocupacional: mientras el 92.4% de los obreros no agrícolas dicen que necesitan trabajar, entre los profesionales y directivos esa necesidad es manifestada por el 71.1% (Cuadro IV-6 del mismo estudio). Pero, esto no permite concluir que estas personas de edad avanzada están "condenadas" a trabajar, ya que en su gran mayoría (casi el 100%) dicen que si bien necesitan trabajar, también les gusta hacerlo. (Cuadro IV-7 de ese estudio). Finalmente, en cuanto a los que buscan trabajo sin que la sociedad responda a esa necesidad, esto ocurre en proporciones muy bajas: 4.4% de la población total encuestada, siendo la más alta la de los hombres de 60 a 64 años con bajo nivel educacional: (19.6%), muy diferente a la del mismo grupo de edad pero con nivel alto de educación: 1.1% (Cuadros IV-9 y IV-10 del estudio que estamos citando). Esta última información permite observar la presencia de una fuerte discriminación del mercado de trabajo en contra de los menos calificados.

Las conclusiones del caso argentino pueden repetirse para cada uno de los trece países en los cuales se levantó la encuesta de la OPS. La riqueza de esta información tiene el inconveniente de corresponder a un solo punto en el tiempo y, por lo tanto, no permite comparaciones; no da elementos para medir el efecto de la crisis de la década de 1980. Pero, para ello se cuenta con los datos censales decenales y de otras encuestas de los países y de organismos regionales, como PREALC, cuyo tratamiento solamente requiere la separación por grupos etarios de nuestro interés. Con esta misma perspectiva pueden desarrollarse reflexiones —fundadas en datos y resultados de estudios publicados— respecto de los efectos de los otros aspectos económicos, ya mencionados, de la crisis sobre la tercera edad. La caída de la producción, y los problemas económicos asociados, significan hechos muy graves para el bienestar de los ancianos: menos riqueza para repartir, menos impuestos recaudados y, en general, menos recursos para salud, seguridad social y otros satisfactores de sus necesidades. Todo esto resiente la capacidad de la sociedad (y del Estado como su organismo institucionalizado en el manejo de los intereses comunes) para atender la subsistencia económica de este grupo. Asimismo, la mayor desocupación

y los menores salarios para los adultos en edades activas resienten fuertemente la relación activos-pasivos y el valor de los aportes previsionales, poniendo en jaque los ya precarios sistemas jubilatorios y creando dificultades complementarias a las familias que se hacían cargo de sus adultos mayores brindándoles casa, comida, vestimenta, remedios, etc.

Estas reflexiones llevan a insistir sobre la importancia de incorporar los problemas de la producción al campo de las políticas sociales en general, y a las de la tercera edad en particular. Sin una reactivación económica no hay posibilidades de solucionar las necesidades de todo tipo que tiene la tercera edad.

Es necesario superar una división entre lo económico y lo social; esta división lleva a equívocos respecto de la posibilidad de proponer políticas sociales con independencia de los logros económicos. *Los científicos sociales no debemos circunscribirnos al estudio y propuestas sobre temas distributivos que hacen abstracción de los obstáculos y condicionantes del proceso productivo.* Tampoco se debe abandonar la tarea de velar por que la reactivación económica se traduzca efectivamente en buenas políticas sociales: se sabe que la producción no significa automáticamente buena distribución. Los efectos de la crisis en el campo social no han sido menos graves que los producidos en lo económico (lo que no podía ser de otro modo si todo lo que venimos sosteniendo de la dependencia de lo social respecto de lo económico es correcto). Sin embargo, esa dependencia no borra ciertos márgenes de autonomía relativa de lo primero sobre lo segundo, lo que se ha afirmado en varios trabajos sobre el tema de la crisis social en la región.

La División de Desarrollo Social de la CEPAL, en un documento reciente sobre las principales tendencias sociales en la década de los ochenta, consigna datos que permiten observar que, pese a la crisis regional, algunos países han realizado esfuerzos compensadores dentro del gasto público, como en el caso de la salud. "De los 17 países que entre 1980 y 1987 muestran signos negativos en el índice de la variación acumulada de las tasas anuales de crecimiento del producto solo cuatro (Trinidad y Tabago, Panamá, Paraguay y Honduras) exhibieron aumentos significativos, —entre 38 por ciento y 80 por ciento— del porcentaje del gasto público en salud sobre el total del gasto público. Otros dos (Jamaica y Perú) mostraron aumentos muy pequeños —entre 2 y 4 por ciento— mientras que los once restantes países presentaron descensos que van del 3 por ciento al 60 por ciento (Argentina y Costa Rica)"¹³. Según el mismo documento, aun en áreas donde no ha sido posible la mantención de ciertos niveles totales de gasto, como es el caso de la educación, la misma "continuó aumentando sus logros cuantitativos respecto a los decenios anteriores, manteniendo la meta alcanzada en los años sesenta y setenta de una matrícula primaria que en la mayoría de los países se ubica alrededor del 100 por ciento, incrementando las tasas de transferencia de educandos de primaria a secundaria, y aumentando la proporción de matriculados en la enseñanza del segundo y tercer nivel" (pág. 17). Esto, sin perjuicio de algunos problemas, como posibles pérdidas de calidad de la enseñanza, no homogéneas dada la aparición de circuitos educacionales estratificados. En aquellos logros también influye el incremento de la educación en establecimientos privados.

¹³CEPAL (1989), *América Latina en los ochenta: Principales tendencias sociales*. LC/R. 843 (pág. 13).

Otros datos referidos a descensos en las tasas de mortalidad infantil ratifican una vez más las posibilidades abiertas a los buenos administradores del aparato público para producir mayores impactos sociales con iguales recursos presupuestarios.

Cuadro 2

**COSTA RICA, CHILE Y GUATEMALA: MORTALIDAD INFANTIL Y GASTO
EN SALUD (promedios decenales entre 1960 y 1986)**

	Gasto en salud (a)			Mortalidad infantil (b)			(b)/(a)		
	Costa Rica	Chile	Guatemala	Costa Rica	Chile	Guatemala	Costa Rica	Chile	Guatemala
1960-1969	232.3	17.5	71.0	100.0	91.0	0.34	5.63		
1970-1979	536.7	72.2	30.0	39.8	60.2	76.9	0.08	0.72	2.59
1980-1986	466.5	71.3	35.4	19.0	23.4	60.9	0.04	0.34	1.94

Fuente: Tomado de Bravo, J. (1991), "Economic Crisis and Mortality: Short and Medium Term Changes in Latin America", documento presentado a la Conferencia sobre el Poblamiento de las Américas, Veracruz, México, CELADE, Santiago.

Los datos del cuadro 2 muestran que los tres países presentan éxitos muy diferentes en cuanto a preservar vidas de infantes, dada una misma cantidad de recursos financieros. La comparación en el tiempo dentro de cada país muestra también la relativa independencia de la mortalidad infantil respecto de lo que se gaste en el sector salud. La relación entre las muertes de infantes y el gasto en salud a través del tiempo muestra como va descendiendo significativamente la tasa de muertes por mil, por cada unidad de la moneda local gastada en salud. (En la medida en que el dato se expresa en moneda local, las relaciones no son comparables entre países). El cociente para Costa Rica en la década 1960-1969 era de 0.34, mientras que esa relación entre mortalidad infantil y gasto en salud pasa a sólo 0.04 para el mismo país en el período 1980-1986. Guatemala, con una eficacia aparentemente menor que Costa Rica en el uso de esos recursos, también mejora mucho en el uso de los mismos, pues el referido cociente —que en la década 1960-1969 era de 5.63— pasa a 1.94 en el período 1980-1986. Cuando se comparan las dos últimas décadas, Chile aparece como el país que más ganancias obtuvo en cuanto a reducir la mortalidad infantil por unidad de moneda local gastada en salud.

Estos datos, y muchos otros sobre el mismo tema, muestran que todavía es mucho lo que puede hacerse en los programas de reformulación del Estado y de "ajustes" en los gastos públicos. Con todo, lo anterior no invalida la necesidad de nuevos recursos para atender las demandas sociales de los diferentes grupos o categorías sociales. Muchos científicos sociales, alejados de las exigencias concretas de la administración efectiva del aparato del Estado, suelen proponer la creación de nuevos impuestos como solución a la insuficiencia de recursos. Esto es válido mientras no se llegue a límites que desalienten las inversiones, pues el descenso de éstas no solamente significa nuevos retrocesos en la capacidad del Estado para atender servicios sociales, sino también significa menos trabajos, menos ingresos reales y pobreza generalizada, con sus consecuencias para, entre otros, la tercera edad.

Muchos de nuestros países ya están hace años en una situación semejante a la señalada, y dado que los capitales se caracterizan por una gran facilidad para dirigirse a otros mercados con menores cargas impositivas y menores trabas a su desempeño, es altamente recomendable que tanto los científicos sociales como los administradores públicos pongan mucho énfasis en un aumento en la eficiencia y eficacia de la percepción y del uso de los recursos para las políticas sociales, teniendo en cuenta las dificultades y hasta los peligros de un aumento nominal de la carga impositiva, que finalmente se elude en gran parte, dada la ineficiencia recaudatoria, que tolera altos porcentajes de evasores.

B. CRISIS, AJUSTE Y MODELO DE DESARROLLO

A nuestro juicio, el tipo de análisis ya esbozado, con toda la riqueza informativa que ofrece, presenta insuficiencias para una comprensión integrada de los problemas de la tercera edad (como la de cualquier otro grupo o categoría social). Estos problemas no pueden ser aprehendidos en su integralidad y significación si no se comprenden los obstáculos estructurales al funcionamiento productivo y distributivo de la sociedad. Y si la comprensión de esos problemas no es adecuada, tampoco lo será la capacidad de proponer políticas que resuelvan los problemas de esos grupos o categorías sociales. Por ello, y sin perjuicio de algunas políticas que apunten a la atención directa de aspectos específicos de la problemática de la tercera edad, creemos necesaria la comprensión de la crisis y de sus causas para estar en condiciones de proponer una política o plan de acción integral que contemple la situación de uno de los grupos o categorías sociales que padecen los efectos de esa crisis. Los mayores hacen parte de otras categorías y estructuras, como las familiares, económicas, sociales, culturales y otras, de mayor o menor medida. Y para mejorar la situación de la tercera edad, algo tiene que ocurrir con esas familias y grupos sociales, y con la relación entre los mismos, así como con las características político-organizativas y culturales de la sociedad. Esto nos lleva a una perspectiva estructural del análisis y de las propuestas de políticas.

No ignoramos las corrientes teóricas donde los actores sociales parecen independizarse de las estructuras sociales, con una concepción atomizada de los elementos constitutivos de la sociedad. No parece una perspectiva fructífera para analizar los problemas sociales ni un buen punto de partida para proponer o diseñar políticas sociales dirigidas al conjunto de la sociedad o a algún grupo en particular.

Esto no debiera llevarnos al "determinismo" de los seguidores ingenuos del materialismo histórico, severamente criticados por pensadores como Gramsci en sus "Cuadernos de la cárcel" al rechazar el determinismo económico a ultranza. Esta relación entre actores y sociedad ha quedado más clara con las contribuciones de Plejanov en relación al "papel del individuo en la historia". No hay dudas que ciertos actores o grupos sociales pueden independizarse relativamente de la estructura y aun pueden romper, no sólo sus ataduras a la misma sino también modificar drásticamente, esas estructuras. Pero generalmente, como dijo Marx, el hombre es el autor de la historia pero en condiciones que no elige. Para el tema que nos ocupa, estas reflexiones nos parecen estructurales de la sociedad, podemos atacarlas y de esta manera crear las condiciones necesarias para actuar sobre los problemas de la tercera edad. Esta condición necesaria no será suficiente, por supuesto, y ahí está el papel de las políticas sociales específicas para el grupo poblacional del que nos ocupamos.

Es mucho lo escrito sobre los diferentes aspectos de la crisis que sufren los países de la región; en muchos casos con criterio científico y en muchos otros con simplificaciones ideológicas.

Sin embargo, pareciera que lo más logrado es el estudio de los resultados de esa crisis, cuantificado en los estudios sobre pobreza; insuficiencias en la satisfacción de las necesidades básicas; las cifras de la deuda social en la década pasada; deterioro de los diferentes servicios sociales y en la calidad de vida de la población. No abundaremos sobre el tema, dado el cúmulo de material ya publicado al respecto.

Sin embargo, todo esto significa una buena construcción de la variable dependiente o explicada, pero muy pocos avances en la explicación del fenómeno. Dicho metodológicamente, no está probado cuáles han sido las causas de esta deteriorada situación social (más allá de asociaciones estadísticas entre diferentes fenómenos socioeconómicos, que nunca pueden pretender la prueba de una relación causal) ni han sido relevadas las variables (o red interactiva de variables) independientes o explicativas.

Podría decirse que el trabajo técnico y científico estuvo reservado para la construcción de la variable dependiente, y que se ha echado mano de la simplificación ideológica (por ambos bandos) para "explicar" las causas que llevaron a esa deteriorada situación social en la región. Es muy grande la deuda que los científicos tenemos con la sociedad y con cada uno de sus grupos o categorías sociales.

Parafraseando la respuesta de Marx, con su "Miseria de la Filosofía", a la "Filosofía de la Miseria" de Proudhon, es hora de reflexionar sobre la pobreza de la sociología, de la economía, de la politología y otras disciplinas, para comprender los fenómenos de la pobreza y otras tantas carencias de varios segmentos sociales de la población, más allá de nuestros logros intelectuales en relación a la cuantificación de la pobreza, calidad de vida, deuda social, etc.

Debemos pensar cuánto influye sobre esta "pobreza de la sociología" en torno a estos temas la opción ideológica de definir, como campo propio de esta disciplina, la problemática relacionada con la distribución de los bienes y servicios producto del desarrollo, dejando poco espacio para el análisis de los procesos económicos y para las raíces estructurales productivas de los problemas sociales estudiados. Curiosamente, esta supuesta perspectiva "progresista" no puede alejarse más de la perspectiva del materialismo histórico, que ha hecho del "modo de producción" su categoría teórica de mayor nivel de abstracción y de mayor capacidad para la comprensión de la sociedad y de las relaciones entre los grupos sociales, así como de la "estructura productiva", su categoría analítica más iluminadora.

Este sesgo ideológico llevó a la simplificación de que la crisis habría sido desatada por el endeudamiento externo, y que su solución pasaba por el no pago de la deuda externa. Cualquiera fuera el grado de verdad de ese diagnóstico y de esa propuesta, ambos están ya superados por la historia. Hoy se considera "resuelto" ese problema; nadie habla de no pagar esa deuda y las carencias están ahí con una vigencia que asusta y nos obliga a buscar otras explicaciones y, sobre todo, otras propuestas.

Ligado a lo anterior, muchas veces se escucha (o lee) que los problemas nacen del ajuste que hicieron los gobiernos de casi todos los países de la región. Aun en muchos trabajos serios de reconocidos científicos sociales se asocian los problemas de la pobreza, y otras insuficiencias sociales, al ajuste. Es cierto que no siempre se lo presenta como una conclusión de investigaciones sobre el tema, pero en el discurso reflexivo se van asociando ambos fenómenos como si uno se correspondiera "naturalmente" al otro (Bustello e Isuani, "El ajuste en su laberinto").

Sobre el tema del ajuste algo hay que decir, aun cuando éste no sea el espacio adecuado para abordarlo y su estudio sea una de las tareas pendientes y que pronto debiéramos acometer. En la propuesta de tareas que necesitamos discutir como imprescindibles para llegar a un buen diseño de políticas para la tercera edad, ésta será quizás la primera en orden temporal. Algo debe decirse, particularmente porque esta es la causa más esgrimida actualmente para explicar las carencias de diversos grupos y categorías sociales, entre otros, de la tercera edad. Y porque si se confunde la causa, aunque sea parcialmente, será difícil acertar en el cuerpo de políticas para enfrentar el problema.

A nuestro juicio, hay pocas dudas respecto de la necesidad de hacer tal ajuste: el mal manejo por parte del Estado de la mayoría de los países de la región, no sólo de las variables macroeconómicas, sino también de los recursos para atender las políticas sociales, es hoy un hecho que sólo se niega en las declaraciones públicas proselitistas, pero que ya se reconoce en cualquier conversación privada de los estudiosos o dirigentes de partidos políticos no anquilosados en su pensamiento.

El ajuste, entendido como reacomodamiento de las variables macroeconómicas a la nueva realidad del mercado internacional y como una mayor austeridad en el gasto público, que debe ser manejado con honestidad, transparencia, eficiencia y eficacia, parece una condición necesaria —aunque no suficiente— para superar las crisis que viven las sociedades latinoamericanas.

Este momento es oportuno para señalar la simplificación del sesgo del otro signo ideológico, cuando parecía sostener que haciendo el ajuste ya resolvía el problema. Desequilibrios fiscales producidos por exceso de gastos, grandes deficiencias en la recaudación impositiva, hiperinflaciones, subsidios, falta de inversión pública y privada, manejo discrecional del poder y los recursos. Todo esto, y una notoria deficiencia y falta de transparencia en el manejo de los gastos, eran realidades que no podían (ni debían) esconderse y que no podían continuar sin una quiebra total del Estado y de las instituciones republicanas.

Por eso, y por muchas otras argumentaciones que podrían agregarse, el ajuste era necesario. Algo distinto son las condiciones que puedan imponerse desde el exterior y, sobre todo, las cargas diferenciales de ese ajuste para los diversos grupos o categorías sociales. La discusión de estos aspectos nos parece mucho más relevante y pertinente que discutir si el ajuste debía hacerse o no (polémica que también ha sido superada por la historia). Como tarea para los científicos sociales queda la deuda de aportar conclusiones de investigaciones empíricas sobre el papel del ajuste en la crisis latinoamericana y en las consecuencias que ésta tuvo sobre vastos segmentos sociales.

Dejando de lado la afirmación que hace la derecha en el sentido de que el ajuste es la solución a los problemas de la crisis (puede ser necesario y por tanto parte o condición de la solución, pero no la solución misma), será necesario investigar si el ajuste fue la causa de estos problemas, o si la causa estuvo en el modelo populista de desarrollo, con los problemas macroeconómicos y de ineficacia administrativa denunciados con insistencia. Para ello hay ciertas reglas metodológicas básicas, como el criterio del "grupo de control", esto es, observar si países que no hicieron el ajuste están mejor que los que lo hicieron, controlando en lo posible el resto de las variables en juego; o ver si los que están peor socialmente son aquellos que hicieron un ajuste más profundo.

Nosotros manejaríamos la hipótesis de que el ajuste fue una consecuencia de un modelo económico social obsoleto frente a las nuevas condiciones de la economía mundial, y que ahí deben buscarse las causas de los problemas sociales de la tercera edad y de otros grupos poblacionales. (Sin perjuicio de discutir las condiciones del ajuste y las diferencias en las cargas que los diferentes grupos debieron soportar). Esto tiene importancia, pues si las causas de la crisis y de la deuda social están en la estrategia de desarrollo que habría quedado obsoleta, debería concluirse que para ocuparse en profundidad de los problemas de la tercera edad debe revisarse la estrategia de desarrollo. Esto significa también postular que lo social no se resuelve si no se resuelve lo económico. Lo social puede tener una autonomía relativa de lo económico, pero nunca puede independizarse de éste.

En cambio, si nos conformamos con la simplificación de que el "ajuste" es la causa de todos los males, la propuesta no será otra que dejar de lado dicho ajuste, pese a que el mismo parece necesario incluso para gastar más eficazmente los pocos recursos existentes. Cualquiera que conozca el "Estado real" (y no el Estado que nos gustaría que fuera) sabe que es mucho lo que se puede modificar, multiplicando los resultados buscados.

C. CAMBIOS SOCIOCULTURALES Y CALIDAD DE VIDA DE LA TERCERA EDAD

La perspectiva de análisis que venimos sugiriendo nos muestra un buen camino para el análisis de un aspecto de suma relevancia, algo descuidado y al cual hiciéramos mención anteriormente. Nos referimos a un fenómeno de índole sociocultural, derivado de la crisis que sufre nuestra región y que pesa fuertemente sobre nuestros mayores.

La calidad de vida y el bienestar general de la tercera edad requieren de la satisfacción de necesidades socioeconómicas, pero requieren también, en una medida que no siempre se destaca adecuadamente, de satisfactores de índole afectivo, valórico, que sólo un cambio en las pautas culturales de la sociedad en general, y de la vida familiar en particular, pueden proveer.

Con el correr del tiempo, la valoración que la sociedad hace de los viejos ha venido sufriendo deterioros crecientes: de un lugar privilegiado en los consejos de ancianos que gobernaban la comunidad y de una creencia en su sabiduría casi ecuménica, se ha llegado al presente, en que suele vérselos como un problema, con un fuerte peso en las cargas y muy poco que ofrecer al resto de la sociedad o incluso a su familia.

Esto no puede ser tolerado por la estructura de personalidad del ser humano, dada la importancia fundamental del componente afectivo en esa estructura. El sentimiento de abandono, el maltrato que suelen recibir de sus semejantes más jóvenes, y la percepción de no tener un papel que jugar en la sociedad, que al menos les retribuya con el derecho de sentirse respetados, pueden llevar a una calidad de vida tan despreciada como la de aquéllos que sufren penurias económicas.

Es evidente que estos problemas socioculturales no son independientes de los componentes económicos del problema, y tal dependencia se manifiesta de más de una manera. En primer lugar, los crecientes y revolucionarios cambios productivos han llevado a que se valoricen mucho más los

nuevos conocimientos técnicos y la capacidad de adaptarse rápidamente a esos cambios, en desmedro de la experiencia adquirida a lo largo de una vida. Esa experiencia puede convertirse, en cambio, en un obstáculo para la incorporación de las nuevas técnicas y, aun cuando pudiera haber algunos aspectos del proceso productivo que utilicen esa experiencia, nunca se referirán a aspectos centrales de la producción, por lo que su valoración social siempre será reducida, si no negativa.

Por otro lado, el hecho que los "abuelos" pasen a ser una carga, una molestia, y no un remanso de paz y de cariño que alimenta y reconforta al grupo familiar, tiene parte de la explicación en las necesidades insatisfechas de los adultos jóvenes de la familia, ya sea porque el presupuesto familiar no alcanza, ya sea porque el espacio físico es demasiado reducido y no hay posibilidades económicas de mudarse a viviendas más amplias, o al tener que alojar a los hijos del matrimonio más joven, que forman nuevas parejas y no tienen medios económicos para mudarse a una vivienda propia.

Pero decimos que estos problemas económicos explican *en parte* el cambio de actitud desde la sociedad y aun desde dentro del grupo familiar hacia los más viejos. Algo está pasando en la integración normativa y valórica de la sociedad que, si bien reconoce condicionantes económicas, deben ser separadas analíticamente de los avatares productivos, e incluso deben ser enfrentadas con políticas que reconstruyan el sistema de valores que alberga en su seno: principios de solidaridad social, sentimientos de pertenencia a una comunidad integrada y asignaciones de valores y prestigio que no sean simple contrapartida al aporte económico que cada individuo hace a la sociedad o a la familia.

Se trata evidentemente de una tarea larga y compleja y no pretendemos diseñarla en estas reflexiones generales. Nos conformamos con crear un consenso que dé a esta tarea al menos tanta importancia como a las que aspiran a resolver los problemas económicos y la salud física de los ancianos.

Y esta debe ser tarea de todos; del poder político y de la sociedad civil. En los niveles económicos, sociales, culturales y psicosociales y comprometiendo a todos los grupos y fuerzas sociales. Pero hay un grupo o categoría social que debe ser el centro de esta acción, y estos no son más que los ADULTOS MAYORES MISMOS, con el apoyo de las otras fuerzas políticas y sociales. Nos estamos refiriendo obviamente a la PARTICIPACION DE LA TERCERA EDAD, que debe ser protagonizada por ellos mismos, pero ayudada y fomentada por todas las fuerzas sociales y políticas de la sociedad.

D. HACIA LA REINCORPORACION PLENA DEL ADULTO MAYOR A LA SOCIEDAD

Queremos terminar estas reflexiones con la sugerencia de algunas propuestas para nuevas etapas de un plan de acción para la tercera edad en América Latina.

Tenemos la impresión que muchas de las propuestas de políticas y acciones sobre la tercera edad, apuntan, en última instancia, a mejorar la situación de una categoría social a la que consideran como ya fuera de la dinámica social. Un grupo de personas "pasivas" que ya estarían prácticamente fuera de la sociedad y al que, en el mejor de los casos, trata de asegurarles un retiro confortable. Creemos que el retiro relativo de la función productiva no debe confundirse con un "retiro" o abandono de su condición de ciudadano o de persona humana con todos sus derechos vigentes.

La óptica central de estas propuestas pasa por poner en el centro de la acción y de las responsabilidades a los adultos mayores mismos. Sin ello caeríamos muy pronto en un inadecuado asistencialismo y en la manipulación de las situaciones de los mismos, aun con las mejores intenciones del mundo. Esto no quiere decir, obviamente, que siempre los líderes y constructores de las propuestas sean necesariamente los adultos mayores. (Tampoco los líderes de la clase obrera en la lucha por el socialismo han sido siempre obreros). Pero será necesario hacerlo con una fuerte participación de los ancianos; con su convicción y con la fuerza y la alegría que sólo ellos pueden darle.

Desde esta perspectiva cobran sentido algunas reflexiones que hemos hecho anteriormente en torno a la crisis, a las características del ajuste y las consecuencias sobre la tercera edad. Si la tercera edad debe jugar un rol en el proceso democrático de nuestras sociedades, si debe participar en igualdad de condiciones con otros grupos y categorías sociales, no puede dejar de tener cierta claridad sobre las causas de la crisis, para así apoyar o combatir medidas relacionadas con algún tipo de solución.

Pasando a algunas sugerencias, que deberían agregarse a muchas otras que surjan en este seminario y discutidas en conjunto, deberíamos:

- 1) apoyar la participación política de la tercera edad con resultados objetivos derivados de investigaciones empíricas respecto de cuál es la situación de la tercera edad pre-crisis comparada con la actual; de cómo jugó el "ajuste" en los cambios de situación en esos dos momentos del tiempo; de qué aspectos del ajuste y qué condiciones impuestas desde el exterior son responsables de una carga diferencial que debe soportar la tercera edad en comparación a otros grupos o categorías sociales. (En estos estudios, la rigurosidad metodológica es imprescindible: no se puede confundir coexistencia de dos fenómenos con causalidad ni confundir situaciones de coyuntura o datos sincrónicos con resultados de procesos diacrónicos; no se puede dejar de usar "grupos de control", para ver lo que pasa en los países que hicieron ajuste, y también en los que no lo hicieron o en los que adoptaron medidas diferentes).
- 2) apoyar el diseño de políticas sobre empleo para la tercera edad con investigaciones acerca de la forma en que la crisis afectó tanto a sus necesidades de obtener empleo como a sus posibilidades de acceder a ellos. Aquí es necesario diferenciar la vocación por seguir activo de la imposición de continuar trabajando por necesidades económicas. Sin este control, que debe resguardarse metodológicamente, una mayor tasa de actividad puede ser tanto el fruto de un mejor acceso al mercado de trabajo satisfaciendo las vocaciones de la tercera edad, como un empeoramiento de la situación económica de la misma. La valiosa información recogida por la OPS (ya citada) da un buen punto de partida para esta investigación, en la medida en que utilice una metodología adecuada al tratamiento de esos datos.
- 3) apoyar el diseño de políticas que sirvan para asegurar un ingreso económico a la tercera edad, a través de estudios que contribuyan a la vigencia de un sistema de jubilaciones y pensiones seguros y durables en el tiempo, con las debidas actualizaciones de su poder adquisitivo. Para esto, dilucidar entre ventajas y desventajas de un sistema de reparto o capitalización —o combinaciones de ambos— así como proponer medidas que aseguren un control a las imposiciones previsionales, evitando las frecuentes evasiones, son de la mayor importancia para una participación seria y fundada de la tercera edad en el diseño de estas políticas, mucho más allá de las solas manifestaciones ruidosas.

4) apoyar el diseño de políticas para recuperar el bienestar psico-físico de la tercera edad con investigaciones que tiendan a superar la desvaloración social de la tercera edad. Estas investigaciones, al igual que las anteriores propuestas, deben apuntar a la acción, por lo cual el diseño de las mismas debe asegurar que sus resultados sean útiles para el diseño de políticas. En este caso, junto con descubrir las causas de esta cultura que no integra a los ancianos a la trama social, debe proponerse un cuerpo de medidas que, partiendo de los antecedentes recogidos en esas investigaciones, aseguren revestir esa situación con modificaciones en los valores culturales, pautas de costumbres y hábitos cotidianos en el trato a la tercera edad.

5) apoyar el diseño de políticas que lleven a una fuerte participación de la tercera edad, tanto en los problemas generales de la sociedad (políticos, económicos, sociales y culturales), como en la organización de programas de entretenimientos para el uso de su tiempo libre, y de toda aquella otra actividad que los haga sentir que vuelven a tener el protagonismo que alguna vez tuvieron en el ámbito de la familia, de sus amigos, de su barrio o de instituciones más globales de la sociedad. Además, como no siempre se ha tenido un aceptable protagonismo en la vida de adultos jóvenes, no hay que descuidar la motivación para que se incorporen a la participación, en sus diferentes formas, los que, por inercia, creen que la participación es para políticos o dirigentes, pero no para los ciudadanos comunes.

6) apoyar el diseño de políticas que apunten a la integración familiar y a la reincorporación plena de los adultos mayores a ellas. Esta tarea comprende también recomponer la red de solidaridad social, dentro y entre familias y grupos sociales. La misma tiene claros matices culturales, aunque no pueden descuidarse los factores económicos que han llevado a cierta desintegración familiar, que acompaña a la desintegración societal.

Segunda parte

**ASPECTOS RELACIONADOS CON EL
BIENESTAR Y LA CALIDAD
DE VIDA DEL ANCIANO**

III. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

**Doctor Luis Gutiérrez Robledo
Servicio de Geriátría del Instituto Nacional
de Nutrición. México**

Resumen

El envejecimiento humano es un tema complejo cuya perspectiva multidimensional requiere, para su estudio, de un enfoque multidisciplinario. Este trabajo tiene el propósito de definir la naturaleza del proceso, enfocarlo en su amplia perspectiva y resaltar aspectos de actualidad en la investigación gerontológica.

Se consideró el proceso de envejecimiento individual desde diversos puntos de vista: cronológico, biológico, psíquico, fenomenológico social, y funcional, este último da una visión más fidedigna de la integridad del individuo en cualquier momento del proceso.

Un enfoque útil para comprender globalmente la causalidad del envejecimiento, es explicarlo como el resultado de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en los organismos, desde su concepción hasta su muerte, reconociendo la diversidad de factores involucrados en el proceso. Entre estos, son relevantes los factores biológicos —que incluyen los genéticos— y los psicosociales.

Para explicar el proceso existe un gran número de teorías con postulados divergentes y modelos que integran teorías, pero no hay una capaz de definirlo en forma global en toda su complejidad. Según la influencia del medio ambiente y de las enfermedades sobre el individuo a lo largo de su vida, una interesante clasificación distingue entre envejecimiento exitoso, usual y patológico. El primero, en ausencia de factores adversos permite alcanzar el potencial de vida máximo; los dos últimos son los que se dan en la realidad. El patológico, asociado al concepto de fragilidad y a la dependencia, predispone a la incapacidad y a la muerte. En la actualidad, los cuidados geriátricos se enfocan cada vez más hacia la evaluación global, la prevención de las discapacidades y la protección de la independencia.

INTRODUCCION

Los propósitos de este capítulo comprenden: definir la naturaleza del proceso de envejecimiento, ubicar al envejecimiento humano en una perspectiva multidimensional y resaltar algunos aspectos de actualidad en la investigación gerontológica, sobre todo en áreas relacionadas con la práctica clínica; por ejemplo, la génesis de la fragilidad en la vejez y algunos aspectos de la "gerontoprofilaxis".

La gerontología es una disciplina muy vasta, que va desde la política hasta la biología molecular, motivo por el cual no podemos referirnos sino colateralmente a muchos elementos del proceso; sin embargo, la bibliografía señala un compendio con las referencias más significativas (Mishara y Riedel, 1986) en lo que toca a los puntos claves.

A lo largo de la descripción, el lector descubrirá cómo gran parte de lo que tradicionalmente se ha considerado como ineluctable en relación al envejecimiento, es potencialmente prevenible y que los procesos involucrados son fascinantes como tantas otras áreas del conocimiento humano.

A. ENVEJECIMIENTO

¿Cuándo se llega a viejo? ¿Qué quiere decir ser viejo o vieja? ¿Se puede ser viejo a los 50 y joven a los 75 años de edad? ¿Es la vejez un estado de ánimo o un estado físico? En realidad, el envejecimiento puede considerarse desde diversos puntos de vista:

1. Cronológico

Es quizá la manera más simple de considerar la vejez: contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento; en ciertas personas la transición ocurre gradualmente y en otras el cambio es casi repentino. La importancia de los cambios reside en que parece haber una relación entre la cronología y la serie constituida por los acontecimientos de la vida. Pero, los umbrales arbitrariamente establecidos resultan, con frecuencia, engañosos; tanto como el número de aniversarios influyen las enfermedades y los factores socioeconómicos. La edad cronológica sirve, cuando más, como marcador de una edad "objetiva". La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, mas no relacionados causalmente; no es la edad, sino el "cómo se vive" lo que contribuye a la causalidad del proceso.

2. Biológico

La edad biológica corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico. El envejecimiento biológico es diferencial, es decir, de órganos y de funciones; y es también multiforme, pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico, y es, a la vez, estructural y funcional.

3. Psíquico

¿Existen signos psicológicos o afectivos de la vejez? Sabemos cuando una persona puede ser considerada psicológicamente madura, pero ¿se siente uno distinto a los 40 y a los 70 años de edad? Ciertamente,

hay diferencias entre jóvenes y viejos y ellas se manifiestan en dos esferas: la cognoscitiva, afectando la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva, que incide en la personalidad y el afecto. Estas modificaciones no sobrevienen espontáneamente sino que son, más bien, el resultado de acontecimientos vitales, como la pérdida de seres queridos y la jubilación. Al parecer, la capacidad de adaptación a las pérdidas y otros cambios que se suscitan a lo largo de la existencia determinan en gran medida la capacidad de ajuste personal a la edad avanzada.

4. **Social**

Comprende los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. Algunas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. El ciclo dependencia-independencia que afecta a muchos seres de edad avanzada es un ejemplo: la dependencia produce efectos distintos según numerosas variables sociales y psicológicas. Así, Palmore (1975) advierte que la situación puede ser totalmente inversa en el Japón con respecto a los Estados Unidos.

5. **Fenomenológico**

La percepción subjetiva de la propia edad, que el individuo manifiesta honestamente sentir, se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial. Tal percepción subjetiva parece adquirir cada vez más valor al introducirnos al estudio de los mecanismos de adaptación que conducen a un envejecimiento exitoso.

6. **Funcional**

El estado funcional en las distintas edades es resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

B. **ETAPAS EPIGENETICAS DEL DESARROLLO**

El envejecimiento es, en ciertos aspectos, un proceso evolutivo gradual. Por otro lado, puede ser considerado como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, social y material. Las crisis o sucesos destacados pueden modificar radicalmente la vida y precipitar el paso de un estadio a otro. La naturaleza, el momento y el orden de tales estadios dan lugar a vivas controversias. Erikson (1963) es el primero en dar un enfoque verdaderamente global al desarrollo y es uno de los pocos que han abordado la cuestión del conflicto entre el trabajo y los sentimientos de inferioridad, estadio seguido por la adolescencia, donde dominan conflictos de identidad y confusión moral para llegar a la madurez, objeto de nuestras consideraciones, donde es característica la crisis de intimidad versus aislamiento. Una vez alcanzada la intimidad, toma una posición central la productividad por oposición al estancamiento. El individuo necesita sentirse productivo, gracias al trabajo o a la procreación, para al cabo de todo alcanzar la integridad del yo o caer en la desesperación. Otros teóricos (Neugarten, 1977) disienten, encontrando inadmisibles la serie ordenada en razón de las numerosas variaciones individuales, pero aceptan la existencia de etapas discretas en el proceso de desarrollo.

¿Qué significa envejecer?

Las definiciones respecto al envejecimiento abundan y se presenta un resumen hecho por Bellamy (1985). Nosotros nos inclinamos a asumir que envejecer es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad (Fairweather, 1991). Se reconoce además que el envejecimiento no tiene una causalidad única y que no es ninguna enfermedad, ni tampoco error evolutivo.

Algunas fuentes de diferencias entre jóvenes y viejos

La comparación entre sujetos jóvenes y ancianos puede servir como punto de partida para una evaluación científica del envejecimiento humano. Sin embargo, no olvidemos que las diferencias entre jóvenes y ancianos pueden obedecer a una multiplicidad de factores distintos al envejecimiento (tabla 1).

Tabla 1

FUENTES DE DIFERENCIAS ENTRE JOVENES Y VIEJOS EN POBLACIONES HOMOGENEAS

- **NO DEBIDAS AL ENVEJECIMIENTO**
 - a) Efectos de cohorte
 - b) Exposición diferencial a riesgos
 - c) Supervivencia selectiva
- **DEBIDAS AL ENVEJECIMIENTO**
 - a) Envejecimiento primario
 - Intrínseco
 - Extrínseco (factores ambientales)
 - b) Cambios secundarios al envejecimiento

Fuente: World Health Organization (1989)

Entre las diferencias que no resultan del envejecimiento figura la supervivencia selectiva. Ciertamente, quienes alcanzan los 90 años o más no tienen las mismas características de los miembros de la cohorte que mueren antes. Los efectos de cohorte tampoco están ligados a la edad, sino en mayor medida a determinantes ambientales; por ejemplo, cabe citar las modificaciones de la función mental que, evaluadas longitudinalmente, demuestran cómo los antiguos estudios transversales reflejan tan sólo diferencias culturales entre generaciones. El fenómeno de la exposición diferencial refleja el hecho de que los ancianos se ven expuestos con mayor frecuencia a condiciones ambientales difíciles, frente a las cuales son, sin duda, más vulnerables; tal es el caso de la exposición al frío o la pobreza.

C. TEORÍAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Existen en la actualidad un gran número de teorías (Finch, 1977 y Comfort, 1979) sobre el envejecimiento. Al analizarlas, se observa una aparente divergencia en los postulados de los diferentes autores. A pesar de ello, parece cada día más evidente que, siendo el envejecimiento un proceso multidimensional, es

necesario explicar en distintos niveles los numerosos y diversos mecanismos que interactúan para llevar a los organismos al desarrollo y luego a la senescencia. Sería a todas luces sorprendente que una sola teoría pudiese explicar globalmente el proceso en toda su diversidad y complejidad.

Hall (1984) propone una integración de las teorías, dando origen a un modelo donde el envejecimiento es comparado a la curva parabólica descrita por un proyectil, cuya trayectoria depende obligadamente de varios factores. En una situación biológica ideal, el organismo sería poseedor de una fuerza genética primigenia, que le permitirá atravesar la vida siguiendo una trayectoria óptima previsible. Luego, en la segunda mitad de la vida, al concluir el crecimiento, los cambios ambientales y endógenos, la enfermedad, las presiones inherentes al estilo de vida, la nutrición y los errores metabólicos serían limitantes del proceso de desarrollo y de la longevidad máxima potencial.

D. CAUSALIDAD DEL PROCESO

Existe una diversidad de factores involucrados en el proceso de envejecimiento. En el sentido más amplio, podríamos asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en los organismos, desde su concepción hasta su muerte. Este abordaje no distinguirá entre el desarrollo intra y extrauterino, la maduración, la adaptación al estrés, la enfermedad y los procesos degenerativos. La fuerza de tal enfoque estriba en que reconoce el "principio de incertidumbre", aún vigente en la actualidad y según el cual con frecuencia es poco claro si un cambio relacionado con el envejecimiento es atribuible al envejecer o a algún otro proceso. Además, reconoce la posibilidad de que los mecanismos básicos del envejecer estén operando, no sólo al final de la existencia, sino por igual en etapas más tempranas. Si bien es útil para comprender globalmente la causalidad del envejecimiento según lo vivimos en la actualidad, es un modelo demasiado complejo para ser práctico y útil en el abordaje de, por ejemplo, la investigación. Además, para el progreso del conocimiento y la atención al senescente, es necesario deslindar con claridad si los cambios observados en el curso de la vida, tienen o no que ver con mecanismos patológicos sobre los cuales sea posible intervenir.

La causalidad del proceso

En los capítulos subsecuentes se analizan los elementos del proceso de envejecimiento para dar lugar a una visión integradora del mismo y por ello, a continuación, no haremos sino enunciar algunos de los factores en causa.

Factores biológicos

La tabla 2 ilustra la variedad de elementos biológicos involucrados y los mecanismos en juego en los distintos niveles de organización del organismo. En los niveles ilustrados participan algunos mecanismos generales; destacan entre ellos: la acción de los radicales libres superóxido y las alteraciones en la tasa de reparación del ácido desoxirribonucleico (ADN) cuya eficiencia se correlaciona con la longevidad (Hart, 1984) en numerosas especies animales. Ambos son mecanismos con un amplio sustento de evidencia científica; sin embargo, parece ya bastante claro que el proceso de envejecimiento, aun a nivel biológico, no tiene una causalidad única, sino que se ve sujeto a la influencia moduladora de numerosos factores además de los ya señalados: la dieta, la temperatura ambiente, la tasa metabólica, etc. Por otro lado,

parece clara también la participación de factores genéticos (tabla 3) que determina la expresión del proceso, a través de mecanismos que comenzamos a entrever, como puede ser la metilación de la citosina (Catania, 1991) como factor regulador de la expresión de genes pleiotrópicos.

Tabla 2

EL AMBITO DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

- *Procesos primarios moleculares*
 - Genéticos
 - Síntesis proteica
 - Modificaciones post-traduccionales
 - Cambio físico-químicos en estructuras fijas
- *Procesos secundarios celulares*
 - Defectos de reparación
 - Defectos en mecanismos de control
 - Defectos en la utilización de la energía
 - Alteraciones en el ciclo celular
- *Procesos terciarios a nivel orgánico*
 - Cambios metabólicos
 - Alteraciones de la integración
 - Alteraciones en el comportamiento

Tabla 3

FACTORES GENETICOS EN EL ENVEJECIMIENTO

Los genes del envejecimiento:

- Específicos con genes reguladores (Medawar)
- Pleiotrópicos (Williams)
- Represión de genes esenciales (Jacob y Monod)

Teorías con base genética:

- Capacidad de reparación del DNA
- Mutaciones somáticas
- Radicales libres
- Alteraciones en la regulación de la expresión genética (aumento de la metilación de la citosina)
- Mecanismos regulatorios en células germinales (diferencias en metilación)

Factores psicosociales

Mishara y Riedel han propuesto un modelo social que pretende explicar los cambios que se suceden para determinar el proceso de envejecimiento desde el punto de vista social. Este se basa en los conceptos de Levinson (1978) y Sheehy (1976) y describe una serie de etapas discretas que se suceden y en cada una de las cuales el individuo oscila entre la independencia y la dependencia, acercándose cada vez más a esta última. La sucesión de las etapas es marcada por crisis, evolucionando hacia la pérdida del valor social.

En sociedades tradicionales, la adaptación al proceso de envejecimiento parece menos difícil y accidentada que en las sociedades modernas. Al parecer, los cambios psicológicos normalmente observados en el viejo favorecerían la adopción de roles significativos en sociedades tradicionales, como puede ser una mayor involucración en prácticas religiosas. Esto ha sido ampliamente estudiado por Guttman (1974), quien observa cómo, en los últimos 200 años, las sociedades "avanzadas" han roto con estas posibilidades, determinando una creciente desadaptación. Para rescatar al individuo y favorecer su adaptación se han propuesto diferentes alternativas, conforme se reconoce con mayor claridad cuáles son los mecanismos involucrados (tabla 4). Sabemos así la relevancia que tiene favorecer el narcisismo para mantener el control subjetivo, reforzar la reminiscencia a través de técnicas como la logoterapia propuesta por Frankl y propiciar el acercamiento a prácticas que promuevan el compromiso social o renueven los vínculos religiosos, todo ello para favorecer el fortalecimiento de las "fuerzas vitales" (tabla 5) que soportan al proceso de adaptación en la vejez.

Tabla 4
ADAPTACION AL ENVEJECIMIENTO

- LA IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA Y SU PRESERVACION EN CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS
- LA SENSACION SUBJETIVA DEL CONTROL
- LA HISTORIA PERSONAL Y EL SENTIDO DE LA VIDA
 - ERIKSON
 - FRANKL
 - ANTONOVSKY
- RECURSOS PARA ACRECENTAR LA PERCEPCION DE SENTIDO:
 - REMINISCENCIA
 - RELIGION
 - OPTIMISMO
 - COMPROMISO

Tabla 5
ERIK ERIKSON. LAS FUERZAS VITALES

- FE Y ESPERANZA
- VOLUNTAD Y CONTROL
- SENTIDO
- PLACER E IMAGINACION
- COMPETENCIA Y LABOR
- VALORES Y SENTIDO DEL YO
- AMOR Y AMISTAD
- CUIDADO Y PRODUCTIVIDAD
- SABIDURIA Y PERSPECTIVA

E. RESULTANTES DEL PROCESO SEGUN FACTORES INVOLUCRADOS

Recientemente, al reconocer que deslindar los límites entre la enfermedad y las manifestaciones propias del proceso de envejecimiento nos da sólo una visión parcial del problema, Rowe y Kahn (1987) proponen un concepto novedoso, estratificar el envejecer "normal" en dos categorías:

Envejecimiento exitoso, aquellos sujetos en quienes se observa sólo el decremento funcional atribuible al proceso de envejecimiento y donde ni la enfermedad, ni los factores ambientales o los factores adversos en el estilo de vida complican o acrecientan el deterioro. Esto representa una mayor reserva fisiológica y menor riesgo de enfermedad. Además, implica la existencia de cambios que son prevenibles o reversibles en el proceso de envejecimiento, de curso considerado antes como inexorable.

Envejecimiento usual, en donde se observan cambios determinados por el efecto combinado de la enfermedad y el estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco. Si bien este marco conceptual no auxilia en la comprensión de lo que ocurre en el proceso de envejecimiento exitoso, es aún lejano y dista mucho de ser una posibilidad asequible en un futuro próximo, al menos para una gran mayoría. En cambio, en lo cotidiano, debemos hacer frente en la actualidad a las consecuencias del envejecimiento usual, y, peor aún, del *envejecimiento patológico* en un número sustancial de casos. En el presente, el problema de la "fragilidad" domina el panorama de la práctica geriátrica.

F. FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA

Al anciano no le preocupa tanto la muerte como la posibilidad de un largo período de incapacidad que la anteceda. Tal preocupación es compartida cada vez más por los servicios asistenciales, que prevén alzas astronómicas en la demanda de servicios; pero, el concepto de "fragilidad", que predispone a tal situación, es aún difícil de definir científicamente. En lo cotidiano, se refiere al individuo que carece de fuerza o que es de constitución delicada o precaria. El término fragilidad se usa comúnmente para denominar al anciano cuya reducción en la reserva homeostática se asocia con una mayor susceptibilidad al desarrollo de discapacidades; la mayor parte de los ancianos con deterioro funcional encajan en la categoría. Esta definición es consistente con la noción de que la fragilidad es un estado de vulnerabilidad

o carencia de adaptabilidad. Verbrugge (1991) ha definido la fragilidad como caracterizada por "una pérdida global de las reservas fisiológicas, debilidad y vulnerabilidad", lo opuesto a robustez. Larson (1991) usa el término de manera similar y Young (1986) dice que la baja en reserva fisiológica priva al anciano de un "margen de seguridad".

Buchner y Wagner (1992) construyeron un modelo de la discapacidad que denota el concepto de fragilidad basado en: la concepción funcional de la enfermedad, los conceptos de Fried (1991) y Verbrugge y la investigación epidemiológica acerca de los factores de riesgo de fragilidad (Speechley, 1991). En este modelo, muy simplificado, el término "fragilidad" describe un estado fisiológico en el cual se observan los efectos combinados del envejecimiento biológico, la enfermedad y el desuso como determinantes de la discapacidad, la misma que puede ser modificada por intervenciones apropiadas, conforme se van conociendo mejor los factores de riesgo en juego.

Perspectivas sobre la evolución y prevención

En años recientes, los cuidados geriátricos se enfocan cada vez más a la evaluación global, la prevención de las discapacidades y la protección de la independencia. El marco de referencia para la prevención de la discapacidad se asemeja al de la prevención de la enfermedad; el objetivo es identificar precozmente factores de riesgo o señales oportunas del deterioro antes que este ocurra o sea irreversible.

La prevención de la aparición de enfermedades crónicas y discapacitantes que son comunes, en última instancia tendrá impacto sobre la prevención de la fragilidad; existen programas destinados a la prevención de tales patologías (US Preventive Services Task Force: Exercise Counseling, 1989). En definitiva, para que algún día se llegue a ver la predominancia del envejecimiento exitoso, los clínicos debemos aprender a centrar nuestra atención en las acciones preventivas y, sobre todo a partir de la edad madura; y, además, a favorecer, por medio de la educación para la salud, hábitos de vida sanos que propicien el mantenimiento de una correcta funcionalidad. Es en este nivel donde la gerontología moderna encuentra el reto más formidable y la mayor posibilidad de alcanzar un profundo impacto en la salud para todos.

BIBLIOGRAFIA

- Bellamy, D. (1985), *Biology of Ageing*, Pathy M. S. J. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*, John Wiley, Londres, pp 67-104.
- Buchner, D. M. y Wagner, E. H. (1992), Preventing Frail Health, *Clin Ger Med*, 8(1):1.
- Catania, J. y Fairweather, D. S. (1991), Genetic and Genomic Factors, *Aging Rev Clin Geront*, 1:9, 9-111.
- Comfort, A. (1979), *The Biology of Senescence*, Third ed., Londres, Churchill Livingstone.
- Erickson, E. H. (1963), *Childhood and Society*, (2nd ed) Nueva York, W.W. Norton.
- Fairweather, D. S. (1991), Aging as a Biological Phenomenon, *Rev. Clin Gerontol*, 1:3-16.
- Finch, C. E. y Hayflick, L. (1977), *Handbook of the Biology of Aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold.

- Fried, L. y Herman, S. J. (1991), Preclinical Disability: Hypothesis about the Bottom of the Iceberg, *Journal of Aging and Health*, 3:285.
- Guttman, D. L. (1974), Alternatives to Disengagement: The Old Men of Highland Dreeze, R. A. LeVine (ed.), *Culture and Personality: Contemporary Readings*, Chicago, Aldine.
- Hall, D. A. (1984), *The Biomedical Basis of Gerontology*, Wright PSG, Bristol.
- Hart, R. y Setlow, R. (1974), Correlation between Deoxyribonucleic Acid Excision Repair and Lifespan in a Number of Mammalian Species, *Proc Natl Acad Sci, USA*, 71:2169.
- Larson, E. B. (1991), Exercise, Functional Decline and Frailty, *Journal Am Ger Soc*, 39:635.
- Levinson, D. J.; Darrow, D. N. y Klein, E. B. (1978), *The Season of a Man's Life*, Ballantine Books, Nueva York.
- Mishara, B. L. y R. G. Riedel (1986), *El proceso de envejecimiento*, Ediciones Morata, Madrid 1ª edición.
- Neugarten, B. L. (1977), Personality and Aging, Birren, J. E. y Schaie, K. W. (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, Van Nostrand Reinhold Co., Nueva York.
- Palmore, E. (1975), *The Honorable Elders*, Durham, North Carolina Duke University Press, 1975.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1987), Human Aging: Usual and Successful, *Science* 237:143-9.
- Sheehy, G. (1976), *Passages: Predictable Life Crises of Adult Life*, E. P. Dutton, Nueva York.
- Speechley, M. y Tinetti, M. (1991), Falls and Injuries in Frail and Vigorous Community Elderly Persons, *Journal Am Ger Soc*, 39:46.
- US Preventive Services Task Force (1989), Exercise Counseling, *Guide to Clinical Preventive Services*, Baltimore, Williams and Wilkins, p. 297.
- Verbrugge, L. M. (1991), Survival Curves, Prevalence Rates and Dark Matters Therein, *Journal of Aging and Health*, 3:217.
- World Health Organization (1989), Health of the Elderly, *Technical reports series 779*, Ginebra.
- Young, A. (1986), Exercise Physiology in Geriatric Practice, *Acta Med Scand*, 711(s):227.

**IV. EVALUACION DE LA CALIDAD DE HOGARES DE ANCIANOS.
"EL CASO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO
ORIENTE". SANTIAGO, CHILE**

**Dra. María Cristina Escobar,
Programa de Salud del Adulto del Ministerio de Salud.
Sra. Haydée Firevicius,
Consultora de la OPS.**

Resumen

El estudio contiene una breve explicación de la metodología y luego el diagnóstico de la situación de uno de los servicios de salud del Área Metropolitana de Santiago, Chile, a través de dos evaluaciones: una dirigida a determinar el grado de dependencia física y psíquica de las personas residentes en hogares, y la otra destinada a investigar las prestaciones que brindan los establecimientos (hogares).

La evaluación muestra la baja calidad de la oferta de hogares de ancianos lo que se hace evidente por el elevado número de ellos que no alcanzan un nivel mínimo aceptable, según la escala aplicada, mientras que el promedio general obtenido por el conjunto de hogares también es bajo. Se estima que la falta de normas afecta la calidad de los establecimientos.

Las conclusiones indican la necesidad de elaborar y difundir normas escritas que regulen los requisitos que deben cumplir la planta física y los recursos materiales, para que quienes proyecten poner nuevos establecimientos, escojan edificios adecuados o adecuables.

El área de los recursos humanos también presenta déficits que confirman un panorama preocupante y señalan la necesidad de elaborar normas y arbitrar medios para capacitación en esta área. Este rubro, a diferencia de la planta física, no significa un gasto o inversión significativa de recursos. El 57% de la población usuaria, en su mayoría mujeres y de edad muy avanzada, muestra un alto grado de dependencia, hecho que habría que correlacionar con aspectos de la infraestructura y de los recursos humanos.

A. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Existe consenso entre las personas vinculadas a las instituciones de larga estadía para ancianos en Chile sobre la necesidad impostergable de proponer una nueva reglamentación sobre "Hogares de ancianos", considerando el gran número de residencias existentes y el interés creciente por abrir nuevos hogares.

El reglamento vigente (Decreto N°334 del 6 de septiembre de 1983) resulta inoperante en la medida que no define los criterios mínimos que deben cumplir las residencias para su funcionamiento, y equivocadamente asume que existen dos tipos de hogares: los que albergan población sana y los que albergan población enferma, asignando la responsabilidad de control y supervisión al Servicio del Ambiente en el primer caso y a los Servicios de Salud en el caso de residencias para enfermos, cuando la realidad es que la población usuaria es mixta.

Para llevar a cabo este proyecto se solicitó la asesoría técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la que se concreta en junio de 1992, a través de una consultora argentina experta en el tema de la evaluación de establecimientos geriátricos de larga estadía.

Por intermedio de la consultora fue posible acceder a una batería de instrumentos para evaluar diferentes aspectos de la atención geriátrica institucional de larga estadía los que habían sido aplicados con anterioridad en Argentina y Ecuador.

Los resultados de la evaluación permitirían hacer un diagnóstico de la situación de las residencias para ancianos en nuestro país y, sobre esta base, proponer el nuevo reglamento.

B. METODOLOGIA

En junio del presente año se contactó a los Jefes de los Departamentos de las Oficinas de Profesiones Médicas de los Servicios de Salud de las Regiones V, VI y Metropolitana, con el propósito de invitarlos a realizar una evaluación integral de los hogares de ancianos ubicados en su jurisdicción geográfica, incluyendo el entrenamiento en el manejo de los instrumentos. Se propuso un plazo de 3 meses para ejecutar la tarea, que comprende la evaluación de los hogares, procesamiento computacional de los datos y entrega de resultados por separado a cada Servicio de Salud.

Se realizó un seminario de capacitación, que incluyó una prueba de los instrumentos en el terreno, y se hicieron algunos ajustes mínimos referidos a la terminología. El Ministerio de Salud realizó la duplicación del material en la cantidad que fue requerida por cada Servicio de Salud según el número de hogares y población residente estimada. La recolección de información se inició durante el mes de julio, y la situación al 1° de octubre fue la que se presenta en el cuadro 1.

Cuadro 1

**EVALUACION DEL GRADO DE AVANCE DE LOS HOGARES
DE ANCIANOS, SEGUN SERVICIO DE SALUD. REGIONES SELECCIONADAS**

Servicio de salud	Número de hogares evaluados	Grado de avance
<i>Región Metropolitana</i>		
Norte	Sin información	
Sur	14	Completo
Central	11	Incompleto
Oriente	123	Completo
Occidente	8	Incompleto
Sur oriente	Sin información	
<i>Quinta Región</i>		
Valparaíso - San Antonio	6	Completo
Viña del Mar - Quillota	37	Completo
San Felipe - Los Andes	5	Completo
<i>Sexta Región</i>	Sin información	

Como se ve en el cuadro 1, el número de hogares en cada uno de los Servicios de Salud es relativamente pequeño, y sólo el Servicio Metropolitano Oriente (S.S.M.O.) supera los 100.

Como algunos de los Servicios comprometidos en la tarea aún no la completan, se decidió hacer un primer informe con los datos del S.S.M.O., el primero en concluir la recolección de datos y que además es el Servicio de Salud del *país* que concentra el mayor número de hogares de ancianos.

Breve descripción del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (S.S.M.O.)

Es uno de los 26 Servicios del país y uno de los 6 de la Región Metropolitana. Un 8.1% de su población (85.310 personas) tiene 65 o más años, lo que hace de él uno de los más envejecidos del país.

C. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1. Evaluación de la dependencia de los residentes en hogares de ancianos

Se utilizó el instrumento de evaluación de Kutzman: "Escala para Evaluar la Dependencia en Instituciones".

1.1 Descripción del instrumento

La escala se dirige a determinar el grado de dependencia física y psíquica de grupos de ancianos que residen en instituciones geriátricas, con el propósito de determinar los requerimientos que deben cumplir las instituciones para satisfacer las necesidades de las personas que se hallan internadas en ellas.

El instrumento permite determinar los requerimientos de atención de la población usuaria, identificar los recursos materiales y de personal necesarios en las distintas instituciones. Fue diseñado para utilizarse únicamente en el encuadre por grupos de población y no es pertinente para ser usado a nivel individual.

1.2 Áreas que evalúa el instrumento

- ❑ Cuidados personales, referidos a: alimentación, higiene personal y vestimenta.
- ❑ Cuidados de salud, relacionados con aspectos tales como: control y cuidados médicos y control y cuidados de enfermería.
- ❑ Indicaciones de rehabilitación
- ❑ Dependencia esfinteriana
- ❑ Traslados y desplazamientos
- ❑ Dependencia psíquica

Con el propósito de obtener el puntaje final que determinará el grado o nivel de dependencia de la población en instituciones —y siguiendo las pautas del autor—, se integran los puntajes de las 6 áreas que son objeto de la medición. Así se obtiene un puntaje final, por medio del cual es posible determinar el grado de dependencia tanto de cada establecimiento como del conjunto de ellos que se ha estudiado.

1.3 Características de la población residente en 123 hogares del SSMO

La población estudiada fue de 2.454 personas, de las cuales 1.971 (80.3%) corresponden al sexo femenino y 483 (19.7%) al sexo masculino, con una edad promedio de 80.5 años. Las edades presentan gran variabilidad (entre 20 y 109 años). El 89,8% de los residentes tienen entre 70 y 99 años y el 96,6% entre 60 y 99 años.

Es interesante señalar la presencia de 15 personas longevas que superan los 100 años. Llama la atención la existencia de un 2.6% de menores de 60 años, que podrían corresponder a personas con requerimientos similares a los de la población anciana (secuelas de AVE, Síndrome de Down u otros trastornos neurológicos) (tabla 2).

En cuanto a la nacionalidad de los internos, se comprobó que el 88% de los residentes son de nacionalidad chilena, destacándose un 2.5% de la población de origen español y un 1.9% de alemanes.

Cuadro 2
DISTRIBUCION DE LA POBLACION RESIDENTE SEGUN EDAD

Grupo de edad (en años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
20 a 29	3	0.1
30 a 39	7	0.3
40 a 49	10	0.4
50 a 59	43	1.8
60 a 69	168	6.8
70 a 79	696	28.4
80 a 89	1.172	47.8
90 a 99	334	13.6
100 a 109	15	0.6
sin información	6	0.2
Total	2.454	100.0

Uso de medicamentos

Se investigó el consumo de medicamentos por la población residente, estudiándose el número de medicamentos y no las dosis. Se registró la información del 89.9% de la población, lo que corresponde a 1.986 personas, de las cuales el 97.3% toma medicamentos. Si bien la mayoría (60.7%) toma entre 1 y 3 medicamentos, hay una proporción significativa (21.9%) con entre 5 y 9 medicamentos. Lo más frecuente (24.0%) es tomar 2 medicamentos (cuadro 3).

Cuadro 3
DISTRIBUCION DE LA POBLACION RESIDENTE SEGUN NUMERO
DE MEDICAMENTOS QUE INGIERE

Nº medicamentos	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	54	2.7
1	334	16.8
2	477	24.0
3	395	19.9
4	291	14.7
5	176	8.9
6	108	5.4
7	72	3.6
8	49	2.5
9	30	1.5
Total	1.986	100.0

Cuadro 4
DISTRIBUCION PROPORCIONAL (%) SEGUN TIPO DE CUIDADO
Y NIVEL DE APOYO REQUERIDO

	Nivel de apoyo		
	ninguno	parcial	permanente
Alimentación	72.9	8.5	18.6
Higiene	37.9	27.3	34.7
Vestimenta	45.6	20.9	33.5

1.4 Evaluación de la dependencia

Cuidados personales

La mayoría de los residentes no requiere ayuda para su alimentación personal. Sin embargo, una proporción significativa (18.6%) requiere ayuda más prolongada (alimentación por cuchara, vigilancia e insinuación continua, etc.).

Existe una proporción similar entre los que no requieren ayuda para su higiene personal y quienes requieren cuidados de higiene por el personal de una manera prolongada: higiene en la cama, lavado parcial o completo en el lavatorio, necesidad de administrar un baño cotidiano, etc.

Es significativo el número de ancianos que requiere ayuda parcial (instalación frente al lavatorio, preparativos diversos). Esta ayuda no sobrepasa los 10 minutos por un asistente o 5 minutos por 2 asistentes.

Aproximadamente la mitad de la población procede a vestirse sin ayuda, mientras que un tercio requiere ayuda más importante. Un 20.9% se viste con una ayuda mínima, ayuda que no excede los 5 minutos (cuadro 4).

Control y cuidados médicos

La mayoría de los residentes no presenta patología o tiene una patología no evolutiva y necesitan sólo un control médico periódico o episódico. Poco más de un cuarto de la población presenta patología estable que amerita un control más estricto. El resto requiere controles médicos o ajustes terapéuticos frecuentes o imprevisibles debido a patología en evolución, con riesgo de posible descompensación.

Control y cuidados de enfermería

Aproximadamente la mitad de los residentes no requiere ningún cuidado de enfermería. Igual número de residentes necesitan cuidados médicos más estrictos y también cuidados regulares de enfermería, tales como: inyecciones, colostomía, etc., que en total no demandan más de 10 minutos de atención por jornada. Una de cada cuatro personas requiere cuidados prolongados o frecuentes (cuidado de escaras graves, manejo de sondas, aspiración traqueobronquial, etc.).

Indicaciones de rehabilitación (kinesiterapia, terapia ocupacional)

Aproximadamente el 75% de los residentes no tiene una indicación ni contraindicación en esta área. Un poco más del 10% tiene indicación de intervención de mantenimiento (1-3 veces por semana) y una proporción un poco mayor tiene indicación de rehabilitación intensiva.

Otras dependencias: esfinteriana, traslados y desplazamientos y dependencia psíquica (Cuadro 5).

Cuadro 5
DISTRIBUCION PROPORCIONAL (%) DE LA POBLACION RESIDENTE
SEGUN TIPO DE DEPENDENCIA Y NIVEL DE APOYO REQUERIDO

	Nivel de apoyo		
	ninguno	parcial	frecuente
Dependencia esfinteriana	62.2	10.4	27.3
Traslados y desplazamientos	56.3	18.3	25.4
Dependencia psíquica	45.0	27.0	28.0

Dependencia esfinteriana

Cerca de dos tercios de los residentes residente no presentan problemas de incontinencia, incluyéndose en este grupo las incontinencias manejadas por el anciano sin ayuda (sonda permanente, colostomía, pañales, etc.). Por otra parte, un porcentaje importante presenta dependencia esfinteriana que requiere de intervenciones cotidianas múltiples. Se considera parcial la dependencia que no necesita más de dos intervenciones diarias, y comprende la incontinencia nocturna y el cambio de las bolsas de orina.

Traslados y desplazamientos

Más de la mitad de la población se desenvuelve sin ayuda; aquí se incluyen aquellas personas capaces de desplazarse con la ayuda de un soporte móvil (bastón, silla de ruedas, muletas), en la medida que ellas se aseguran o procuran personalmente su traslado. Más de un cuarto de la población tiene una dependencia marcada, y se trata de personas postradas o manejadas de una manera pasiva, o de traslados pasivos o sin apoyo sobre los miembros inferiores. El 18.3% requiere ayuda parcial u ocasional, es decir, necesita de la ayuda de una persona para los traslados y la marcha o de puntos de apoyo fijos para la marcha. Cabe señalar que el 43.7% de los residentes requiere ayuda parcial o total para sus traslados o desplazamientos.

Dependencia psíquica

El 55% de la población presenta algún tipo de perturbación en el área del comportamiento; en la mitad de los casos se trata de perturbaciones menores y dificultades de adaptación al medio. La otra mitad presenta perturbaciones mayores (desorientación, gritos, fugas, agitación, rechazo de comunicación, patología psiquiátrica mayor, etc.).

1.5 Evaluación general de la dependencia

Clasificando los establecimientos según el nivel de dependencia de sus residentes se distinguen 3 niveles: 1) cierta autonomía, 2) medianamente dependiente, y 3) dependencia muy marcada (Cuadro 6).

Cuadro 6
AUTONOMIA-DEPENDENCIA

Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Autonomía	1.046	42.7
Mediana	570	23.2
Dependiente	838	34.1
Total	2.434	100.0

Como resultado general de la evaluación podemos concluir que el 57.3% de los residentes en los hogares de ancianos evaluados presentan mediana o muy marcada dependencia, lo que constituye un indicador importante de los requerimientos tanto en lo que se refiere a infraestructura y recursos materiales como a recursos humanos, procedimientos, interrelación de actividades y niveles y programación de actividades que estos establecimientos deben incluir.

D. EVALUACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS (Hogares de ancianos)

Descripción de la "Guía de Evaluación de Establecimientos de Investigación de Larga Estadía para Ancianos" (Firevicius-Nouzeilles). Esta guía se divide en 6 capítulos:

- a) *Características del establecimiento.* Corresponde a una descripción general del establecimiento.
- b) *Planta física y recursos materiales.* Hace referencia al inmueble y los bienes muebles con que debe contar el establecimiento.
- c) *Recursos humanos.* Se refiere al personal que trabaja en el mismo.
- d) *Procedimientos.* Se refiere a la existencia de normas escritas y que las mismas sean conocidas por todo el personal. Incluye desde los procedimientos administrativos, dietéticos, etc. hasta los de higiene y limpieza.
- e) *Interrelación de actividades y niveles.* Se consideran los procedimientos dentro del establecimiento y con niveles externos.
- f) *Actividades programadas.* Toma en consideración: programas de integración familiar, capacitación del personal, celebraciones.

Los datos del primer capítulo no acreditan puntaje, pero sí lo hacen todos los demás, obteniéndose finalmente un puntaje total que permite categorizar los establecimientos según tal puntaje.

Para identificar el universo de hogares ubicados en la jurisdicción geográfica del S.S.M.O. se utilizó el registro que lleva la Oficina de Profesiones Médicas. Para la presentación y análisis de los datos obtenidos en el trabajo en terreno, se seguirá el orden de la Guía de evaluación utilizada.

1. **Características de los establecimientos**

Los resultados corresponden a la evaluación de 123 establecimientos, la mayoría corresponde al sector privado (88.6%) y cerca de un 10% a entidades religiosas, no existiendo establecimientos públicos.

Todos los establecimientos requirieron para su funcionamiento de una doble habilitación: la patente municipal y una autorización del Servicio de Salud. En el 16.3% de las evaluaciones no se registró el dato y solamente el 44.7% de los establecimientos visitados contaban con ambos permisos. Casi el 80% tenía la habilitación de Salud, mientras que el 48.8% tenía la municipal.

En cuanto a la dotación de camas, la mayoría corresponde a establecimientos pequeños, de 10 a 19 camas (64%), destacándose la existencia de 4 hogares con 100 o más camas.

Cuadro 7
ESTABLECIMIENTOS SEGUN DOTACION DE CAMAS

Número de camas	Establecimientos	
	Nº	%
4 - 9	29	23.6
10 - 19	64	52.0
20 - 29	14	11.4
30 - 39	4	3.3
40 - 49	1	0.8
50 - 99	7	5.7
100 y más	4	3.3

RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA EVALUACION:

Planta física y recursos materiales

La categoría planta física y recursos materiales es la que tiene mayor importancia relativa en la evaluación del establecimiento. Tiene un puntaje teórico de 150 puntos, que representa el 53,4% del puntaje total.

Los rubros más relevantes de la categoría son: instalaciones (eléctrica, telefónica, incendio, calefacción y agua caliente); circulación (ancho de los pasillos, pasamanos, características del piso, desniveles

y, en los establecimientos de más de un piso, escaleras y ascensor); dormitorios (capacidad, iluminación y ventilación, características de pisos y paredes, instalación eléctrica y equipamiento); cocina (ventilación e iluminación, equipamiento); comedor (capacidad, mosquiteros); sala de estar (destino, capacidad).

Con el fin de comprender los resultados de la evaluación final se señalan algunos aspectos deficitarios que explican los bajos puntajes obtenidos en este rubro.

La instalación eléctrica tiene características que determinan un alto riesgo de incendio: instalación eléctrica no totalmente embutida, falta de un disyuntor térmico protector de la instalación y baja disponibilidad de extinguidores. La mayoría de los establecimientos no tiene calefacción central, lo que implica uso de estufas y el riesgo de accidentes y siniestros. En sólo un 10% de los hogares se cuenta con un sistema centralizado de agua caliente; lo frecuente es el uso de "cálifont".

Lo más llamativo en las vías de circulación horizontal (pasillos, galerías, acceso) es la ausencia de pasamanos, aspecto que está íntimamente relacionado con la dependencia en el área de movilización, es decir traslados y desplazamientos de los residentes.

Considerando que casi dos tercios de los hogares funcionan en establecimientos de más de una planta, es importante considerar las vías de circulación vertical. Tan sólo un 6.3% de estas instituciones cuenta con ascensor y el traslado de un piso a otro se realiza exclusivamente por escaleras, lo que no es aconsejable dado el riesgo de caídas. Llama la atención que el 28% de estos establecimientos cuenta con escalas tipo "caracol", cuyo uso implica un alto riesgo.

En cuanto a los dormitorios, en la mayoría de los hogares los pisos y paredes no son lavables. Un 50% de ellos dispone de catres clínicos; la otra mitad sólo tiene camas comunes, aspecto que debe relacionarse con el perfil de dependencia de la institución. Hay un gran déficit en otros elementos materiales del dormitorio (veladores, mesas accesorias, closets o guardarropas), que contribuyen a mantener la individualidad e independencia del residente. Se observa una baja preocupación por la iluminación, dada la baja proporción de los dormitorios con luz central y luz individual por cama, aspecto muy relacionado con la seguridad individual (movilizaciones, caídas) y con la sensación de bienestar.

En relación a los baños, más del 90% de los hogares tiene al menos un baño por cada 8 camas, cifra que se ubica dentro de lo recomendable. Sin embargo, prácticamente ningún establecimiento cuenta con condiciones ideales de iluminación y ventilación, ni con accesorios de seguridad en los baños.

En la cocina, los pisos y paredes son lavables y las condiciones de ventilación e iluminación son, en general, muy buenas; existen aspectos deficitarios en el equipamiento exigido y llama la atención que sólo el 46% cuenta con un depósito de residuos exterior, lavable y con tapa.

Aun cuando todos los hogares cuentan con sala de estar, en sólo el 58% de los casos, es exclusiva para este fin. Considerando que es el ambiente para recreación, festejos, etc., su capacidad es importante y un indicador en esta área. Sólo el 52% tiene capacidad simultánea para todos los residentes.

Finalmente, cerca del 30% de los hogares no tiene baño independiente para el personal.

Recursos humanos

La categoría recursos humanos tiene asignado un puntaje teórico de 51 puntos, lo que representa el 18.1% del total del puntaje. Entre los aspectos evaluados se destaca el hecho que más del 90% de los hogares tiene un profesional de salud a cargo de la dirección del establecimiento. En relación a la concurrencia regular de profesionales a los hogares, sobre el 95% de los hogares es visitado regularmente por un médico clínico o geriatra. Sólo un 49% de los hogares es visitado por kinesiólogo; en menos del 20% de los establecimientos se constató la concurrencia regular de psiquiatra, psicólogo, profesor de educación física o "recreacionista". Es interesante señalar que en un 50% de los casos asiste con regularidad un pedicuro profesional y en un 43% lo hace un peluquero. Solamente uno de cada tres establecimientos cuenta con la concurrencia regular de personal voluntario.

Procedimientos

El puntaje asignado a la categoría procedimientos es de 57 puntos y representa el 20.3% del total. Se evalúan los procedimientos que influyen directamente en la calidad de la prestación, considerándose como existentes sólo en aquellos casos en que las normas se encuentran escritas. En términos generales se trata de un área crítica, pues su puntaje alcanza sólo el 29.1% del total asignado a este rubro.

Una de las áreas más deficitarias, y también la de mayor importancia dentro de la categoría, es la existencia de normas para la atención y cuidado de los residentes. Menos del 10% de los hogares tiene un plan de evacuación en caso de incendio; entre 10-15% de los hogares tiene normas para la movilización y alimentación de residentes incapacitados y para el uso de chatas, patos o pañales; alrededor de un 20% de los hogares tiene normas para la distribución y administración de medicamentos y de higiene del personal; sobre un 50% tiene normas para el registro de diuresis y defecación.

Interrelación de actividades y actividades programadas

Estas dos últimas categorías representan en conjunto el 8.2% del puntaje total. Se destacan algunos hallazgos que nos parecen importantes para el bienestar de los residentes: sólo el 15.4% de los establecimientos tiene un programa general de actividades; en el 23.6% de los hogares existe un plan de integración familiar y en un 30% existen programas de capacitación o entrenamiento del personal.

2. Evaluación global

En el cuadro 8 se observa el puntaje teórico asignado a cada uno de las categorías del instrumento y el puntaje promedio obtenido por los 123 hogares evaluados. En promedio, el conjunto de hogares no alcanza el 50% del puntaje máximo teórico.

Cuadro 8

DATOS DEL PERFIL DEL ESTABLECIMIENTO

Categorías	Puntaje teórico	Puntaje	% del modelo teórico
Planta física y recursos materiales	150	76	50.7
Recursos humanos	51	28.7	56.3
Procedimientos	57	16.6	29.1
Interrelación de actividades	12	5.9	49.2
Actividades programadas	11	1.5	13.6
Total	281	128.7	45.8

Si bien los puntajes promedios en relación al modelo teórico son relativamente bajos en todas las áreas, esto se destaca en lo que se refiere a procedimientos y actividades programadas.

Siguiendo las instrucciones de los autores del instrumento, es posible categorizar a los hogares según el porcentaje obtenido del modelo teórico en las siguientes categorías (cuadro 9):

Recomendable	: 75% o más del modelo teórico
Bueno	: 50 - 74% del modelo teórico
Regular	: 40 - 49% del modelo teórico
No recomendable	: < 40% del modelo teórico

Cuadro 9

CATEGORIZACION DE LOS 123 HOGARES SEGUN PUNTAJE TOTAL

Categoría	Establecimientos	
	Nº	%
Recomendable	5	4.10
Bueno	35	28.45
Regular	35	28.45
No recomendable	48	39.00

Los resultados muestran que casi el 40% de los establecimientos evaluados tiene déficits importantes en su estructura y dinámica de funcionamiento, lo que determina su calificación como no recomendables. Esta cifra se incrementaría más aún si se le aplicaran las dos limitaciones que indica la guía, y que determinan la reducción de un puntaje importante en los siguientes casos: a) falta de habitación o habitación incompleta y b) falta de ascensor en establecimientos de dos o más pisos.

La comparación de los resultados generales observados con el modelo teórico, nos indica que el promedio del conjunto de hogares obtiene un puntaje que lo ubica en el límite superior de la categoría regular.

E. ACTITUDES HACIA LA VEJEZ

Descripción del instrumento "Escala de Actitudes hacia la Vejez", D. Stefani y N.R. Feijó.

Consta de 40 ítems o enunciados que expresan opiniones respecto de la vejez. El puntaje se obtiene promediando los valores asignados a cada ítem con el cual la persona manifestó estar de acuerdo, lo que permite determinar si la persona presenta actitud favorable, neutra o desfavorable hacia la vejez.

Se determinó las actitudes de personal que se desempeña en estos establecimientos, en una muestra no probabilística que incluyó 214 sujetos. Los datos muestra un saldo lamentable: sólo el 19,2% de los sujetos puso de manifiesto actitudes positivas; el 80.8% restante presentó actitudes neutras y desfavorables como puede apreciarse en el cuadro 10.

Cuadro 10
ACTITUDES HACIA LA VEJEZ

Actitudes	Sujetos	
	Nº	%
Favorables	41	19.2
Neutras	106	49.5
Desfavorables	67	31.3

Estos resultados confirman nuestros supuestos de que este personal no elige el área gerontológica para trabajar por su afinidad temática, sino por otras razones. Sabemos que no existe capacitación, ni siquiera entrenamiento adecuado, y mucho menos formación gerontológica, pues en nuestro medio, y en la mayoría de los países latinoamericanos, se trata de personal no calificado que a menudo viene del sector de servicios domésticos y su tarea en estos establecimientos por lo general no se evalúa, ya que en muchos no siempre está claro qué se debe exigir y en qué consisten los requerimientos de atención de los ancianos con distintos niveles de dependencia.

F. CONCLUSIONES

La investigación realizada confirma la necesidad de normar las prestaciones que brindan los "hogares de ancianos", ya que esta falencia influye en la calidad de los mismos.

La baja calidad de la oferta de este servicio se evidencia en el elevado número de establecimientos que no alcanzan un nivel mínimo, clasificándose en la categoría "no recomendables". A ello debe agregarse que el promedio general obtenido por el conjunto de establecimientos es también bajo, sin alcanzar el 50% del puntaje del modelo teórico.

En el área de planta física y recursos materiales se hallaron falencias importantes y no siempre de fácil solución, ya que, indefectiblemente, toda modificación estructural implica un costo, en algunos casos importante (ascensores, por ejemplo). De allí la necesidad de normar los requisitos

exigibles, y difundirlos, para que quienes deseen instalar nuevos establecimientos, lo hagan en edificios adecuados o adecuables.

En cuanto a recursos humanos, esta es un área que también presenta déficits que, sumados a los resultados de la medición de la Escala de Actitudes hacia la Vejez, confirma un panorama preocupante, que señala la necesidad de arbitrar medios para capacitación en esta área.

En lo que se refiere a normas de procedimientos, existen pocas, y por lo general las actividades se desarrollan de acuerdo al criterio (bueno o no) de los responsables de la tarea en ese momento. Es importante señalar la necesidad de elaborar normas escritas que regulen diversos aspectos del quehacer del personal en los establecimientos. Este rubro, a diferencia de la planta física, no significa un gasto o inversión significativa de recursos.

En cuanto a la población usuaria, en su mayoría mujeres y de edad muy avanzada, muestra un alto grado de dependencia, hecho que habría que correlacionar con aspectos de la infraestructura y de los recursos humanos.

G. COMPROMISOS QUE SURGEN DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

- Completar el trabajo con los resultados de los otros Servicios de Salud; hacer un análisis comparativo, entre Servicios y Regiones; profundizar el nivel de análisis de los datos y establecer relaciones entre los 3 aspectos evaluados: los establecimientos, los usuarios y los prestadores de servicios.
- Propiciar que las Oficinas de Profesiones Médicas de los 26 Servicios de Salud del país, efectúen la acreditación y categorización de todos los establecimientos en funcionamiento, resultados que deberán ser ampliamente difundidos.
- Tomar como base los ítems de la Guía de Evaluación utilizada para elaborar el nuevo reglamento de hogares de ancianos o similares; determinando su uso no sólo con el propósito de habilitar sino también para efectuar los controles o supervisiones periódicas. (Esta sugerencia fue aprobada por Jefes de las Oficinas de Profesiones Médicas, integrantes de la Comisión Ministerial que tiene la responsabilidad de reformular el Reglamento).
- Una vez aprobada la nueva reglamentación, dar una amplia difusión a los requisitos que se exigen para autorizar la apertura de nuevas residencias.
- La creación de un sistema para optar a créditos de bajo interés, que permitan a los establecimientos en funcionamiento mejorar aspectos de la infraestructura que condicionan situaciones de riesgo para los ancianos: instalación de ascensores, accesorios de seguridad, sistemas de calefacción y agua caliente adecuados, etc.
- Implementar cursos de asistencia geriátrica dirigido al personal que atiende directamente a los ancianos en estos establecimientos.
- Crear mecanismos de financiamiento para personas de la tercera edad de bajos recursos que requieran de servicios institucionalizados de larga estadía.
- Elaborar un programa de desarrollo de servicios asistenciales comunitarios para la población adulta mayor, en la que tenga participación el sector público (Municipalidades).

Tercera parte

**FORMULACION DE POLITICAS
DE SALUD INTEGRAL**

V. POLITICAS GUBERNAMENTALES SOBRE ENVEJECIMIENTO: EL CASO DE CHILE

Fernando Toro Labbé
Coordinador Nacional del Programa del Adulto Mayor
Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN)

Resumen

El documento describe la situación socioeconómica y demográfica de la tercera edad en Chile, señalando la desmedrada situación de este subconjunto de la población, en especial de las mujeres. Se presentan datos de ocupación, de la pertenencia o no a algún sistema previsional y de pobreza. La información acerca de la afiliación a los sistemas previsionales, así como del número de pensiones pagadas, se obtuvo a través de encuestas y con datos acerca del acceso a los sistemas previsionales nuevo y antiguo. Llama la atención 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.

La preocupación del gobierno de la época por este tema se manifestó a través de algunas acciones concretas: la nivelación y reajuste de las pensiones en 1990; la ejecución de diversos programas pilotos como, por ejemplo, mejoras en materia de salud durante el segundo semestre de 1991; la disposición de destinar un cupo especial en vivienda para la población de tercera edad y el inicio de programas destinados a facilitar la actividad turística de estas personas.

Se sugiere un conjunto de recomendaciones de políticas y se destaca la importancia de la participación real de los propios interesados.

A. DIAGNOSTICO¹⁴

1. 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 (1 302 258 personas); para el año 2025 las proyecciones indican que un 16% de la población estará en ese grupo, es decir, una cifra de adultos mayores que será superior a los 3 millones.

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).¹⁵ 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.

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 más envejecidas: la IV Región con 10,3%; la V, 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 descende 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).

¹⁴ 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).

¹⁵ 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, pp. 105-144.

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 su vivienda. La gran mayoría de los adultos mayores son propietarios (80.4%); de ellos, más del 90% ya la tiene totalmente pagada. Se ven también diferencias significativas según nivel de ingreso. 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 CASEN¹⁶, 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 equivale a decir 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. Al considerar 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 ven diferencias significativas según nivel de ingreso. Mientras el analfabetismo de las personas de ingresos más altos es de 4%, las de más bajos ingresos muestran un 28.4%, reflejando diferencias importantes en el acceso a la educación y la cultura.

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,

¹⁶ 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.

pérdida de 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.

Toda política que se derive de los datos analizados deberá tener como objetivo evitar que dichas enfermedades se conviertan en factores limitantes para el desarrollo de la vida diaria o de 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 necesitó 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 señalaron problemas de salud, casi el 90% recibió atención, lo que refleja 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 que imponen por ingreso superior a \$30 441, pero que no excede los \$47 563. *Grupo D*, los de ingreso imponible superior a \$47 563.¹⁷

El otro sistema imperante en el país es el de las ISAPRES, empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos médicos de sus afiliados y cargas. También existen otros organismos privados que dan atención de salud en forma exclusiva a sus afiliados: 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%.¹⁸

¹⁷ Valores de 1990.

¹⁸ 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, 1991, cuadro 4, pág.8.

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 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 se desempeñan, 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 adultos mayores ocupados no afiliados 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.¹⁹

2. 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 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

¹⁹ Las pensiones por antigüedad de las AFP incluyen 10 443 personas menores de 60 años. Por falta de información no se puede distinguir, ni 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.

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, patrocinados por el 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.²⁰

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.

²⁰ MIDEPLAN, *Envejecimiento en Chile: Diagnóstico Sectorial y Bases para una Política Nacional*, septiembre de 1991.

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.

B. 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".²¹

²¹ CEPAL. *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*. Santiago, 1992.

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 la inexistencia de posibilidades de recreación y espacios de encuentro. Por ello, deben ser un grupo prioritario de la política social, junto 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 o capacita el desarrollo social y económico".²²

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.²³

²² CEPAL. La vejez en América Latina: necesidad de un programa social. Documento preparado por Joey Edwardh, julio 1989, p.14.

²³ 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.

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 básicos para el éxito de cualquier programa social. Es decir, que las acciones no se orienten *hacia* o *para* determinado sector de población sino *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 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.
- 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, con derechos y obligaciones.
- Reconocer que el "envejecimiento" tiene una connotación social, pero también individual y humana, por lo que debe ser tratado en esos dos planos, sin privilegiar ninguno.
- Entender el envejecimiento como proceso que dura toda la vida. 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.

Todo 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.

C. RECOMENDACIONES DE POLITICA

1. 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, con la finalidad de asegurar 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 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.

2. Educación

□ Desarrollar metodologías adecuadas que permitan vincular la experiencia del adulto mayor con su realidad económica y social, para que se integren 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.

3. **Vivienda y medio ambiente**

- ☐ Contemplar en los programas de construcción de nuevas viviendas las posibilidades de 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.

4. **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 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 da derecho de pensión a su cónyuge sobreviviente, salvo en aquellos casos en que éste es inválido.

5. **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 etario (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.

6. 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 deberá ponerse en la satisfacción de las necesidades de información y formación en todo lo relacionado con los problemas más frecuentes de la salud de las personas de edad y sus familiares, tales como la funcionalidad, nutrición y salud mental; también se señala la conveniencia de formar grupos de autoayuda y autocuidado que busquen soluciones solidarias a los problemas de salud y a los del 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 es necesario implementar programas que promuevan una interacción participativa entre los servicios comunales y los usuarios, con una lógica de colaboración y no solamente de tipo asistencialista.

D. 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).

**VI. FORMULACION DE POLITICAS DE SALUD INTEGRAL
DE LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

Grupo de consulta

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS).
PROGRAMA DE DESARROLLO DE POLITICAS DE SALUD.
PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD**

Grupo de consulta

- * **Dr. Clement Bezold**, Director. Institute for Alternative Futures, Alexandria, Virginia.
- * **Dr. Farley Braithwaite**, Senior Lecturer in Health Policy, University of the West Indies. Barbados Campus, Barbados.
- * **Dra. Celia Cintrón**, Directora Ejecutiva. Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez. San Juan, Puerto Rico.
- * **Dra. Judith Freidenberg**, International Leadership Center on Longevity and Society. The Mount Sinai Medical Center. New York, New York.
- * **Dr. Robert Grosse**, Profesor. Department of Population Planning and International Health. University of Michigan. School of Public Health. Ann Arbor, Michigan.
- * **Dr. Jorge Litvak**, Universidad de Chile. Presidente de International University Exchange, Inc.. Washington, D.C.
- * **Dr. Victor Marshall**, Director. Center for the Studies of Aging University of Toronto. Toronto, Canada.
- * **Dr. Arnold Meltsner**, Profesor Emérito. Public Policy University of California. Berkeley, California.
- * **Dra. Elizabeth Mullen**, Directora. International Activities American Association of Retired Persons. Washington, D.C.
- * **Dra. Cristina Nocetti**, Unidad de Planificación Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay.
- * **Dr. Luis Guillermo Suárez**, Universidad Nacional Francisco de Miranda. Unidad Gerontológica de Coro. Estado Falcón. Venezuela.
- * **Dr. Josh Wiener**. Miembro de la Academia Nacional del Seguro Social. Senior Fellow in the Economic Studies Program. Brookings Institution. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS):

- * **Dra. Alicia Amate**, HSD
- * **Dr. Elías Anzola**, HPA
- * **Dr. Jorge Castellanos**, STC/HSP
- * **Dr. Alvaro Durao**, HPE
- * **Dr. Oscar Fallas**, HSP
- * **Ms. Maricel Manfredi**, HSM

Resumen

Previamente al Taller, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó a un grupo de expertos a una reunión dirigida a tratar el tema de las políticas integrales de salud para los ancianos en América Latina y el Caribe. Los principales análisis del grupo se recogieron en este documento, que se encuadra en las directrices generales y específicas establecidas en las políticas de la OPS, en particular, aquellas orientadas a lograr acceso a la atención de salud para toda la población del hemisferio hacia finales de siglo. Con datos de las Naciones Unidas, del Banco Mundial y de encuestas, en particular la de Necesidades de los Ancianos realizada por la OPS, se revisaron: la situación sociodemográfica, los sistemas de seguridad social y algunos efectos de la crisis de la década de los ochenta sobre la tercera edad, en los países de América Latina y el Caribe.

Los gobiernos de estos países han asignado escasa prioridad a la atención y cuidado de la salud del anciano al momento de adoptar políticas de protección social o de desarrollar sistemas de salud, lo que se refleja en la falta de protección social para los ancianos como expresión de política pública. La formulación de estas políticas implica importantes cambios sociales, que se espera ver expresadas a través de una mayor tendencia a la descentralización de la administración pública y de la aparición de nuevos modelos de organización gubernamental. En este esquema que fortalece el rol de las agencias gubernamentales locales, especialmente en la prestación y coordinación de los servicios públicos donde se enmarcan las políticas de salud de los ancianos, el documento señala diferentes posibles alternativas de desarrollo.

Se recomienda que las definiciones de políticas de salud de los ancianos sean integradas en el resto de las políticas sociales y sustentadas en una conceptualización que considere el aspecto intersectorial. Estas políticas, que pueden ser abordadas a través de un amplio espectro de enfoques estratégicos, aparecen aquí concentradas en grandes áreas.

Con una visión práctica se reconoce la dificultad que representará, dada la situación de los países, la asignación de recursos para sustentar políticas que logren satisfacer las necesidades de los ancianos. Por ello, se sugieren acciones selectivas de mayor impacto en el futuro inmediato, en áreas específicas, seleccionando dentro de este espectro las que se estimen más relevantes.

INTRODUCCION

En los países de la región, los grupos de población de 60 años y más están creciendo en términos absolutos y relativos. Las estimaciones de las Naciones Unidas²⁴ muestran que de 23.3 millones (6.5% de la población total en 1980) esos grupos alcanzarán en el año 2000 los 42.5 millones, o sea el 7.9% del total; para el 2025 las cifras llegarán a 96.9 millones, o sea, 12.8% de la población total estimada para ese año. Estos incrementos implican requerimientos ineludibles en la formulación de políticas y en el desarrollo de los programas de servicios sociales y de salud para la atención apropiada de los ancianos.

Los cambios políticos, económicos, sociales, tecnológicos y del medio ambiente, componentes fundamentales del contexto en el cual se da el crecimiento de estos grupos poblacionales, exigen pronta acción y visión innovadora, tanto en el análisis como en el diseño y ejecución de las políticas y los programas requeridos en las distintas situaciones nacionales.

En las sociedades de los países de la región, los ancianos fueron tradicionalmente tratados con gran respeto y consideración. La edad madura o, mejor, la ancianidad, fue siempre valorada y reconocida como depositaria de una experiencia significativa y llena de sabiduría. De la misma manera, dentro de la familia extendida prevalente —y en las comunidades como un todo— los abuelos tuvieron un papel aceptado, productivo y activo. Esa valoración social implicaba su integración comunitaria y su interrelación en diversas actividades con otros miembros de la familia o de la comunidad. Frecuentemente, significaba además su participación en la toma de decisiones sobre asuntos de interés comunitario, ya que sus conocimientos y experiencias eran una contribución importante para la sociedad.

En las últimas décadas, la estructura y organización social han cambiado rápidamente en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. La concentración urbana de la población, los procesos de industrialización, los cambios en el papel de la mujer, las transformaciones en la fuerza de trabajo, la ampliación del sector informal, entre otros fenómenos sociales, que se dan en un escenario caracterizado por las presiones económicas, están sin duda influenciando los valores sociales y las prioridades en los diferentes países y afectando la valoración social del anciano y su papel en la sociedad. Por otra parte, el aumento en el número absoluto de personas en estos segmentos poblacionales implica simultáneamente una mayor demanda de servicios médicos y de asistencia social, para las condiciones crónicas que acompañan la longevidad. Este hecho deviene en presión adicional y en una carga más, en términos de costos económicos y sociales, para los sistemas nacionales de salud.

En estas circunstancias, se comienza a reconocer la necesidad cada vez más urgente de definir requisitos y orientaciones para la elaboración y ejecución de políticas públicas que se dirijan a atender adecuadamente los problemas de estos grupos de población. Para el análisis de esta situación desde una perspectiva regional, es sin embargo esencial tomar en cuenta algunas características fundamentales y factores que afectan a los países de diferente manera, lo cual obviamente implica procesos de diseño y aplicación de las políticas, con características específicas, de acuerdo a la naturaleza de los problemas en cada sociedad nacional.

²⁴ Naciones Unidas, *The World Aging Situation: Strategies and Policies*, Nueva York, 1985.

Entre los factores o características que deben ser considerados están, en primer lugar, las diferentes situaciones demográficas y los diversos grados de desarrollo de los países, los cuales consecuentemente implican diferencias en sus programas de protección social, incluyendo la atención de los ancianos. En segundo lugar, en las acciones acometidas deben ser incorporados el reconocimiento de la influencia decisiva que tienen el medio ambiente físico, la organización social, los estándares de vida, y los patrones de comportamiento, en la situación de salud de los individuos y los grupos sociales. En tercer lugar, y de acuerdo con los cambios en el concepto de salud, es primordial la identificación de aquellos factores que la determinan en cada situación nacional, con especial referencia al caso de los ancianos. Por último, requieren igualmente consideración las características de la organización de los servicios sociales y de salud, y su coordinación, así como su capacidad para responder de una manera integral a las necesidades de los grupos de población de mayor edad. De lo anterior se deduce que los problemas inherentes a la atención de la salud de los ancianos, se relacionan con una mayor demanda de servicios, pero también con la necesidad de adecuación de los mismos. Se requiere un enfoque más amplio e integral que tome en cuenta factores y condicionantes demográficos, sociales, culturales, políticos y psicológicos, que interactúan para determinar la calidad de vida y, por ende, la situación de salud de los ancianos en los distintos países.

Como una contribución para avanzar en los países en una mejor comprensión de la complejidad del proceso de orientar y apoyar apropiadamente las definiciones de política para la atención de los ancianos, la Organización Panamericana de la Salud —a través del Programa Regional de Políticas de Salud— organizó una Reunión Interdisciplinaria de Consulta, con participación de expertos de varios países e instituciones de la región. Este Grupo de Consulta que se reunió en Washington (junio 20-julio 1, 1992) tuvo los siguientes propósitos: establecer una base general de entendimiento de la situación actual y explorar las posibles situaciones de los grupos de tercera edad en América Latina y El Caribe; definir un marco interdisciplinario para la formulación de políticas, dirigido a estimular y facilitar las acciones correspondientes a nivel de los países, y precisar lineamientos de orientación de la cooperación técnica de la OPS/OMS en este campo.

Este documento, un aporte de OPS/OMS al análisis del tema en el Taller sobre Políticas de Atención de los Ancianos, recoge los aspectos principales del análisis realizado en la Reunión de Consulta, así como las orientaciones y sugerencias emanadas de la revisión de los varios temas considerados. Todos estos señalamientos se han encuadrado, además, en las directrices generales y específicas establecidas en las políticas de la Organización Panamericana de la Salud, en particular aquellas orientadas a lograr hacia finales de siglo acceso a la atención de salud para toda la población del hemisferio.

A. LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

1. La situación demográfica

La situación de los grupos de población en proceso de envejecimiento (de 60 y más años) se ha convertido en un área importante, de interés específico para la definición de políticas de salud en un número creciente de países de la región. En América Latina y el Caribe, las estimaciones de la Organización de Naciones Unidas²⁵ indican que de 23.3 millones (6.5% de la población total) de mayores de 60

²⁵ *Ibid.*

años en 1980, se llegará en el año 2000 a 42.5 millones (7.9% del total) y que para el año 2025 esa cifra alcanzará los 96.9 millones (12.8% del total).

Se reconoce que este crecimiento, en términos absolutos y relativos, de estos grupos poblacionales, obedece primordialmente a los siguientes factores:

* La proporción de grupos jóvenes (0-15 años) en la población de la región alcanzó sus índices más altos alrededor de 1970, decreciendo progresivamente desde entonces.

* La población envejeciente comenzó a crecer de una manera significativa desde 1950, y a partir de entonces lo ha hecho con una rapidez mayor que otros grupos de edad. Las tasas anuales de crecimiento para este segmento de población han sido, en la mayoría de los países, superiores a 3% en las tres o cuatro últimas décadas.

* La población en edad de retiro, usualmente alrededor de los 60 años, está creciendo ya más rápidamente que la población en edad trabajadora en la mayoría de los países de la región. En el resto, donde las tasas de natalidad y de mortalidad han comenzado a declinar más recientemente, esta divergencia comenzará a producirse en el futuro cercano (1990-1995)²⁶.

El análisis de la situación regional muestra que se han producido cambios importantes, que pueden sintetizarse así:

* En 1980 sólo un país de la región tenía una proporción de su población mayor de 60 años, superior al 10% del total (Uruguay con 10.4%). En 1990, en tres países la proporción de población mayor de 60 y más años alcanzó cifras superiores al 10% del total. En Argentina fue del 13.3%, en Cuba del 11.63%, y en Uruguay llegó al 16.09%. (Véase el cuadro 1).

Se estima que para el año 2025²⁷ otros nueve países —Brasil (13.78%), Chile (15.92%), Colombia (12.77%), Costa Rica (14.37%), República Dominicana (13.16%), Panamá (14.18%), Perú (11.45%), México (12.49) y Venezuela (11.46%) tendrán más del 10% de su población en estos grupos de edad (cuadro 1). De los restantes ocho países, sólo uno, Bolivia, que ahora tiene 5.89% de su población con más de 60 años, tendrá poco menos del 7% en el 2025. En los otros siete (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay) las proporciones oscilarán entre 7 y 10% del total.

En 1980, cinco países de América Latina tenían más de un millón de habitantes de 60 años y más: Brasil (7.4), México (3.6), Argentina (3.4), Colombia (1.4) y Cuba (1.0). A estos países se agregarán, alrededor del año 2025, otros cuatro: Chile (3.0), República Dominicana (1.5), Perú (4.1) y Venezuela (4.4). De los 12 países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica,

²⁶ CEPAL (1990), *Social and economic issues of Social Security for the elderly in Latin America*, pág.2-3.

²⁷ United Nations (1985), *The World Aging situation: Strategies and Policies*, Nueva York.

Cuadro 1
PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS. POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS (1980-2025)
(en miles)

País	1980	Tasa de crecimiento 1985-1990	2025	
	Número	Población de 60 y más años	Número	%
Argentina	3 437	2.18	6 818	15.76
Brasil	7 464	3.47	31 816	13.78
Chile	899	2.56	3 038	15.92
Colombia	1 433	3.00	6 606	12.77
Costa Rica	124	4.16	683	14.37
Cuba	1 016	1.99	2 752	20.27
Rep. Dominicana	260	4.28	1 515	13.16
México	3 590	3.43	17 512	12.49
Panamá	122	3.16	530	14.18
Perú	925	3.21	4 167	11.45
Uruguay	432	1.70	685	17.43
Venezuela	698	4.09	4 494	11.46

Fuente: *The World Aging Situation: Strategies and Policies*. United Nations, New York, 1985.

Cuba, República Dominicana, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela) en los cuales estos grupos de población aumentarán significativamente, sólo dos, Costa Rica y Uruguay, tendrán en el año 2025 menos de un millón de ancianos; de los diez restantes, sólo uno, República Dominicana, tendrá alrededor de 1.5 millones; los otros nueve tendrán cifras superiores a los 3 millones de ancianos. Brasil tendrá 31.8 millones y México 17.5.

En el Caribe (cuadro 2), en 1980, sólo Barbados sobrepasaba la proporción del 10% de población de 60 años y más, llegando al 12.5%. Para el año 2025, la situación será a la inversa; sólo un país, Haití (con 5.59%) tendrá una proporción menor del 10%. Cuatro países tendrán más del 20%: Barbados (21.52%), Guadalupe (21.06%), Puerto Rico (20.43%) y Trinidad y Tabago (20.01%); en el resto de los países, esas proporciones serán de más del 12% del total.

La observación de las estimaciones anotadas indica que en la región como un todo, entre 1980 y 2025 el total de la población crecerá con un factor de 2.6%. Comparativamente, la población anciana crecerá con un factor del 4%. Existe, sin embargo, una marcada diferencia entre las subregiones. Las tasas de crecimiento y las proporciones de los grupos de 60 años y más tienden a ser más altas en América Central y los países del Area Andina, que en América del Sur templada y el Caribe. Las tasas de crecimiento son menores en Argentina, Uruguay y Chile, donde el hecho demográfico del envejecimiento de la población ha sido reconocido desde hace varios años. Contrastan las cifras de las otras dos subregiones, de población eminentemente joven, en las que se esperan elevaciones sustanciales de esos grupos, lo que creará situaciones para las cuales no parece haber adecuada preparación.

Cuadro 2
PAISES DEL CARIBE: PROPORCIONES DE POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS (1980-2025)
(en miles)

País	1980	%	2025	%
Barbados	33	12.50	82	21.52
Guadalupe	31	9.42	87	21.06
Guyana	52	5.88	256	15.80
Haití	323	5.56	1 025	5.59
Jamaica	192	8.77	551	14.63
Puerto Rico	326	8.87	1 321	20.43
Trinidad y Tabago	88	7.53	358	20.01
Islas Windward ²⁸	30	7.33	96	12.92
Otros países ²⁹ del Caribe	61	7.57	224	14.70

Fuente: *The World Aging Situation: Strategies and Policies*. Naciones Unidas, New York, 1985.

En este análisis, otro aspecto demográfico que debe considerarse es la distribución del crecimiento de la población entre los grupos de mayor edad. En este sentido, las mismas proyecciones de las Naciones Unidas citadas indican que: *"La intensidad general del envejecimiento, medida en términos de la proporción de la población anciana de más de 70 años permanecerá relativamente baja"*. Sin embargo, en números absolutos, el incremento real de los grupos de 70 años y más en varios países, Brasil y México en particular, implicará grandes demandas para los servicios de protección social y de salud³⁰. En el Caribe, los grupos de 70 y más alcanzarán 2.2 millones en el período en consideración (1980-2025)³¹.

Desde el punto de vista demográfico también, y al igual que ocurre en las sociedades más evolucionadas, la proporción femenina de la población, respecto al componente masculino, alcanzará una relación de entre 3:1 y 4:1, especialmente a partir de los 70 años de edad. Esto tiene implicaciones importantes, a las cuales se hace referencia más adelante.

Otro aspecto demográfico con implicaciones prácticas importantes es la localización geográfica de la población anciana. Se estima que del 70% al 80% de los grupos de 60 y más años, está ya viviendo en áreas urbanas, o estará residiendo para el año 2000 en dicha localización. Dentro de los conglomerados urbanos, generalmente los ancianos constituyen un grupo eminentemente marginal y desposeído desde el punto de vista individual, familiar, social, económico y político. Un buen ejemplo de la localización geográfica preferencialmente urbana de los ancianos, lo puede dar la situación en Argentina. En este país, con aproximadamente 32 millones de habitantes, la proporción de 60 y más

²⁸ Dominica, Granada, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas.

²⁹ Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Islas Turcos y Caicos, Montserrat, Saint Kitts y Nevis.

³⁰ Ibid.

³¹ United Nations (1985), *The World Aging Situation - Strategies and Policies*, Nueva York.

años es de alrededor del 12%. Sin embargo, en el Gran Buenos Aires, que alberga aproximadamente un tercio de la población del país, la proporción de ancianos (60 y más años), está alrededor del 18%. Esta es una proporción similar a la de cualquier capital europea.

En el marco de esta revisión esquemática conviene destacar algunas características sociales de los ancianos de América Latina:

* En general se acepta que la posición de respeto y autoridad que en el pasado se reconoció a las personas ancianas —probablemente ligada al escaso número de sobrevivientes sobre los 60 ó 70 años— se ha ido debilitando, aunque en grados variables según los países. Al parecer, la "masificación" de ese grupo etario, ha condicionado una nueva valoración de roles y conceptos éticos, lo cual en ocasiones se ha traducido en situaciones de verdaderos conflictos intergeneracionales. Esto, por supuesto, tiene un enorme impacto en la organización de la sociedad.

* Los estudios realizados en la región, en particular la Encuesta de Necesidades de los Ancianos (ENA), coordinada por la OPS/OMS, han permitido conclusiones importantes respecto a las características de los ancianos en la América Latina, entre las cuales destacan:

□ Una enorme heterogeneidad al interior de cada grupo nacional de ancianos que obliga a una cuidadosa revisión en relación a grupo etario, sexo, condición económica, nivel educativo, capacidad funcional, situación geográfica, etc.

□ La gran mayoría de los entrevistados (más del 90%) viven en hogares multigeneracionales, con la variable "viven solos" reducida a menos de 10%.

□ Se distinguen subgrupos de mayor riesgo presente o futuro, especialmente mujeres viudas (o solteras), que viven en el ámbito rural y que tienen más de 70 años de edad.

□ La gran mayoría —más del 90% de las personas de edad— son independientes, notándose una pequeña reducción a medida que se asciende en la edad. Por otro lado, la mayoría, más del 90%, reconoce la disponibilidad de ayuda si la necesitaran.

□ Sólo cerca del 10% asistió a servicios médicos en los 6 meses anteriores al estudio.

Con estos análisis, y considerando los requerimientos de políticas de protección social y de salud, y la posible utilización de servicios en los países, cabría delimitar tres grupos de ancianos:

a) Los ancianos independientes, quienes constituyen aproximadamente el 90% de la población mayor de 60 años. Este grupo en general goza de buena salud, y sus necesidades se centran principalmente en empleo, seguridad del ingreso, vivienda y otros programas generales de seguridad social.

b) Los ancianos que tienen algún impedimento físico o psíquico, pero que están en condición estable. Este grupo, además de la satisfacción de las necesidades mencionadas para el anterior grupo, requiere servicios de apoyo como transporte, visitas domiciliarias y otras.

c) Los ancianos que están enfermos o descompensados debido a problemas de salud. A este grupo corresponden, en general, los ancianos de 75 años o más. Sus necesidades incluyen, en grado variable, aquellas de los dos grupos anteriores, pero requieren, además, la utilización de servicios de salud complejos, usualmente con tecnologías sofisticadas y de alto costo.

En este contexto, los requerimientos básicos para mantener y mejorar las condiciones de salud de los ancianos, comprenden, en primer lugar, el logro de circunstancias sociales, culturales y ecológicas, que son esenciales para preservar su bienestar y por ende su estado de salud. Además, se requiere el desarrollo de servicios apropiados, según las situaciones nacionales correspondientes.

Desde la perspectiva de políticas públicas, la pobreza es quizá la circunstancia más perversa que afecta a los ancianos en la época actual en la región. Estas situaciones se han agudizado significativamente durante la última década, lo cual ha hecho que los ancianos sean probablemente el grupo pobre de más rápido crecimiento en los países de la región. El aumento del desempleo y subempleo, y las reducciones en el ingreso, frecuentemente debido a la baja cuantía de las pensiones, que pueden ser de un tercio o una cuarta parte del ingreso anterior a la jubilación, se combinan para afectar las condiciones de vida de los grupos de 60 y más años. Las mujeres parecen sufrir más en esta difícil situación. Tienden a casarse con hombres mayores, sobreviviendo a sus esposos en períodos de seis a diez años. Bajo la mayoría de los programas de seguridad social de la región, las viudas reciben solamente una proporción del ingreso (alrededor del 50-55%) cuando mueren sus maridos jubilados. No es sorprendente, entonces, encontrar que las mujeres de 60 años y más y las viudas, constituyen uno de los grupos más empobrecidos de las sociedades de América Latina y el Caribe.

Todas estas circunstancias hacen especialmente complejas las soluciones para los problemas de los ancianos, que constituyen un grupo muy vulnerable de la sociedad. Es indudable, además, que se requieren acciones inmediatas e innovadoras y opciones de políticas y estrategias cuya aplicación sea viable en el cambiante contexto político, social y económico de los países. Por otra parte, es esencial que las soluciones que se diseñen no lleguen a estigmatizar a los grupos de tercera edad, reforzando su marginalidad y dando lugar al desarrollo de una industria de la vejez, como ocurrió en otras latitudes.

2. Los sistemas de salud y protección social existentes

a) *Evolución de la protección social*

Los países de la región no presentan patrones o características demográficas uniformes. Siempre existen variaciones y peculiaridades que los individualizan. De la misma manera, tampoco se encuentran en situaciones iguales de tipo social o económico. De hecho, en América Latina se observan estadios o grados diversos de desarrollo, que obviamente, tienen amplias y variadas implicaciones al definir políticas públicas y responsabilidades institucionales respecto a los programas de protección social, incluyendo la salud y la atención de los ancianos.

Por esto, la expresión última de los hechos políticos, económicos e incluso tecnológicos que han incidido en el desarrollo histórico de los servicios de salud y protección social en América Latina tiene gran especificidad en cada situación nacional. En estas condiciones, las generalizaciones

a este respecto no son válidas, aunque cabe reconocer algunos elementos comunes, cuyo comportamiento permite analizar tendencias sobresalientes en la evolución de estos programas y servicios.

En este marco global, los conceptos de política social y protección social se han desarrollado a través de los años en la región, de acuerdo con las diferentes interpretaciones que las sociedades nacionales han otorgado, entre otros aspectos, a los valores de equidad y de justicia social. Es posible entonces, observar básicamente tres estadios o modalidades de expresión de política social, que corresponderían a otros tantos momentos de evolución o desarrollo del pensamiento político y de la conceptualización de las responsabilidades y la función social del Estado.

* En primer lugar, la acción del Estado como responsable de la protección social a los pobres, especialmente de aquellos que no pueden satisfacer sus necesidades básicas con el ingreso que generan con su trabajo. En este caso la prestación de servicios se hace a través de instituciones de caridad, juntas o comités de beneficencia, y por programas de asistencia pública del Estado para los indigentes. El resto de la población obtiene atención según su iniciativa, y a su propio costo, y tiene, por consiguiente, la responsabilidad de financiar directamente su atención.

* En segundo lugar, la acción del Estado interpretada para proteger a la fuerza laboral, especialmente a aquellos trabajadores asalariados que están involucrados en actividades comerciales e industriales, y en la provisión de servicios públicos. Las acciones para estos grupos son llevadas a cabo por instituciones y programas de seguros sociales que otorgan cobertura de atención para diversas contingencias relacionadas con enfermedades y pérdida de los ingresos, ya sea por jubilación, retiro o por incapacidades ocupacionales.

* En una tercera situación o etapa, la acción estatal se expresa como un reconocimiento político y social del derecho de cada miembro de la sociedad a recibir protección adecuada para riesgos sociales, incluyendo las contingencias de pérdida de la salud y el mantenimiento del ingreso en la ancianidad. En estos casos, los programas deben tener cobertura universal, sin distinción con respecto a los beneficios básicos para los diferentes grupos de población. Esta concepción política corresponde a la adopción de programas de seguridad social, orientados por los gobiernos y a menudo administrados y financiados con su participación directa.

En el conjunto de América Latina, sólo un pequeño número de países han logrado avanzar hacia el establecimiento y desarrollo de verdaderos programas de seguridad social, que respondan a los principios básicos de integralidad, equidad y solidaridad. Las altas proporciones de trabajadores no asalariados en algunos países, el predominio de las economías rurales en otros, pero por encima de todo, las concepciones parciales y fragmentarias de la política social han afectado, ciertamente, la expansión de los esquemas de seguros sociales, y su transformación en verdaderos programas de seguridad social. Por otra parte, los mayores beneficios de la protección social se han concentrado en los grupos más poderosos y que, en esa condición, cuentan con una mayor capacidad de ejercer presión política para lograrlos.

La crisis económica de los años ochenta y los subsiguientes procesos de ajuste en las economías nacionales han agravado, obviamente, los problemas estructurales de equidad que han surgido

de esa evolución, y como resultado final existen hoy grandes grupos de población que han sido excluidos de los beneficios en la formulación y aplicación de políticas sociales, incluidas la seguridad social y la atención de salud. Entre los grupos de población excluidos, o marginados de las expresiones programáticas y operativas de la política social, figuran usualmente, los ancianos. Ellos no tienen habitualmente el suficiente poder para conformar un grupo fuerte y sólido, que pueda ejercer presión política y generar preocupación y acciones apropiadas por parte de los gobiernos respectivos.

Por lo anterior, la atención de los ancianos, y el cuidado de su salud, en general, no han sido en el pasado —ni lo son actualmente— áreas prioritarias que hayan recibido consideración especial en la adopción de políticas de protección social y de desarrollo de los sistemas de salud en los países de la región. Es dudoso que esta situación se modifique espontáneamente en el corto y el mediano plazo. Será necesario entonces, tomar acciones específicas acordes con la situación particular de cada país, para lograr la incorporación de los ancianos a la atención integral de salud, en el contexto global de la respectiva política social de los sistemas de seguridad social y atención a los ancianos.

b) *Los sistemas de seguridad social y la atención de los ancianos*

La protección social para los ancianos en países de América Latina y el Caribe como expresión de política pública puede ser analizada, con referencia al establecimiento y al desarrollo de los sistemas de seguridad social, que son, en primera instancia, los instrumentos de acción de los gobiernos para satisfacer las necesidades de atención de la salud, y de mantenimiento del ingreso, mediante los seguros de enfermedad y los regímenes pensionales. Comenzando en los años veinte, en los países de América Latina y el Caribe se establecieron a lo largo de cuatro o cinco décadas, diversos esquemas y modalidades de seguros sociales. Hacia fines de los años sesenta, todos los países de la región habían concretado iniciativas en este campo, las cuales, en América Latina, siguieron fundamentalmente el modelo de seguro social introducido por el Canciller Bismarck a finales del siglo pasado en Alemania.

De acuerdo al período de creación y a su grado de desarrollo, los sistemas de seguros sociales, y en unos pocos casos de seguridad social hoy existentes en países de América Latina y el Caribe, se han categorizado usualmente³² en cuatro agrupaciones (véase el cuadro 3). Las tres primeras incluyen los regímenes existentes en América Latina y la cuarta los correspondientes a los países de habla inglesa del Caribe.

Estas agrupaciones se caracterizan así:

- 1) Sistemas de establecimiento temprano o sistemas pioneros (como los clasifica Mesa-Lago), que corresponden a programas establecidos al final de los años veinte y comienzos de los treinta en los países más desarrollados de la época, en particular Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay. El sistema de seguridad social de Costa Rica, que comenzó más tarde, se incluye en este grupo debido a su alto grado de desarrollo.

³² Mesa-Lago, Carmelo, varios estudios, 1984-1990.

Esos sistemas, inicialmente fragmentarios y restringidos a determinados grupos ocupacionales, en general evolucionaron hacia programas nacionales de seguridad social, y alcanzaron una cobertura que oscila entre el 60 y el 100% de la población total. El costo de estos sistemas varía, entre el 6 por ciento y el 15 por ciento del PIB, y ellos dedican entre el 44 y el 70 por ciento de su gasto total al programa de pensiones.

2) Sistemas intermedios, que fueron establecidos en los años cuarenta y cincuenta, en Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. En este grupo la cobertura varía hoy entre el 20% y el 60% de la población total respectiva. Estos sistemas utilizan del 2% al 5% del PIB, y las proporciones más altas de recursos están dirigidas a financiar los programas de salud correspondientes.

3) Sistemas menos desarrollados o sistemas de aparición tardía. Estos se iniciaron entre los años sesenta y setenta, en El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. La cobertura en este grupo varía hoy entre el 4 y el 20 por ciento de la población total respectiva. Los costos se encuentran entre el 0.5 y el 2 por ciento del PIB, y los programas de salud son el mayor componente (80%) de los gastos totales.

Los sistemas de seguros sociales existentes en los países, no se ubican exclusivamente en una de estas agrupaciones. Lo que se observa realmente en la práctica son mezclas de los mismos y esquemas diferenciados para trabajadores públicos y privados.

Con excepción del sistema cubano, que recibe su financiación del Estado, la mayoría de los esquemas de seguridad social o de seguros sociales, de los países de América Latina, como característica común comparten, no obstante, su forma de financiación. Esta se basa en contribuciones de empleados y empleadores, y en unos pocos casos también en aportes del Estado. Las contribuciones corresponden a una proporción de los salarios, que se determinan por ley.

Esta modalidad de financiamiento, pero principalmente la baja cobertura de los sistemas, tiene claras y directas implicaciones para los ancianos, toda vez que los programas de pensiones y de atención de salud están restringidos a aquellos individuos que estuvieron afiliados al sistema por un número determinado de años y que cumplan además otras condiciones. Las pensiones son entonces para la jubilación y no para la vejez, lo cual deja por fuera a una proporción muy alta de los ancianos, en especial aquellos que no fueron trabajadores asalariados.

4) Los países de habla inglesa en el Caribe han desarrollado sistemas de seguridad social muy parecidos al establecido en Gran Bretaña, o que en general siguen ese modelo. En la mayoría de estos países antes de que se independizaran, se había creado ya un Sistema Nacional de Salud con cobertura universal, financiado por el Estado y administrado por el Ministerio de Salud, el cual en general se ha mantenido. Después de la independencia, hacia finales de los años sesenta y comienzos de los setenta, en la mayoría de este grupo de países se introdujeron programas de seguridad social, incluyendo la promulgación de leyes de pensiones, que benefician no sólo a los trabajadores asalariados, sino también a otros sectores de la población. Debido a su relativamente reciente iniciación y a beneficios

Cuadro 3
SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL. AMERICA LATINA
SEGUN PERIODO DE APARICION Y GRADO DE DESARROLLO (MADURACION)

Categoría	Período aparición	Cobertura % población	Costo % PBI	Carga % salarial	Mayor % gasto
<i>Pioneros:</i> Argentina-Brasil-Cuba-Chile-Uruguay-Costa Rica	1920-30	61-100	6-15	22-56	Pensiones 44-79%
<i>Intermedios:</i> Bolivia-Colombia-Ecuador-México-Panamá-Paraguay-Perú-Venezuela	1940-50	20-60	2-5	16-24	Salud 60-80%
<i>Tardíos:</i> El Salvador-Guatemala-Haití-Honduras-Nicaragua-República Dominicana	1960-70	4-20	0.5-2	11-18	Salud 80%

Fuente: Mesa-Lago, Carmelo. Varios estudios, 1984-1990.

Cuadro 4
SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA, COBERTURA Y EDAD DE RETIRO
CONO SUR Y PAISES DEL AREA ANDINA - 1990

País	Cobertura % del total de la población 1987-90 (1) ³³	Cobertura por pensiones - % de población trabajadora (2) ³⁴	Edad de retiro H - M (3)	Promedio expectativa de vida a la edad de retiro H - M (4)
Países del Cono Sur				
Argentina	74.0	69	60 - 55	16.2 - 24.2
Brasil	89.0	96	65 - 60	14.2 - 18.3
Uruguay	73.0	81	65 - 55	16.2 - 24.1
Paraguay	-	14	60 - 60	19.2 - 21.7
Chile	70.0	62	65 - 60	13.2 - 19.4
Países del Area Andina				
Bolivia	18.5	18	55 - 50	17.2 - 22.2
Colombia	21.0	22	60 - 55	15.6 - 21.4
Ecuador	11.1	23	55 - 55	20.2 - 21.2
Perú	21.0	37	60 - 55	15.2 - 20.7
Venezuela	50.0	50	60 - 55	16.9 - 23.5

³³ Columna 1: Mesa-Lago, Carmelo. *Financiamiento de la Atención de Salud en América Latina y el Caribe*. Instituto Desarrollo Económico, Banco Mundial, Washington D.C., 1990.

³⁴ Columnas 2, 3, 4: Mc Greevy, William, *Social Security in Latin America, Issues and Options for the World Bank*, Discussion Paper 110, Washington D.C., 1990.

menos generosos, pero posiblemente más realistas, estos sistemas gozan de una mejor situación financiera que la de programas similares en América Latina. Comparativamente, entonces, los ancianos de los países del Caribe tienden a recibir mejor protección social que sus homólogos de Latinoamérica.

Cuadro 5
SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA, COBERTURA Y EDAD DE RETIRO
MEXICO, AMERICA CENTRAL Y CARIBE LATINO, 1990

País	Cobertura % del total de la población 1987-90 (1) ³⁵	Cobertura por pensiones - % de población trabajadora (2) ³⁶	Edad de retiro H - M (3)	Promedio expectativa de vida a la edad retiro H - M (4)
México	58(84)	42	65 - 65	14.4 - 15.7
Países de América Central				
Costa Rica	85.0	68	65 - 65	16.2 - 24.2
El Salvador	12.1(83)	12	65 - 60	14.2 - 18.3
Guatemala	13.0	33	65 - 65	16.2 - 24.1
Honduras	10.3(84)	13	65 - 60	19.2 - 21.7
Nicaragua	37.5 ³⁷	19	60 - 55	
Nicaragua	46.0	46	60 - 60	13.2 - 19.4
Países del Caribe latinoamericano				
Cuba	-	93	60 - 55	17.2 - 22.2
Dominicana	5.9	14	60 - 60	15.6 - 21.4
Haití	-	2	55 - 55	20.2 - 21.2

³⁵ Columna 1: Mesa-Lago, Carmelo, *op. cit.* Instituto Desarrollo Económico Banco Mundial, Washington D.C., 1990.

³⁶ Columnas 2, 3, 4: Mc Greevy, William, *op. cit.*

³⁷ OPS/OMS.

3. **Algunas observaciones sobre la protección social actual de los ancianos**

En el marco esquemáticamente planteado en los párrafos anteriores, resulta claro que la protección social para los ancianos, como expresión de política pública, en la mayoría de los países de América Latina, salvo unas pocas excepciones, prácticamente no existe. Las acciones que en este campo se desarrollan son el resultado de una mezcla de iniciativas provenientes de instituciones de caridad, servicios públicos de salud, gobiernos locales, programas de seguros sociales y organizaciones no gubernamentales de diversa índole que, en la mayoría de los casos, no están encuadrados en las definiciones políticas de alcance global o nacional. La naturaleza y características de esta mezcla de iniciativas institucionales varían, por supuesto, según los países.

Lo anterior denota que esta área de protección social de los ancianos ha tenido una baja prioridad política en los procesos de decisión y de asignación de recursos por parte de la mayoría de los gobiernos. Esta situación, si no justificable, puede tener explicación en parte porque el grupo poblacional constituido por los ancianos no había sido, hasta ahora, muy numeroso, y por tanto los gobiernos identificaron otras necesidades como más urgentes, en particular aquellas relacionadas con la atención materno-infantil, el control de enfermedades transmisibles, la educación, etc. Los ancianos, por otra parte, no han logrado situaciones de organización suficientemente fuertes para tener presencia nacional, obtener espacio político, y ejercer presiones reivindicatorias.

Los sistemas de seguridad social, o mejor, de seguros sociales, en la mayoría de la América Latina se concentran primordialmente en áreas urbanas. Por lo tanto los ancianos que residen en zonas rurales no son en general elegibles para recibir los beneficios de dichos sistemas. Por otra parte, los programas de servicio de los seguros sociales son, usualmente programas categóricos organizados por riesgos sociales y frecuentemente por ocupaciones (accidentes y enfermedades ocupacionales, pensiones de retiro o jubilación; enfermedades general y maternidad; empleados públicos, trabajadores de la industria, etc.). La falta de coordinación entre estos diferentes programas conforma un panorama de acción pública fragmentada, aun para grupos individualizados, y que obviamente implica dispersión y una utilización muy pobre de los recursos.

En estas circunstancias, en el ámbito de los seguros sociales, o seguridad social según el caso, la cobertura de los riesgos sociales en América Latina y el Caribe es en general bastante restringida en términos de la protección social de los ancianos. En todos estos esquemas, es necesario diferenciar entre la cobertura legal, es decir la establecida por la ley, y la cobertura real, cuya magnitud se asume usualmente con base en estimados de los grupos de población protegida. En general, en los programas de salud de la seguridad social en América Latina la cobertura legal es más amplia. Se ha estimado (véase el cuadro 6), que en promedio en 16 países de América Latina alrededor del 62% de la población tiene el derecho potencial de recibir atención de salud bajo los esquemas de la seguridad social. En Cuba, Nicaragua y Chile, los residentes, incluidos los ancianos, en principio están cubiertos por la ley, bajo combinaciones de la asistencia pública y los programas de seguro social estatales y privados. En los países de habla inglesa del Caribe, todos los residentes tienen el derecho legal de recibir atención de salud bajo los sistemas nacionales de salud. En los otros países la mayor parte de los ancianos deben recurrir a la asistencia pública o a entidades de beneficencia para obtener atención.

Cuadro 6

**POBLACION CUBIERTA, GASTO TOTAL Y GASTO EN SALUD. INSTITUCIONES
DE SEGURIDAD SOCIAL DE PAISES SELECCIONADOS
DE AMERICA LATINA. CIRCA 1980-1983**

	Pob. cubierta % del total 1980	Gasto total % del PIB 1980	Gasto en salud % gasto total 1983
GRUPO ANDINO:			
Bolivia	25	3	40.9
Colombia	12	4	62.9
Ecuador	8	3	16.9
Perú	17	3	58.7
Venezuela	45	3	65.8
Brasil	96	5	33.7
CONO SUR:			
Argentina	79	10	27.1
Paraguay	18	2	-
Uruguay	69	11	8.8
CENTRO AMERICA:			
Costa Rica			
El Salvador	78	9	68.6
Guatemala	6	2	75.8
Honduras	14	2	42.6
Panamá	7	3	91.3
México	50	3	54.5
	53	3	67.0
CARIBE LATINO:			
República Dominicana	8	2	73.1

Fuente: Mesa-Lago, C., *Economic and Financial Aspects of Social Security in Latin America and the Caribbean, Tendencies, Problems and Alternatives for the Year 2000*. 1990.

Con respecto a las pensiones, que es el otro programa mayor que puede beneficiar a los ancianos, la legislación correspondiente cubre a todos los empleados asalariados en alrededor de 22 de los 36 países de la región, seis de los cuales corresponden a América Latina. En los restantes 14 países de América Latina, únicamente algunos grupos asalariados estarían cubiertos por ese programa. En sólo nueve países las leyes de pensiones son obligatorias para los trabajadores independientes o por cuenta propia, aunque en 12 países esta protección puede obtenerse voluntariamente. Sólo en ocho países, la población no asegurada es elegible para pensiones no contributivas (de asistencia social)³⁸.

El anterior es el cuadro general que ofrecen las leyes, sin embargo, la cobertura real o estadística para estos beneficios en los diferentes países, es obviamente más baja que la legal, y las cifras existentes a este respecto, aún las suministradas por las propias instituciones, no son siempre confiables. Existen por tanto vacíos importantes de información a este respecto que es parte de los problemas que requieren solución.

Resumiendo la situación, podría afirmarse que la protección social para los ancianos a través de la seguridad social, en términos de la atención de salud y el mantenimiento del ingreso

³⁸ Mesa-Lago, C., estudios varios para el Banco Mundial (1984-1991).

(pensiones) está lejos de ser adecuada en los países de la región latinoamericana. Los programas existentes se concentran, en general, en los grupos que residen en zonas urbanas. Si se considera que la seguridad social para los ancianos debe ser *"preventiva por naturaleza, más que compensatoria o paliativa"*, es obvio que en los países de América Latina y el Caribe hay una clara necesidad de desarrollar programas más equitativos que garanticen accesibilidad a los beneficios correspondientes para los grupos más pobres de la población, que son los más necesitados.

B. FACTORES DE CAMBIO EN LOS PAISES Y SUS IMPLICACIONES PARA LA FORMULACION DE POLITICAS DE SALUD INTEGRAL DE LOS ANCIANOS

1. En el contexto político y económico

La sucinta revisión de aspectos demográficos e institucionales de salud y de protección social hecha en la sección anterior pone de relieve que en los países de América Latina los problemas relacionados con la situación social y de salud de los ancianos no sólo están aumentando, sino que se están haciendo progresivamente más complejos y más graves. Paradójicamente, la capacidad de los países e instituciones nacionales para enfrentar con éxito esos problemas, se ve —en el momento actual y para el futuro inmediato— seriamente restringida por diversos factores inherentes a los cambios de contexto político y económico que han estado ocurriendo en los últimos años en los propios países.

De acuerdo con su naturaleza, esos factores de cambio están relacionados principalmente con la situación económica y política, con las repercusiones que esta tiene en el orden social, y con procesos de transformación institucional en el sector público, así como con cambios e innovaciones tecnológicas en la prestación de los servicios de salud.

En el terreno económico, la crisis que se inicia desde el comienzo de los años ochenta, con todo el peso de la deuda externa sobre la economía de los países latinoamericanos, forzó la aparición de cambios muy profundos en los procesos y en los modelos de desarrollo. Al lado de la parálisis del crecimiento, que se había dado de manera importante en la década de los setenta, en los años ochenta los países enfrentaron serios problemas de inflación y de restricciones para la inversión y el gasto público. En esas circunstancias, la adopción de políticas de ajuste macro estructural que intentaron desacelerar la eclosión y controlar los efectos de la crisis, replantearon los modelos de desarrollo introduciendo los esquemas de apertura económica, mediante los cuales se ha buscado la inserción de la región en los mercados mundiales. Esos cambios y la reestructuración concomitante de las economías, han provocado un gran impacto social y han conducido a una redefinición de los roles del Estado y del sector privado en el desarrollo y en la gestión pública, agravando aún más la situación. Desde este punto de vista, los cambios de mayor trascendencia para la definición de políticas de salud de los ancianos se relacionan con el aumento de la pobreza; con la pérdida del valor real de los salarios; con el incremento del desempleo y subempleo y con el crecimiento del sector informal, que en casi todos los países pasó a ser un componente mayoritario de la fuerza laboral y del mercado de trabajo, con repercusiones obvias sobre la afiliación a los esquemas de seguros sociales existentes.

Durante los años de bonanza y crecimiento (en las décadas de los sesenta y los setenta) aunque se registraron aumentos, hubo una cierta estabilización en las proporciones de la población

afectada por la pobreza. Con el advenimiento de la crisis, los grupos por debajo de la línea de pobreza aumentaron en casi todos los países. La magnitud de estos aumentos se hizo todavía mayor con la introducción de las políticas de ajuste macro-estructural. De acuerdo con estudios del Programa Regional de Empleo para América Latina (PREALC)³⁹ de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en 1970 había en la región 113 millones de pobres, equivalentes al 40% de la población. Estas cifras fueron en 1980, 119 millones y 33%, respectivamente. En 1985, la proporción de pobres era del 39%, más o menos equivalente al porcentaje respectivo en 1970, pero, en términos absolutos, el número de pobres pasó de 113 (en 1970) a 158 millones en ese período de 15 años. Las estimaciones para 1992 son, en términos absolutos, significativamente mucho más altas. El aumento de la pobreza contribuyó aún más a forzar los procesos de urbanización de la población. La localización en las áreas urbanas ha sido desordenada, con crecimientos periféricos, y sin infraestructura de servicios básicos, con los consiguientes riesgos y amenazas para la salud, particularmente de los grupos más vulnerables, entre ellos los ancianos.

A la concentración muy fuerte del ingreso que condiciona el incremento de la pobreza, se agregan los efectos de nuevos patrones de relaciones familiares y comunales, y el cambio de roles de las mujeres y de los propios ancianos. Se ha observado así el crecimiento de los grupos de mujeres vinculadas al trabajo —pero sometidas a muy bajos ingresos—, provenientes en su mayoría de actividades informales que, obviamente, carecen de protección social individual y familiar.

En el contexto político, durante los años ochenta se había producido un retorno a la democracia, con gobiernos electos y restitución de los parlamentos en varios países de la región. Se produjo así mismo la solución de conflictos políticos existentes en algunos países y grupos subregionales, y se instauró un clima de relativa paz y tranquilidad. Esto facilitó la renovación de movimientos de integración, y la promoción de varias iniciativas regionales: el Acuerdo Norteamericano de Libre Comercio (NAFTA), la Iniciativa del Caribe, el Grupo Andino, Mercosur, y otros.

En los años noventa se percibe, sin embargo, una gran fragilidad de los gobiernos democráticos, que se han visto cuestionados y asediados en varios países, al igual que los líderes respectivos, varios de ellos surgidos como reacción a la clase política convencional. Estos cambios en el contexto político de los países, algunos de los cuales apenas empiezan realmente a manifestarse, denotan gran inestabilidad y tendrán, definitivamente, una influencia importante en la reorganización de las funciones públicas y en las modalidades de organización de los sistemas de seguridad social y de salud, y por ende en las definiciones de políticas que tienen que ver con la protección y la atención a los ancianos.

2. **En el panorama institucional y tecnológico de los sistemas de salud pública y seguridad social**

En las circunstancias descritas, y desde el punto de vista institucional, resalta en el sector salud la situación de los organismos públicos, en particular de los Ministerios de Salud. Estos, que en general han sido débiles y comparativamente minimizados en el conjunto de los gabinetes de gobierno, tienden ahora a estar más restringidos en materia de recursos, y ven aún más mermada su cuota de poder, que

³⁹ PREALC (1988). *Deuda social*, OIT.

tradicionalmente ha sido limitada. Enfrentan además una situación de gastos decrecientes en salud, en virtud de una reducción general del gasto público, que tiende a hacerlos aun más inestables y restringe peligrosamente su capacidad de conducción del sector.

Estos fenómenos, aunque quizá con menor intensidad, se dan igualmente en las instituciones de seguridad social, las cuales con recursos eventualmente superiores a aquellos de los ministerios de salud, no logran cerrar las brechas de cobertura e incorporar al beneficio de sus programas a los grupos más necesitados de la población. Las formas de operar de la seguridad social en el campo de la salud ocasionan, por otra parte, duplicaciones innecesarias de servicios, y agravan la mala utilización de recursos de por sí escasos en relación con las necesidades y demandas de la población.

En estas condiciones, el sector privado, *motu proprio*, y en general estimulado por políticas específicas y por movimientos de desestatización de la función pública ha entrado a ocupar vacíos de presencia de las instituciones públicas y a consolidar su participación, no siempre afortunada y eficiente desde el punto de vista social, en la prestación de servicios de salud. Durante la crisis y en los años subsiguientes, ante la depresión del sector público, diversas entidades privadas pasaron a ser el último recurso, aunque caro, de los grupos de medianos y bajos ingresos. Esto se ve claramente en las proporciones del gasto privado en salud que se aprecian en las encuestas de hogares de diversos países.

En el contexto planteado, los tradicionales problemas tecnológicos de los servicios de salud, tienden a hacerse aún más serios y apremiantes. Las deficiencias de la infraestructura de salud, que en general no está distribuida uniformemente en los países, se tornan más graves. A la inapropiada concentración, el desperdicio y la baja cobertura, se agregan fenómenos de innegable obsolescencia en instrumentales y equipos, y también en métodos y procedimientos organizacionales y administrativos.

Se ha indicado que en la región podrían prevenirse más de 700 000 muertes anuales utilizando la tecnología disponible. Sin embargo, en la práctica, sólo unos pocos países han logrado avances significativos en la regulación y en la planificación de la incorporación y uso de tecnología en los sistemas de salud.

En el fondo de todos estos fenómenos se percibe una indudable pérdida de presencia política y de la capacidad de intervenir efectivamente en el campo social de las entidades del sector salud. Las decisiones fundamentales que atañen a éste están siendo tomadas por otros organismos del Estado, con las consiguientes, y frecuentemente desastrosas, consecuencias para la población de menores recursos en general, y los ancianos en particular.

De lo anterior se puede concluir que en el área de la salud un buen número de países de la región presenta un incremento en la falta de equidad, que resulta del menor gasto público, de la concentración del ingreso, de los fenómenos de desestatización y privatización, de la carencia de regulaciones para la mezcla público-privado en los servicios de salud, y de las dificultades para realizar acciones en el mediano y largo plazo, debido a la urgencia de solucionar problemas emergentes.

La región ha visto, por otra parte, el surgimiento de los Fondos de Emergencia —o Fondos de Inversión Social—, que se presentan como opciones a la formulación de políticas sociales, pero cuya

utilización directa por los niveles ejecutivos altos de los gobiernos, al margen de las instituciones encargadas de programas y áreas específicos, ocasionan aún mayor debilidad institucional y crean "reformas ficticias del Estado" por paralelismo de acciones. Esto agrava el hecho de que no todos los países tienen políticas explícitas globales, en financiamiento y macro-organización de los servicios de salud, lo que redundará en más restricciones para atender la salud de los diversos grupos poblacionales, en especial los ancianos.

3. Posibles escenarios en el inmediato futuro en los sistemas de salud

En la confrontación de la crisis económica y social de los años ochenta, los países de la región hasta ahora parecen haber concentrado la mayor parte de sus esfuerzos en dilucidar y solucionar los efectos económicos adversos. Las discusiones de estos aspectos y el diseño de las reformas concomitantes han dominado casi exclusivamente el escenario público, en especial de América Latina. La consideración de las consecuencias sociales de la crisis y de los procesos de ajuste macroeconómico, y los debates necesarios para lograr soluciones apropiadas y aceptables para las mayorías, todavía no se estarían confrontando seriamente en la mayoría de los países. Los modelos de desarrollo que se están propiciando, por otra parte, no parecen dar realmente soluciones a este respecto. Idealmente, la década presente puede ofrecer oportunidades y un espacio de tiempo en el cual se establezcan las reformas sociales necesarias para controlar el avance de la pobreza y aliviar sus implicaciones en las condiciones de vida, de salud, de educación y de bienestar para los grandes grupos de población afectados por los cambios económicos. Corresponde a la iniciativa de los gobiernos utilizar apropiadamente estas oportunidades.

Al considerar las alternativas para la definición de políticas en esta área, parece válido diferenciar en el análisis, primero, la existencia de algunos aspectos comunes que estarían presentes en la mayoría de las situaciones y que tendrían que influir en cualquier curso de acción que se tome, y, luego, la exploración de algunas características predominantes en los posibles escenarios futuros en los cuales habrán de desarrollarse las políticas, programas y actividades que se planteen.

3.1 Factores y problemas comunes

Los factores y problemas comunes, en su mayoría ya señalados, corresponden básicamente a:

- * Los cambios demográficos, en particular el crecimiento en términos absolutos de los grupos en proceso de envejecimiento y su concentración en áreas urbanas.
- * Los cambios en la estructura familiar debidos a la creciente incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo y al aumento del número de hogares con un solo padre.
- * La agravación, por lo menos en el futuro inmediato, de la pobreza, y de sus implicaciones en la determinación de condiciones de vida precarias para amplios segmentos de la población.
- * Las tendencias a liberalizar la economía y, en consecuencia, a reducir el gasto público y los movimientos para transferir la responsabilidad de la protección social a individuos e instituciones privadas.

* El predominio de las consideraciones económicas, en las que se incluyen compromisos de pago de la deuda externa de los países, en los procesos de diseño e implementación de nuevos modelos de desarrollo.

* Los cambios en la estructura y en el rol de los gobiernos, incluyendo la descentralización y la redistribución de responsabilidades de los programas de protección social, entre varios segmentos e instituciones estatales.

Como expresión práctica de estos cambios, cabe esperar la intensificación de la tendencia a la descentralización de la administración pública y la aparición de nuevos modelos de organización gubernamental en los niveles central, regional o local. En esta tendencia, el rol de las municipalidades y otras agencias gubernamentales locales tiende a ser fortalecido, particularmente en la prestación y coordinación de servicios públicos, marco en el cual se ubicarán las políticas de salud dirigidas a los ancianos.

3.2 Posibles alternativas de desarrollo en los sistemas de salud

En el marco general analizado, y como posibles cursos alternativos de acción que atañen a los servicios de salud, se podrían visualizar tres posibles situaciones o escenarios, que, de acuerdo con los factores predominantes habrán de tener diferentes repercusiones en los servicios de atención de salud para los ancianos.

a) Escenario de base

En este escenario de base se asume que no se producirán mayores cambios. Se continuará con las concepciones políticas actuales y las mismas percepciones de los problemas sociales, lo cual mantendrá las políticas y enfoques organizacionales concebidos para atender esas situaciones. Aunque se reconozcan las implicaciones del aumento de la pobreza, la política social tendrá básicamente la misma orientación que en las décadas pasadas, y los programas de seguro social mantendrán sus tasas actuales de crecimiento, continuando su focalización en la protección de la fuerza de trabajo asalariada. Los servicios de salud continuarán siendo prestados por entidades privadas, ministerios de salud e instituciones de seguridad social, de acuerdo con la distribución del ingreso de la población, y en gran parte independientemente uno del otro. El monto de los recursos para salud y servicios sociales, particularmente de fondos públicos se reducirá, y para compensar por estas reducciones, se pedirá a las comunidades y a los individuos un incremento de sus contribuciones directas. En los esquemas organizacionales y financieros de los servicios sociales serán introducidas algunas formas de contribución, bajo la influencia de las tendencias generales hacia la privatización que actualmente ejercen gran fuerza en el hemisferio. Adicionalmente, puede esperarse alguna descentralización de la gerencia de los servicios públicos, pero esto será un largo proceso, y todavía por un número de años se ejercerá el control y el poder central. En términos generales, éste no será un escenario de cambios drásticos o dramáticos, sino más bien uno de introducción de reformas graduales en los sistemas de salud y seguridad social existentes.

b) Escenario de privatización

Un segundo tipo de situación observable —es decir, otro posible escenario— podría ser caracterizado por un movimiento definitivo hacia una mayor y más profunda participación del sector privado en la organización y prestación de servicios sociales y de salud. Esto respondería a las tendencias hacia la reducción del tamaño del Estado que prevalece en la región, y a la subsecuente desestatización de servicios públicos, incluyendo los servicios de salud. Los mecanismos financieros para estos servicios se modificarán entonces, pasando de un modelo colectivo o público a uno de mayor énfasis en la responsabilidad individual, o sea a un modelo privado. Bajo la liberalización de la economía y los movimientos del mercado libre las definiciones de política social serán dominadas por los análisis de costo-beneficio/costo-efectividad y el raciocinio económico, más que por la comprensión y el sentido político. La participación directa de las agencias del gobierno en la prestación de servicios sociales y de salud se reducirá drásticamente o será abolida. Los esquemas gubernamentales de seguridad social para pensiones y servicios de salud serán reemplazados, parcial o totalmente, por entidades de seguro privado y por planes de salud de prepago. La inequidad existente y las diferencias sociales se agravarán, así como las implicaciones de la pobreza para aquellos segmentos más afectados por el desempleo y otros problemas sociales; entre esos grupos se verán especialmente afectados los ancianos. En este escenario, se introducirán cambios importantes en la filosofía de la salud pública y los servicios de salud, en comparación a la que fue característica de los países de la región por varias décadas. En tal sentido, el papel de las instituciones públicas se modificará y eventualmente se incorporarán modelos importados para la atención de los ancianos, hecho que redundará en favor de las actividades privadas en este campo.

c) Escenario de políticas sociales integrales

El tercer posible escenario se podría dar en aquellas situaciones nacionales donde el Gobierno decida usar sus poderes para mejorar el impacto del proceso de reestructuración económica, mediante la adopción e implementación de políticas sociales agresivas que cubran y coordinen diferentes acciones en las varias áreas en las que se requerirá protección social. La equidad y la solidaridad social serán valores fundamentales que sostendrán la comprensión de que los pobres, los niños y los viejos son parte de la sociedad, y que la responsabilidad por ellos pertenece a toda la comunidad, y no solamente a ellos mismos y al círculo familiar más cercano. En este contexto, los esquemas de seguros sociales se transformarán efectivamente en programas nacionales de seguridad social, que proveerán seguridad de ingreso a aquellos más necesitados, y garantizarán la accesibilidad universal a la atención de salud. Para enfrentar con éxito estos nuevos compromisos, aquellos mecanismos contributivos tradicionales serán complementados a través de la asignación de fondos generales que se habrán de originar en impuestos.

Los mecanismos de afiliación y los procedimientos de recaudación de la seguridad social se reestructurarán en el marco de una política social nacional unificada, para facilitar la extensión de cobertura a aquellos grupos que constituyen el sector informal. La implementación de programas sociales, incluyendo la estación de servicios de salud, será ejecutada con la amplia participación de las instituciones y agentes privados, pero en un marco bien definido de acción pública. Los procesos de descentralización se fortalecerán para abrirse a la democratización y a la participación de las comunidades, superando

su interpretación como mecanismos de reasignación de responsabilidades para incrementar recursos exiguos pero necesarios. La interpretación de estos posibles escenarios o situaciones nacionales como marco de referencia para definir políticas de atención de los ancianos hace necesarias algunas aclaraciones:

Primero, ninguna de las situaciones esquematizadas se desarrollará en términos puros y exactos. Lo más factible es que en los años que restan de la década los países desarrollarán una mezcla de algunas de estas tendencias, con predominio de alguna de ellas de acuerdo con las orientaciones políticas y económicas de los gobiernos involucrados, y como resultado de un proceso político en el cual se esperaría que participaran las diversas fuerzas y grupos de la sociedad.

Segundo, las características del escenario de base probablemente predominarán en los países más pequeños de la región, incluidos aquellos del grupo de aparición tardía de la seguridad social. La situación previamente descrita de ese grupo de países en que prevalece una cobertura baja del seguro social, sería, a su vez, demostrativa del incipiente grado de avance en la formulación de sus políticas y programas sociales.

Tercero, es de esperar que los elementos del escenario de la privatización tengan una influencia importante en la evolución de los programas de seguridad social en algunos de los países del grupo "pionero" y, eventualmente, en algunos de los del grupo intermedio. El desarrollo de este escenario será más limitado en los países menos evolucionados, simplemente porque el nivel de los recursos no estimulará el establecimiento de empresas privadas de atención de salud.

Por otra parte, este tercer escenario podría influir para consolidar los programas de protección social en algunos países de los grupos avanzados o intermedios. Qué tanto se desarrollarán estos programas dependerá de la firmeza en las decisiones, de la consulta que se haga a las comunidades y de la satisfacción equitativa de sus necesidades sentidas.

Finalmente, y en consideración de las circunstancias sociales y económicas precarias que enfrentará una alta proporción de la población en la mayoría de los países, es claro que todos los esfuerzos deben ser dedicados a obtener definiciones de política social basadas en los principios de equidad, integralidad y justicia social. Debe reconocerse, sin embargo, que producir los cambios necesarios para aplicar esas políticas constituye un tremendo desafío. Esos cambios implican reconocer que los fundamentos conceptuales y filosóficos en que se han desarrollado los programas convencionales de bienestar están en peligro de desaparecer a causa de las tendencias y transformaciones económicas de las décadas actual y pasada. No obstante, las necesidades de una acción pública decidida no sólo persisten sino que se han hecho más amplias y apremiantes. En esencia, se requiere modelar un nuevo contrato social que pueda ser proyectado y ejecutado en el siglo cercano. Un lugar relevante en ese contrato deberán tener los grupos en proceso de envejecimiento.

C. FORMULACION Y CONTENIDO DE POLITICAS DE SALUD INTEGRAL DE LOS ANCIANOS

1. El proceso político

La formulación de políticas para mejorar las condiciones de vida y por tanto de salud de los ancianos en los países de América Latina y el Caribe, de acuerdo con la revisión anterior, implica importantes cambios sociales. En la mayoría de los países de América Latina estos cambios habrán de darse en un contexto de escasos recursos y de transformaciones sustantivas de las funciones públicas. La formulación de estas políticas públicas es ciertamente un proceso político, que implica acuerdos y concertaciones con diversos grupos e instituciones, cuya naturaleza y características variarán según los países.

La bajísima y casi ninguna prioridad que se ha asignado en general a la salud de los ancianos constituye un gran lastre en este proceso, cuyas características, de acuerdo a las situaciones nacionales, es indispensable delinear y replantear. Para este propósito se requieren acciones definidas que empezarán por establecer y mantener una clara identidad del área de salud de los ancianos, la cual debe comenzar a aparecer con una mayor nitidez en planes, programas, presupuestos y esquemas organizacionales del sector salud. El establecimiento de esa identidad, y su consolidación, puede significar algún grado de conflicto con otras áreas y programas con los cuales se entrará a competir por espacio político y, principalmente, por recursos. En función de esa competencia será necesario allegar información apropiada para mejorar el conocimiento de esta área en quienes definen las políticas públicas (ya sean personas o instituciones) y lograr que se reconozca la necesidad de tomar, en el contexto respectivo de la gestión pública, claras decisiones en relación a la salud de los ancianos.

En segundo lugar, es necesario establecer una presencia política definida de los ancianos, mediante el estímulo a la organización de grupos que se hagan reconocer en el conjunto de la sociedad, aún a riesgo de aparecer excesivamente beligerantes. Este sería un precio apenas módico para obtener presencia y espacio en las decisiones de política que atañen a su salud y su bienestar. Constituidos estos grupos, asociaciones, clubes, sociedades, etc., se deberá estimular y apoyar su participación en el análisis de su propia situación, en la identificación de aquellos problemas que los afectan y en el diseño de las soluciones correspondientes.

Un tercer conjunto de acciones en este proceso político para mantener visible el área de salud de los ancianos se habrá de orientar a establecerle objetivos programáticos y políticas operacionales claramente definidos. Una vez que se haya alcanzado un consenso básico respecto a la importancia de esta área, y se haya obtenido la aceptación global de este nuevo campo de actividad en el sector salud, es indispensable consolidar esos logros estableciendo los acuerdos y concertaciones que en cada situación nacional permitan concretar acciones e instaurar programas definidos que den expresión operativa a las políticas adoptadas.

En todas estas acciones está envuelto un alto grado de compromiso y negociación política que, por su misma naturaleza, tiene un componente cultural muy específico de cada situación nacional. En razón de que los componentes culturales en estas políticas públicas son críticos y usualmente muy

complejos, conviene propiciar el trabajo interdisciplinario de quienes adoptan este tipo de decisiones sociales para que de esa acción compartida surja una consideración efectiva de los valores, creencias, aspiraciones, etc., de las poblaciones correspondientes.

2. **El marco conceptual**

Como se ha planteado previamente, los ancianos son un grupo de importancia creciente en las sociedades latinoamericanas. Hasta ahora, generalmente los sistemas de salud y los servicios sociales para los ancianos, han sido iniciativa, y un área de trabajo de organismos voluntarios, cuyos lineamientos políticos y operacionales han sido eminentemente institucionales. El claro reconocimiento que hoy se hace de la multisectorialidad de la salud indica que las definiciones de políticas de salud y de bienestar, que atañen a este grupo etario, aunque con un grado importante de especificidad, no pueden ser segregadas del resto de las políticas sociales por una parte, ni del conjunto de las políticas de salud por la otra.

La adopción de políticas de salud integral de los ancianos debe entonces partir de dos premisas fundamentales que, por lo demás, son igualmente válidas para las acciones de salud dirigidas a otros grupos poblacionales. En primer lugar, la salud no es sólo bienestar físico o ausencia de enfermedad. El concepto de salud implica además una situación de equilibrio con el medio ambiente físico y social, la capacidad de satisfacer necesidades sentidas y de hacer reales las aspiraciones por una mejor calidad de vida. Luego, y como consecuencia de lo anterior, las acciones de salud dirigidas a los individuos y grupos poblacionales, para ser efectivas, requieren el concurso de diversos sectores de la sociedad.

Aunque a estos principios se han adherido todos los países de la región en las definiciones conjuntas de política y estrategias para encauzar las acciones de la Organización Panamericana de la Salud, en la práctica los diversos programas y actividades se siguen orientando hacia una focalización casi exclusiva en la enfermedad y su prevención convencional. Sin detrimento de estas acciones, que obviamente continuarán siendo necesarias, las políticas de salud integral, en este caso de los ancianos, deben sustentarse en una conceptualización más amplia y contar con un espectro de actuaciones igualmente mayor, que otorgue especial atención a lo intersectorial, dando particular atención a los determinantes sociales de la salud, en especial las relaciones de ésta con el ingreso adecuado, la integración social, y el control sobre el medio ambiente y los factores de riesgo, físicos y sociales.

Dentro de este enfoque es necesario comprometer la adopción de políticas públicas en otros sectores en función de la salud de los individuos y los grupos de población. La salud de los ancianos, al igual que la del resto de la población, sólo se podrá mantener y desarrollar si se ejercen acciones apropiadas en vivienda, saneamiento del medio ambiente, educación, recreación, etc. El reconocimiento de estas relaciones ha dado lugar a los enfoques denominados "políticas saludables" o "políticas públicas en apoyo de la salud", a los cuales se hace referencia más adelante. En función de la salud se requiere, además, la participación de los diferentes grupos de la sociedad en el desarrollo de las condiciones físicas y sociales que benefician su salud y, finalmente, el logro de equidad y justicia en el acceso a los programas de desarrollo de la infraestructura y a los servicios de atención de la salud.

La condición social de los ancianos resulta de una vida transcurrida en un tiempo histórico y social determinado. Los objetivos de la política de salud para promover el bienestar de este grupo

deben, entonces, incorporar un interés específico en el mantenimiento del ingreso, particularmente de los más vulnerables, entre ellos las mujeres. Las políticas de salud de los ancianos deben incluir igualmente claros objetivos en materia de atención de necesidades básicas y orientarse a mantener la integración social de los individuos que envejecen. Esto implica que esas políticas deberán interrelacionarse estrechamente con la extensión y el desarrollo de los programas básicos de la seguridad social.

En el terreno operativo es necesario evitar la marginalización frecuente de los ancianos, producida por orientaciones programáticas que enfatizan su diferenciación y los separa de las corrientes vitales de la sociedad. En este sentido, las políticas de salud de los ancianos deben, asimismo, incorporar objetivos para lograr que ellos puedan actuar como recursos positivos en la comunidad, para su propio beneficio y el de otros miembros de la sociedad. La participación de los ancianos en iniciativas y propuestas de desarrollo comunitario y en la organización de grupos de autoayuda, es usualmente muy útil para los proyectos en sí mismos, y también para estimular la autoestima de los ancianos y su sentido de realización.

Los procesos degenerativos y las enfermedades que normalmente afectan a los ancianos comienzan temprano en la edad adulta y, en gran medida, resultan de los estilos de vida. Las intervenciones tendientes a eliminar o disminuir los factores y situaciones de riesgo a que están expuestos los ancianos no son generalmente diferentes de las requeridas para otros grupos de adultos. Luego, para que sean efectivas, las actividades de prevención dirigidas a este grupo deberán ser iniciadas y ejercidas 2, 3 ó 4 décadas antes de que se llegue a la ancianidad. La real prevención primaria, por otra parte, requiere que los programas sean diseñados y estructurados para que alcancen a la totalidad de la población, y no solamente a aquellos individuos que ya acusan síntomas o que están expuestos a elevados factores de riesgos.

En relación con las acciones de atención de la salud de los ancianos, cabe recalcar que la eficiente utilización de los recursos organizacionales, tecnológicos y físicos de los servicios de salud requiere una planeación integral que debe considerar al conjunto de la población y no solamente a determinados grupos poblacionales. Los servicios de salud para la atención de los ancianos no pueden, entonces, estar separados del resto del sistema de salud. Los avances tecnológicos en medicina y otras disciplinas relacionadas con la atención de la salud deben ser accesibles a todos los miembros de las diferentes comunidades. Al mismo tiempo, los esquemas organizacionales que se propongan deben evitar las duplicaciones y otorgar una consideración apropiada a las implicaciones que éstos puedan tener en términos de costo, tanto en relación a inversiones de capital como a presupuestos de funcionamiento.

Los componentes diagnósticos y terapéuticos de los servicios de salud, en especial aquellos de alto costo, no son ni pueden destinarse al uso exclusivo de los ancianos, aunque ellos hagan un mayor uso de los mismos. Por lo tanto, el desarrollo de esos servicios y facilidades debe responder a la consideración de necesidades de toda la población. Sin embargo, es necesario evitar caer en el extremo opuesto, es decir, que los requerimientos específicos de los varios grupos de edad, ancianos o niños, puedan ser subvalorados o ignorados, o que se les asigne una importancia secundaria en la planificación y el desarrollo de los servicios de salud. Como se indicó anteriormente, esas necesidades

pueden y deben ser consideradas apropiadamente dentro de un análisis integral que sustente el establecimiento de los programas, y mediante el diseño de facilidades que sirvan a la comunidad como un todo, en los ámbitos nacionales, regionales y locales.

Finalmente, las acciones que se acometan para reorientar los procesos de formulación de políticas de salud para los ancianos en América Latina y el Caribe, deben considerar los cambios de contexto y las transformaciones institucionales que están ocurriendo en el sector salud de esos países. Es preciso tener en cuenta las reformas de la seguridad social, y la reestructuración de los servicios sociales de salud, que están en proceso en varios países. Las soluciones y esquemas organizacionales que se plantean deben ser compatibles con los modelos de desarrollo socioeconómico adoptados por los países respectivos, y tomar en consideración implicaciones de esos modelos para la salud de la población en general, y del grupo etario de los ancianos en particular.

3. **Los componentes estratégicos**

En el marco político y conceptual planteado, la formulación de políticas de salud integral de los ancianos necesariamente debe incluir señalamientos y orientaciones estratégicas que contribuyan a focalizar las acciones y a cimentar la aplicación de los postulados políticos.

Las estrategias convencionales para fomentar la salud en todas las edades, incluidos los ancianos, comprenden los enfoques y acciones de prevención de enfermedades, la educación en salud y los cambios en los hábitos y estilos de vida. Empíricamente se han demostrado los efectos benéficos de estos últimos, aun en períodos de edad avanzada, (ejercicio, cambios de dieta, etc.) lo cual justifica plenamente la utilización de estas medidas de promoción de la salud como uno de los componentes estratégicos primordiales de las políticas de salud de los ancianos. Igualmente, los cambios de legislación y la colaboración de servicios, especialmente intersectoriales (vivienda, salud, trabajo social) y también de unidades jurisdiccionales (municipios, provincias, etc.), pueden constituir enfoques estratégicos importantes y productivos, según sean las circunstancias que se presenten en cada situación nacional o local.

La gama de posibles enfoques estratégicos de las políticas de salud de los ancianos puede ser muy amplia y variada según los diversos ámbitos en que esas políticas deban ser aplicadas. Desde un punto de vista práctico, esos diversos enfoques podrían aglutinarse alrededor de cuatro grandes áreas: la promoción de la salud, las acciones intersectoriales en el marco de las relaciones de salud y desarrollo, la reformulación de los programas de seguridad social y el desarrollo integral de servicios sociales y de salud.

Estos enfoques se consideran especialmente relevantes en la situación actual de la región, y por lo tanto dan mérito para algunas consideraciones adicionales en cada uno de ellos.

a) *El enfoque central de promoción de salud*

El reconocimiento hoy ampliamente difundido —aunque no plenamente incorporado en los servicios— de la influencia decisiva del medio ambiente físico, la organización social, los estilos de vida y los patrones

de comportamiento en el estado de salud de los individuos y los grupos sociales, señala claramente que proteger y atender la salud, incluida la de los ancianos, no es solamente una cuestión de sanar y cuidar a los enfermos. Se abren en esta forma enormes posibilidades de nuevas intervenciones para mantener y desarrollar la salud de los diferentes grupos poblacionales. Toda vez que la mayoría de los ancianos son "funcionales", mental y físicamente, esas nuevas intervenciones en función de su salud deben centrarse prioritariamente en mejorar las circunstancias socioeconómicas que los rodean, en lograr, para ese propósito, la movilización de otros sectores y en persuadir a políticos y autoridades que deciden sobre los recursos, de la importancia y los beneficios de invertir en actividades que promuevan la salud de las comunidades y en este caso, de los ancianos en particular.

Como hoy se concibe, la promoción de la salud es una estrategia renovada para provocar cambios en actitudes, valores y estilos de vida, y lograr un comportamiento más saludable de los individuos y la sociedad en general. Esta estrategia incluye además la reorientación de la acción de los servicios en función del mantenimiento y el desarrollo de la salud individual y colectiva. Con ese nuevo enfoque, los aspectos conceptuales y operacionales de la promoción de la salud están aún en desarrollo; no obstante, se espera que sus componentes sean diferentes y de mayor alcance que las aproximaciones tradicionales de educación para la salud que se utilizaron antes para su fomento. El objetivo de estos nuevos enfoques es promover y propiciar acciones que contribuyan a alcanzar los niveles más altos posibles de salud. Con esa concepción, la promoción de la salud incorpora tanto las acciones individuales como las de la sociedad para lograr el estado deseado de salud, y es parte integral de la estrategia de atención primaria para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000"⁴⁰.

Para incorporar estos nuevos enfoques de promoción de la salud y convertirlos en elementos del comportamiento diario de los individuos y de las comunidades, es necesario ejercer un fuerte liderazgo desde los servicios de salud e introducir cambios apropiados en su organización. Es además indispensable hacer accesible la información necesaria a quienes toman las decisiones y definen las políticas en los cuerpos gubernamentales y legislativos.

"Una intervención exitosa a este respecto requiere que el mensaje sea relevante para el interés de quienes definen la política; que sea presentado por los canales que consideran confiables, y en términos que ellos lo entiendan plenamente".

En este contexto, la promoción de la salud de los ancianos debe ser parte de un movimiento general para mejorar las decisiones de política que atañen tanto al estado de salud como a la atención de la misma a través de los servicios. Esas definiciones de política deben orientarse además hacia aquellas áreas o aspectos que son específicos para los grupos de la población en proceso de envejecimiento.

b) Las relaciones entre salud y desarrollo y el enfoque intersectorial

No obstante el reconocimiento de la influencia de factores y características del medio ambiente físico y social en la salud, en la práctica se ha avanzado muy poco en formalizar las relaciones intersectoriales

⁴⁰ World Health Organization (1986), *Health Promotion: A Call for Action*.

con respecto a ésta. Las formulaciones "desarrollo y salud" o "salud y desarrollo", han sido apenas un poco más que un "slogan" invocado desde hace varias décadas, pero sin que se hayan logrado manifestaciones concretas a este respecto en los procesos de planificación y en los planes de inversión de los países. A pesar de que se aceptan las implicaciones del desarrollo en la salud, sólo se podrían citar muy pocos ejemplos en la región de procesos de planificación del desarrollo en los cuales la salud de los habitantes rurales y urbanos haya sido una consideración básica en el diseño de programas, por ejemplo de agricultura, desarrollo industrial, transporte y comunicaciones, o educación. El establecimiento de un enlace apropiado entre el mantenimiento de un buen estado de salud de la población, y los planes de desarrollo, con pleno reconocimiento de las implicaciones que éstos tienen en la primera, hace necesario conceptualizar y aplicar un bien definido enfoque colaborativo que conduzca a un desarrollo integral.

Este debe ser un proceso de doble vía: por una parte las instituciones de atención de salud deben proveer información, y ayudar a los otros sectores a identificar y a analizar implicaciones de sus respectivas actividades productivas sobre la situación de salud de la población. Estos otros sectores a su vez deberán adoptar "políticas saludables", es decir que promuevan la salud, y realizar sus programas con una preocupación constante de los efectos sobre la salud.

Existen posibilidades de muchas formas directas e indirectas, mediante las cuales las instituciones de atención de la salud pueden colaborar o influir en la acción de otros sectores tanto sociales como productivos, para obtener "políticas saludables" y mejorar a través de éstas la salud y la atención de salud de los ancianos. Sin embargo, para alcanzar esos propósitos será necesario identificar la verdadera naturaleza de las relaciones intersectoriales, y tomar éstas apropiadamente en consideración al definir las acciones correspondientes. El objetivo central debe ser el establecimiento y desarrollo de una verdadera "cultura de la salud" la cual debe ser el enfoque que lidere las definiciones de política y las actividades intersectoriales. En este sentido, serán especialmente relevantes las acciones concertadas para la definición y aplicación de las políticas de trabajo y empleo, y su relación con los programas de retiro y jubilación de la seguridad social. Esa coordinación o concertación será fundamental para asegurar a los ancianos un ingreso apropiado, así como para mantener a éstos activos en cuanto sea posible, y estimular su orgullo y autoestima como miembros útiles de la sociedad.

La colaboración entre sectores con respecto a la salud debe tener lugar en varios niveles de la gestión pública. Una vez que en los organismos de cúpula se haya establecido el marco general de la acción intersectorial, y se hayan definido los lineamientos de "Políticas Saludables", así como las bases de los programas respectivos, será necesario actuar en la unidades periféricas que ejecutarán esas decisiones. En los estados, departamentos, provincias, y principalmente en los ámbitos locales, distritos y municipalidades, se deben lograr los enlaces y la coordinación necesarios para hacer realmente "saludables" esas actividades de desarrollo. Es a este nivel operacional donde las acciones intersectoriales serán beneficiosas en relación con los ancianos. El desarrollo de los sistemas locales de salud, con sus características específicas en cada comunidad, deben ser un microescenario natural donde concentrar esfuerzos para obtener mejores condiciones de vida y de salud para los individuos en proceso de envejecimiento.

c) *Reformulación de los sistemas de seguridad social*

Los sistemas de seguridad social, en los países de América Latina, como se mencionó anteriormente, en teoría al menos, cubren aproximadamente un 60% de la población total. Dadas sus características, los beneficios que otorgan estos sistemas dejan grandes vacíos de protección social, los cuales afectan de manera directa a los grupos de ancianos. Para asegurar la protección social apropiada de las personas en proceso de envejecimiento, es indispensable lograr la universalización de la cobertura de estos esquemas de seguridad social. Las contingencias que afectan primordialmente a los ancianos son, por una parte, la disminución del ingreso y, por la otra, los problemas de salud. Es entonces en estas dos áreas en donde se requieren acciones específicas de la seguridad social en beneficio de los grupos de ancianos.

Las instituciones que manejan estos programas se vieron seriamente afectados por la crisis de los años ochenta, y luego por los procesos de ajuste de las economías, que hicieron mucho más profundos los problemas estructurales que ya existían. No obstante, estas instituciones y sus programas tienen todavía un gran potencial para contribuir a neutralizar o disminuir el impacto en la población de las reformas y de las reestructuraciones económicas. La seguridad social puede ayudar a resolver problemas y vacíos de equidad y justicia social que en las circunstancias actuales tienden a hacerse más profundos.

Varios países así lo han entendido, y están utilizando estas posibilidades de la seguridad social en programas innovadores que benefician a sectores de bajos recursos de la población. Entre esas iniciativas cabe destacar el Programa de Solidaridad del Instituto Mexicano del Seguro Social; la coordinación de servicios a nivel local en Villanueva, Honduras, y la extensión de beneficios a los trabajadores rurales y sus familiares en Escuintla, Guatemala. La extensión de cobertura a través del seguro social requiere, sin embargo, algunas transformaciones y ajustes en los modelos de prestación de servicios que utilizan esas instituciones y en los mecanismos de financiamiento de los programas. La universalización de la cobertura, particularmente a los ancianos, a través de los programas de los seguros sociales existentes, sólo será posible si los gobiernos mejoran sus contribuciones a esas entidades transformando esos esquemas en verdaderos programas nacionales de seguridad social.

En varios países se han iniciado procesos de reforma de los Seguros Sociales, y seguramente otros países seguirán ese ejemplo en el futuro cercano. El gran peligro, sin embargo, surge de los intentos de privatización de la seguridad social que están siendo propiciados y promovidos en los países, dentro de los esquemas neoliberales actualmente en boga en el continente. La extensión de cobertura de la protección social no tiene que hacerse en todos los programas al mismo tiempo. Esta extensión puede dividirse por etapas, empezando, por ejemplo, por la atención de salud, y luego continuar en el mantenimiento del ingreso. Más adelante se podría aplicar la protección social en áreas de vivienda, educación, recreación, etc. La extensión de la seguridad social para proteger a los ancianos debe dar especial atención a la situación de éstos en el sector informal. Estudios y análisis realizados en varios países muestran que una alta proporción de los jefes de familia por encima de los 60 años son trabajadores independientes y, por pertenecer a ese sector informal de la economía, carecen de toda protección por parte de los Seguros Sociales. De igual manera, la situación de los ancianos en las áreas rurales, que hasta ahora han estado casi abandonados, merece especial consideración.

d) *Desarrollo integral de servicios de salud y servicios sociales*

Los servicios de salud para la atención de los ancianos son parte de los sistemas de salud de los países, y deben desarrollarse dentro de ese marco de referencia. Se ha señalado ya la necesidad de enfatizar las acciones de promoción de la salud, respondiendo a nuevos y más atractivos enfoques. Se ha indicado igualmente la importancia de coordinar, particularmente en los ámbitos locales, el desarrollo de los servicios sociales con los de salud. Este es un requerimiento básico para una atención de buena calidad a los ancianos. Además de estos aspectos, ya mencionados, es importante insistir en algunos otros de orden general, que deben ser considerados en la definición de políticas públicas, para lograr un desarrollo armónico de los servicios en beneficio de los ancianos y también de los otros grupos poblacionales.

Se destacan así:

- La importancia de entender la naturaleza multiinstitucional y pluralística de los servicios de salud y, por lo tanto, la necesidad de fortalecer los mecanismos y formas de interrelación de esas instituciones.
- En el pasado se ha dado gran atención a los aspectos estructurales de los sistemas de salud. En las circunstancias actuales es imperativo centrar el interés en los componentes funcionales de los sistemas de salud, entre los cuales se destacan: el financiamiento de los servicios, los procesos de regulación, los métodos de contratación, los análisis de costos, los modelos de atención, etc.
- Los procesos de descentralización de la administración pública, y las oportunidades que éstos ofrecen para el desarrollo de microsistemas locales de salud, en los cuales se favorecen extraordinariamente las posibilidades de atención de los ancianos. Esos escenarios locales, son el ámbito natural para la participación de la población (incluidos los ancianos) en el conocimiento de sus propias necesidades y en la solución de sus problemas. De igual manera, en esos escenarios locales se deberán realizar las acciones intersectoriales en función de la salud de los ancianos, y se facilitará la coordinación de los recursos públicos y privados para el mismo propósito.
- La necesidad de definiciones de política pública en materia de seguros privados y sus responsabilidades en la atención de los ancianos no admite dilaciones. En términos generales, una causa fundamental de la falta de cobertura de atención de salud en América Latina es la inaccesibilidad financiera a los servicios. Con las tendencias de privatización existentes, esos problemas de accesibilidad se tornan más críticos, en particular para los ancianos, que son usualmente excluidos o no aceptados en los esquemas de pre-pago y otras modalidades de seguros privados. La elevación de las proporciones de población que viven en situación de pobreza ha contribuido a agravar esas situaciones.
- En los próximos años, o décadas, en la mayoría de los países de América Latina el financiamiento de los servicios de salud será mixto, con participación de fondos públicos, seguridad social, y recursos privados. Un aspecto crucial en este sentido es la adopción de políticas públicas que definan la función y el alcance de la actividad privada en esos esquemas mixtos, para que ellos contribuyan realmente a la solución de los problemas de cobertura, y no se conviertan en elementos de distorsión de los objetivos del sistema.

□ Finalmente, la importancia del replanteamiento de modelos de atención, tanto en los estratos iniciales de la prestación de servicios como en la atención hospitalaria especializada, el estímulo a la competitividad entre esos diferentes esquemas y la efectividad con que ejecuten las acciones correspondientes.

4. **Los programas y servicios específicos para la atención de los ancianos**

Aquí son dos los aspectos que se plantean:

a) *La acción de las familias y los grupos comunitarios*

Muchas de las posibilidades estratégicas para la aplicación de políticas de salud de los ancianos giran alrededor de acciones de la familia y de los grupos comunitarios. La familia, en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional y social y aun económico para sus miembros de edad avanzada. En los años recientes, sin embargo, en publicaciones de diversas entidades se plantean frecuentemente percepciones que tratan de idealizar la familia del pasado, o la familia de las sociedades "no modernizadas". Estas son, obviamente, interpretaciones equivocadas, un tanto nostálgicas, y por supuesto desuetas, que fallan en reconocer que la organización de la familia y de la vida familiar son dinámicas y han cambiado por influencia de factores demográficos y en respuesta a modificaciones e imperativos del contexto social y económico de los países. Esto no significa que la familia con sus características actuales haya perdido la capacidad de apoyar a sus miembros ancianos. Esta se mantiene incluso cuando ellos viven separadamente. En consecuencia, las políticas de salud de los ancianos que incorporan acertadamente el fortalecimiento de la familia como uno de sus componentes estratégicos, deben evitar la trampa de promover esquemas semi-actualizados de lo que se considera fue la familia en el pasado. No se trata de rescatar o actualizar interpretaciones míticas sino de desarrollar innovativamente el potencial de apoyo emocional y de otros órdenes que tiene la familia de hoy para sus miembros de edad avanzada.

De manera similar, diversas formas de organización de grupos comunitarios, incluyendo grupos de autocuidado de los ancianos, cumplen funciones importantes en relación con este segmento poblacional. Tales organizaciones, al igual que aquellas que permiten a los ancianos hacer presencia política, deben ser estimuladas y apoyadas.

b) *Áreas de servicios para la atención de los ancianos*

En el marco de los planteamientos anteriores, y con la debida consideración de las circunstancias nacionales y locales, las políticas de salud integral de los ancianos deberán propiciar el desarrollo apropiado de actividades y servicios sociales y de salud en las siguientes áreas:

1) **En relación con la atención de salud:**

- Promoción de la salud y educación
- Atención médica general y atención hospitalaria, incluida la accesibilidad a servicios terciarios de alta tecnología
- Atención domiciliaria.

- 2) En relación con el mantenimiento del ingreso, el empleo y la educación:
 - ☐ Pensiones de retiro y otros programas de seguridad social
 - ☐ Programas de educación y entrenamiento para el empleo
 - ☐ Educación para el resto de la población respecto a los ancianos.
- 3) En relación con vivienda y servicios residenciales:
 - ☐ Facilidades de habitación y residencia
 - ☐ Reparación y mantenimiento a domicilio de equipos
 - ☐ Centros diurnos de atención.
- 4) Servicios de apoyo:
 - ☐ Consejería y asistencia legal
 - ☐ Visitas y programas de asistencia domiciliaria
 - ☐ Asistencia directa a los familiares.
- 5) Servicios de nutrición:
 - ☐ Educación nutricional
 - ☐ Entrega de nutrientes básicos.
- 6) Coordinación efectiva de los servicios sociales y de salud en los ámbitos locales para responder integralmente a necesidades sociales de los ancianos.

D. OPCIONES DE POLITICAS Y AGENDA PARA LA DECADA DE LOS AÑOS NOVENTA

En la situación de dificultades económicas y financieras que enfrentan los países de América Latina y el Caribe, es dudoso que se pueda desde un comienzo asignar recursos para sustentar la amplia gama de políticas necesarias para satisfacer el total de necesidades de los ancianos. En estas condiciones, con una visión práctica, se deben reconocer aquellas acciones selectivas que puedan lograr un mayor impacto en el futuro inmediato, el cual se extenderá por los años restantes de la presente década. Para este período se sugiere considerar la definición selectiva de políticas públicas y la realización de actividades, dentro de las siguientes cuatro áreas, y según sea la situación nacional correspondiente:

- a) *Investigación y desarrollo del conocimiento*
 - a.1 Mejorar cuantitativa y cualitativamente el conocimiento y la comprensión de la situación de los ancianos. Investigación en aspectos críticos orientada a definición de políticas.
 - a.2 Revisión y redefinición de los conceptos de ancianidad y de anciano en el contexto social actual, reconociendo los factores de heterogeneidad en este grupo.
 - a.3 Conceptualización de las estrategias de promoción de salud apropiadas para aplicación en los medios de América Latina y el Caribe.

- a.4 Búsqueda y diseño de indicadores de calidad de vida, útiles para sensibilizar a las autoridades y a la clase política en las decisiones de política respecto a los ancianos.
- b) *Desarrollo estratégico de recursos humanos, incluyendo la creación y orientación de grupos comunitarios y de autocuidado*
- b.1 Educación de la población y de profesionales de diferentes disciplinas en relación con la situación de los ancianos.
- b.2 Sensibilización de entidades y personas en niveles decisorios respecto a aspectos críticos relacionados con el bienestar de los ancianos.
- b.3 Promoción y apoyo a la formación de grupos de ancianos con capacidad de presencia política que presionen por aspectos y decisiones que son de su interés.
- b.4 Redefinición del rol de las mujeres, y del movimiento de mujeres, como grupos de presión, en relación a los ancianos.
- c) *Reformulación y desarrollo de los sistemas de seguridad social y de salud*
- c.1 Desarrollo de nuevos enfoques y esquemas organizacionales para mejorar las políticas actuales y su aplicación en esta área.
- c.2 Reconceptualización de los sistemas de salud, en función de los objetivos de equidad, cobertura universal, y eficiencia; y en relación con los procesos de descentralización, promoción y participación social.
- c.3 Redefinición de roles y funciones institucionales en el sector público, en relación con la organización general del sistema de salud, y la atención de los ancianos en particular. Incluye la definición de responsabilidades de los gobiernos centrales, regionales y locales, de los ministerios de salud, de las entidades de seguridad social y de las organizaciones no gubernamentales.
- c.4 Desarrollo de nuevas formas de financiación y canalización de recursos para la atención de salud de los ancianos, en el conjunto del sistema de salud.
- d) *Mejoramiento del liderazgo y desarrollo de la cooperación técnica en el área de salud de los ancianos*
- d.1 Fortalecimiento de los procesos de formulación de políticas de salud y conducción del sector público en este campo, y desarrollo de interrelaciones con otros sectores relevantes.
- d.2 Presentación de propuestas a los organismos de cooperación incluida OPS/OMS, para promoción de estas nuevas áreas; movilización de recursos técnicos y financieros hacia las mismas; y estímulo a las inversiones orientadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

La recopilación de estas sugerencias de campos o aspectos de interés a ser considerados en la formulación de políticas de salud integral de los ancianos no implica, como se señaló al comienzo de la sección, que se deban acometer acciones en todas ellas. Por el contrario se trata más bien de seleccionar dentro de este espectro aquellos aspectos que en cada situación sean más relevantes y abordar prioritariamente su desarrollo. Es fundamental, sin embargo, el reconocimiento de la necesidad de estimular acciones definidas en beneficio de la salud de los ancianos, cuya atención por mucho tiempo, ha estado relegada.

SUGERENCIAS DE BIBLIOGRAFIA

- Anderson, Bent Rold (1985), The Role of Government in Developing a Comprehensive National Plan of Care of the Elderly: the Danish Experience. In Pan American Health Organization, Toward the Well-Being of the Elderly, *PAHO Scientific Publication* 492, pp. 139-143.
- Battin, Margaret P. (1987), Age Rationing and the Just Distribution of Health Care: is there a Duty to Die? In Timothy M. Sneed et al., editors, *Should Medical Care be Rationed by Age?* Rowman & Littlefield, pp. 69-94.
- Berg, Robert L. and Joseph S. Cassels, editors (1990), *The Second Fifty Years: Promoting Health and Preventing Disability*. National Academy Press.
- Binstock, Robert H. and Stephen G. Post, editors (1991), *Too Old for Health Care? Controversies in Medicine, Law, Economics, and Ethics*. The Johns Hopkins University Press.
- Bockeehurst, J. (1975), *Geriatric Care in Advanced Societies*. University Park Press.
- Battistella, Roger M. and Thomas G. Rundall, editors (1978), *Health Care Policy in a Changing Environment*. McCutchan Publishing Company.
- Bui Dangh Ha Doan et al. (1986), Health Policy Formulation in the Future: a Perspective for the Industrialized Societies. In World Health Organization, Regional Office for Europe. *Health projections in Europe: Methods and Applications*, pp. 263-276.
- Callahan, Daniel (1987), *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. Simon and Schuster.
- Campbell, A. John (1987), Implications of Planning and Management Decisions on Access, Quality and Type of Services for the Elderly in New Zealand. *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 2, Special: 187-200.
- Cassel, Christine K. (1992), Issues of Age and Chronic Care: Another Argument for Health Care Reform. *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 40: 404-409.
- Crichton, Anne (1981), *Health Policy Making: Fundamental Issues in the United States, Canada, Great Britain, Australia*. Health Administration Press, 1981.
- Davis, Karen (1985), Computer-Assisted Planning: Application to Health of the Elderly by the Year 2000. In Pan American Health Organization, Toward the Well-Being of the Elderly, *PAHO Scientific Publication* 492, pp. 125-135.
- Denton Carlos y O. M. Acuña (1985), *La población de 60 años: sus problemas y necesidades*. Costa Rica: IDESPO, Universidad Nacional.
- Drummond, Michael F. et al. (1987), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press.
- Ehrlich, S.P. Jr. and J. Litvak (1981), Aging and the Developing Nations of the Americas. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, vol. 91: 512-9.
- Estes, L. and Howard Freeman (1976), Strategies of Design and Research for Intervention. In Robert H. Binstock and Ethel Shanas, eds. *Handbook of Aging and the Social Services*. pp. 536-560. New York, D. Van Nostand.
- Estes, Carroll L., et al. (1984), *Political Economy, Health and Aging*. Little Brown and Company.
- Fein, Rashi (1986), *Medical Care, Medical Costs: The Search for a Health Insurance Policy*. Harvard University Press.
- Francis, John G. and Leslie P. Francis (1987), Rationing of Health Care in Britain: an Ethical Critique of Public Policy-Making. In Timothy M. Sneed et al., editors, *Should Medical Care be Rationed by Age?* Rowman & Littlefield, pp. 119-134.
- Frank, J. et al. (1991), The Epidemiologic Transition in Latin America. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, vol. m: 485-96. Geriatric primary care: a European perspective, Part I (1992). *Geriatrics*, vol. 47: 31-41.
- German, P. S., and L. P. Fried (1989), Prevention and the Elderly: Public Health Issues and Strategies. *Annual Review of Public Health*, vol. 10, pp. 319-332.
- Getzen, Thomas E. (1992), Population Aging and the Growth of Health Expenditures. *The Journal of Gerontology*, vol. 47: S98-104.
- Gore, M. S. (1990), Social Factors Affecting the Health of the Elderly. In Robert L. Kane et al., editors, *Improving the Health of Older People - A World View*. Oxford University Press, pp. 107-124.
- Hadley, Jack (1982), Health Production Function Estimates: Adult Cohorts. In Jack Hadley, *More Medical Care, Better Health?* The Urban Institute, pp. 53-73.
- Jliovici, J. (1990), Contribution of Social Security to the Well-Being of the Elderly. In Robert L. Kane et al., editors, *Improving the Health of Older People - A World View*. Oxford University Press, pp. 659-666.
- Kane, Robert L. and Rosalie A. Kane (1985), *A Will and a Way: What the United States Can Learn from Canada about Care for the Elderly*. Columbia University Press.
- Kapp, Marshall (1991), Rationing Health Care: Legal Issues and Alternatives to Age-Based Rationing. In Robert L. Barry and Gerard V. Bradley, editors, *Set No Limits*. University of Illinois Press.

- Kinnaird, John *et al.*, editors (1981), *The Provision of Care for the Elderly*. Churchill Livingstone.
- Lammers, William W. and David Klingman (1984), *State Policies and the Aging: Sources, Trends and Options*. Lexington Books.
- Leitcher, Howard M. (1979), *A Comparative Approach to Policy Analysis: Health Care Policy in Four Nations*. Cambridge University Press.
- Linstone, Harold A. (1984), *Multiple Perspectives for Decision Making: Bridging the Gap Between Analysis and Action*. New York, North Holland.
- Litvak, Jorge (1985), Resources for National Health Programs for the Aging. In Pan American Health Organization. Toward the Well-Being of the Elderly. *PAHO Scientific Publication* 492, pp. 146-148.
- McLachlan, G. (1980), *The Planning of Health Services: Studies in Eight European Countries*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Meltsner, Arnold J. and Christopher Bellavita (1983), *The Policy Organization*. Beverly Hills, Calif., Sage Publications.
- Merchan, R. (1984), *Estado gerontológico ecuatoriano: la población adulta y anciana*. Quito, Ministerio de Bienestar Social.
- Monk, Abraham, editor (1990), *Health Care of the Aged: Needs, Policies, and Services*. The Waworth Press.
- Mosley W. Henry *et al.* (1990), The Health Sector in Developing Countries: Problems for the 1990s and Beyond. *Annual Review of Public Health*, vol. 11, pp. 335-358.
- Nusberg, Charlotte (1985), Improving Health Care of the Elderly: Examples from around the World. In Pan American Health Organization, Toward the Well-Being of the Elderly. *PAHO Scientific Publication* 492, pp. 149-154.
- Ogawa, Naohiro (1990), Economic Factors Affecting the Health of the Elderly. In Robert L. Kane *et al.*, editors. Improving the Health of Older People - A World View. Oxford University Press, pp. 627-646.
- Omenn, Gilbert S., editor (1992), Symposium on Selected Clinical Syndromes Associated with Aging. *Annual Review of Public Health*. vol. 13, pp. 411-528.
- Oriol, William E. (1982), *Aging in All Nations: A Special Report on the United Nations World Assembly on Aging*. Washington, D.C. The National Council on Aging.
- Ory, Marcia G. and Kathleen Bond (1989), *Aging and Health Care: Social Science and Policy Perspectives*. Routledge.
- (PAHO) PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1990), *Health Conditions in the Americas: 1990 Edition*. vol.I, Washington, D.C.
- Pawlson, L. Gregory *et al.* (1992), An Overview of Allocation and Rationing Implications for Geriatrics. *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 40: 428-634.
- Phillipson, Chris *et al.*, editors (1986), *Dependency and Interdependency in Old Age: Theoretical Perspectives and Policy Alternatives*. Croom Helm.
- Phillipson, Chris, editor. *Ageing and Social Policy: a Critical Assessment*. Aldershot, Hants.
- Presidencia de la República, (1991), *Mexican Agenda*. 12 edición. México, D.F., Dirección de Publicaciones.
- Roth, Gabriel (1987), *The Private Provision of Public Services in Developing Countries*. Oxford University Press.
- Russell, Louise B. (1986), *Is Prevention Better than Cure?* The Brookings Institution.
- Smeeding, Timothy M. (1987), Artificial Organs, Transplants and Long-Term Care for the Elderly: What's Covered? Who Pays? In Timothy M. Smeeding *et al.*, editors. *Should Medical Care be Rationed by Age?* Rowman & Littlefield, pp. 140-155.
- Stahl, Sidney M., editor (1990), *The Legacy of Longevity: Health and Health Care in Later Life*. Sage Publications.
- Tapia-Videla, J. I. (1985), The Use of Special Surveys of Health Needs of Elderly Populations as a Basis for Establishing Policies and Plans. *World Health Statistics Quarterly*. vol. 38: 76-90.
- Tout, Ken (1989), *Ageing in Developing Countries*. Oxford University Press.
- Vellas, Bruno, *et al.* (1990), Planning More Suitable Environment for the Elderly. In Robert L. Kane *et al.*, editors. *Improving the Health of Older People - A World View*. Oxford University Press, pp. 621-626.
- Weimer, David L. and Aidan R. Vining (1989), *Policy Analysis Concepts and Practice*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Wickler, David (1992), Ethics and Rationing: "Whether", "How", or "How Much". *Journal of the American Geriatric Society*. vol. 40: 398-424.
- Wright, Ken (1990), The Role of Aging in Establishing Social Priorities: an Economic Perspective. In Robert L. Kane *et al.*, editors, *Improving the Health of Older People - A World View*. Oxford University Press, pp. 647-658.

Cuarta parte

PRONUNCIAMIENTO DE CONSENSO

VII. PRONUNCIAMIENTO DE CONSENSO SOBRE POLITICAS DE ATENCION A LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA

1. La información demográfica disponible permite confirmar que la población de América Latina presenta una marcada tendencia al envejecimiento que se estima será mucho más pronunciada en las próximas décadas. Se calcula que el grupo de personas de 60 y más años pasará de 30.8 millones de personas en 1990 (7.1% de la población) a 41 millones (7.8%) en el año 2000 y a 94 millones (12.6%) en el año 2025. Estos incrementos de la población representarán demandas significativas de servicios en todos los países.
2. La consideración demográfica no debe circunscribirse a la variable edad, sino también tomar en cuenta aspectos sociales, económicos, de salud y geográficos, en el entendimiento de que existen necesidades diferentes de acuerdo con la situación de estos componentes. Las características diferenciales de un enorme contingente de ancianas, mayor esperanza de vida e inferior nivel de ingresos derivado de su menor participación en el mercado de trabajo formal, entre otros, obligan a una consideración especial para con ellas.
3. En América Latina existe una presencia política muy débil, si es que existe, de planes y políticas coherentes en favor de los ancianos, tanto por parte de las instituciones como de los grupos que representan. En consecuencia, hay una necesidad imperiosa y de corto plazo de abrir un espacio político que permita otorgar una identidad definida a este grupo social, así como de obtener los recursos necesarios para alcanzar un desarrollo armónico que permita satisfacer sus urgentes demandas.
4. Al establecer políticas públicas en pro de los ancianos debe destacarse el concepto de transición demográfica para acompañar adecuadamente los cambios en el proceso de envejecimiento. Asimismo, debe diferenciarse la situación de los ancianos desde el punto de vista funcional, teniendo en cuenta los criterios de autonomía, fragilidad, postración y estado terminal.
5. Es necesario mejorar cuantitativamente y cualitativamente la información relevante al tema del proceso de envejecimiento, asegurar su diseminación adecuada y oportuna, y estimular su análisis y su utilización en la toma de decisiones. Sin embargo, se considera que la información demográfica disponible hasta ahora en América Latina, sumada a las proyecciones estadísticas y a la experiencia recogida por los países desarrollados, constituyen fuentes de apoyo suficientes para el diseño básico de políticas sociales para los ancianos.
6. Para lograr el bienestar de los ancianos es indispensable la participación de varios sectores que deben actuar sinérgicamente hacia objetivos comunes, de acuerdo con el momento histórico y la etapa de evolución de la sociedad a la que pertenecen, así como utilizar la modalidad multi e interdisciplinaria que facilite abordar las diferentes facetas de los ancianos y, por ende, la identificación de soluciones apropiadas.

7. El avance del conocimiento en relación con el proceso de envejecimiento demuestra claramente que, cuando se logran las condiciones necesarias, los ancianos pueden alcanzar un grado de autonomía, independencia y bienestar que les permite continuar participando en forma activa en el desempeño y en la organización de la sociedad, con una aceptable calidad de vida.

8. Es preciso que las políticas y los programas que se diseñen para los ancianos hagan hincapié en la inserción de los mismos en la comunidad. Se debe también favorecer y promover la organización de los ancianos para facilitar su protagonismo en la programación de los beneficios que les conciernen.

9. La revalorización de los ancianos y su expresión apropiada en la dinámica social requieren una programación eficiente y el establecimiento de mecanismos que faciliten el intercambio ágil de políticas, planes y programas de los diferentes países, en el cual es indispensable la cooperación internacional de organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales.

10. En la programación de actividades es crucial considerar la permanencia de los ancianos en su medio, así como lograr su protagonismo en temas de interés para toda la comunidad, lo cual asegura la riqueza que reviste la experiencia intra e intergeneracional. Se reconoce que el mantenimiento del vínculo de los ancianos con sus familias es uno de los componentes esenciales en el alcance de su bienestar. La familia sigue siendo una fuente de apoyo emocional, afectivo y económico para los ancianos, aun cuando se reconoce que la estructura y la dinámica familiar en América Latina han evolucionado de acuerdo con los cambios generales que ha incorporado la sociedad contemporánea.

11. Para impulsar las acciones mencionadas anteriormente, se requiere de un análisis crítico profundo y continuo de la realidad de los ancianos y su entorno social, complementado con acciones de investigación dirigidas a esclarecer las condiciones fundamentales de su situación e identificar las alternativas para acelerar los procesos de cambio y adaptación.

12. Para lograr un impacto social adecuado y oportuno de los programas relacionados con los ancianos, las siguientes actividades son especialmente importantes:

- ☐ El papel de la comunicación social a través de los medios masivos.
- ☐ La instauración y organización de movimientos nacionales e internacionales dirigidos a fortalecer a los ancianos y sus causas.
- ☐ La movilización efectiva de recursos nacionales e internacionales de diversa índole.
- ☐ La búsqueda de modalidades de servicios innovadoras con respecto a las tradicionales tipologías de atención cerrada, tan perjudiciales para el envejecimiento exitoso.

La incorporación de estos principios en la formulación de políticas públicas en relación con los ancianos exige transformaciones notables de los sistemas y servicios de salud y sociales, así como también de otros grupos e instituciones, públicas y privadas de la sociedad. Se requiere un cambio de actitud en unos y en otros para la mejor comprensión del proceso de envejecimiento como parte

normal del ciclo vital; en este cambio de actitud se incluye también a los propios ancianos, cuya participación, individual y a través de sus grupos representativos, es crucial.

14. En términos de la operacionalización de estos nuevos enfoques ocupan un lugar preferencial las siguientes estrategias:

- Promoción de la salud en su nueva concepción, que le otorga marcado relieve a la intersectorialidad y a la autodeterminación de los individuos con respecto a su salud (autocuidado).
- Movilización intra e intersectorial en función de áreas y objetivos comunes que tiendan al bienestar de los ancianos.
- Reformulación de los sistemas de salud y seguridad social, con especial consideración a los procesos de descentralización, reorganización de la administración pública y reorientación de los servicios en función de los nuevos patrones de demanda.

15. Se reconoce la necesidad de que la problemática relacionada con el envejecimiento individual y colectivo sea identificada por el más alto nivel político, el cual debe decidir su prioridad y orientar la aplicación de las políticas en el ámbito nacional.

16. Las políticas nacionales que tengan como eje el envejecimiento de la población deben ser integrales y multisectoriales. El sector salud, que tradicionalmente ha asumido una posición hegemónica en este campo, debe continuar presente, pero es imprescindible fortalecer su vínculo con otros sectores nacionales, en particular, educación, seguridad social, vivienda, trabajo, economía, recreación y deporte. Cada país —según su estructura política y administrativa— definirá cuál de los sectores asumirá el liderazgo y la función de coordinación intersectorial de las políticas relacionadas con el envejecimiento, pero, en cada caso, el producto tangible deberá ser una política pública explícita con respecto a los ancianos.

17. En función de las diferencias del perfil demográfico y epidemiológico de los países y para optimizar las experiencias de aquellos que experimentan una transición demográfica avanzada, se recomienda difundir los esfuerzos de una planificación estratégica intersectorial que tome en cuenta la multidimensionalidad de la realidad del envejecimiento de las poblaciones y sus influencias de orden sanitario, social, político y económico.

18. Para lograr un impacto apropiado con las políticas en relación con los ancianos, se debe garantizar de antemano la planificación de los programas correspondientes, inclusive la provisión de los recursos y la ejecución y evaluación de los planes y acciones diseñados. En este proceso de planificación estratégica se debe asegurar una adecuada y oportuna consideración de las siguientes acciones:

- Realizar un diagnóstico exhaustivo de la situación.
- Privilegiar el enfoque preventivo y de promoción de la salud, diseñando planes de acción que involucren a grupos más jóvenes de la población.
- Garantizar la participación de los propios beneficiarios en la definición de las prioridades y los contenidos de los planes de acción a fin de asegurar la presencia de las necesidades verdaderas de la población objetivo.

- Promover y capacitar el voluntariado social, para que pueda contribuir a mantener a los ancianos en el seno de su familia y su comunidad.
- Favorecer la revalorización social y la autoestima de los ancianos, así como el sentido de equidad en su atención integral.
- Promover el enfoque local, pero, al mismo tiempo, definir perfiles de riesgo —somático, mental y social— a fin de facilitar la priorización de la asignación de recursos y los planes de trabajo.

19. Se constata la ausencia o timidez de conceptos y prácticas sobre el envejecimiento en casi todos los planes de estudio en América Latina. En consecuencia, deberían incorporarse aspectos gerontológicos en todos los contenidos curriculares de la enseñanza, desde la preescolar. De acuerdo con afinidades humanísticas y profesionales, enfermeras y trabajadores sociales parecen ser grupos muy inclinados a recibir estos conocimientos, así como los médicos en formación y los recién graduados.

20. Cada país debe estudiar cuidadosamente las propuestas de programas y acciones de capacitación a todos los niveles antes de decidir su incorporación definitiva. Es necesario abordar tanto la educación gerontológica formal como la informal, tratando de incluir en ambas a los propios ancianos.

21. Se hace imperativo realizar una revisión exhaustiva de las investigaciones —tanto biológicas como sociales— vinculadas al envejecimiento y a los ancianos realizadas en los países de América Latina en los últimos 10 años para difundir y aprovechar sus resultados.

22. Es necesario lograr que los cambios de los perfiles epidemiológicos producidos como consecuencia del envejecimiento de la población se reflejen en las políticas de salud de los países y en las prácticas de sus servicios, así como en los contenidos de los programas de estudios.

23. Para asegurar la comparabilidad de los resultados es preciso adaptar los instrumentos e indicadores tradicionales en investigación gerontológica a la realidad de los países de la región.

24. Es recomendable priorizar las siguientes áreas de investigación en relación con el tema del envejecimiento:

- Investigación epidemiológica, con encuestas de autopercepción de los propios ancianos.
- Investigación acerca de la docencia en gerontología.
- Investigación acerca de los servicios sociales y de salud de los ancianos.
- Investigación acerca de las redes sociales informales.

25. Se deben hacer todos los esfuerzos para que los resultados de las investigaciones realizadas se pongan a disposición de los interesados y generar así los insumos indispensables para la definición y el establecimiento de políticas y para que sean de utilidad al implantar los ajustes que correspondan.

26. Las áreas de capacitación e investigación constituyen excelentes ejemplos para aplicar los conceptos modernos de cooperación técnica internacional, como lo demuestran numerosas y exitosas iniciativas realizadas en los últimos años.