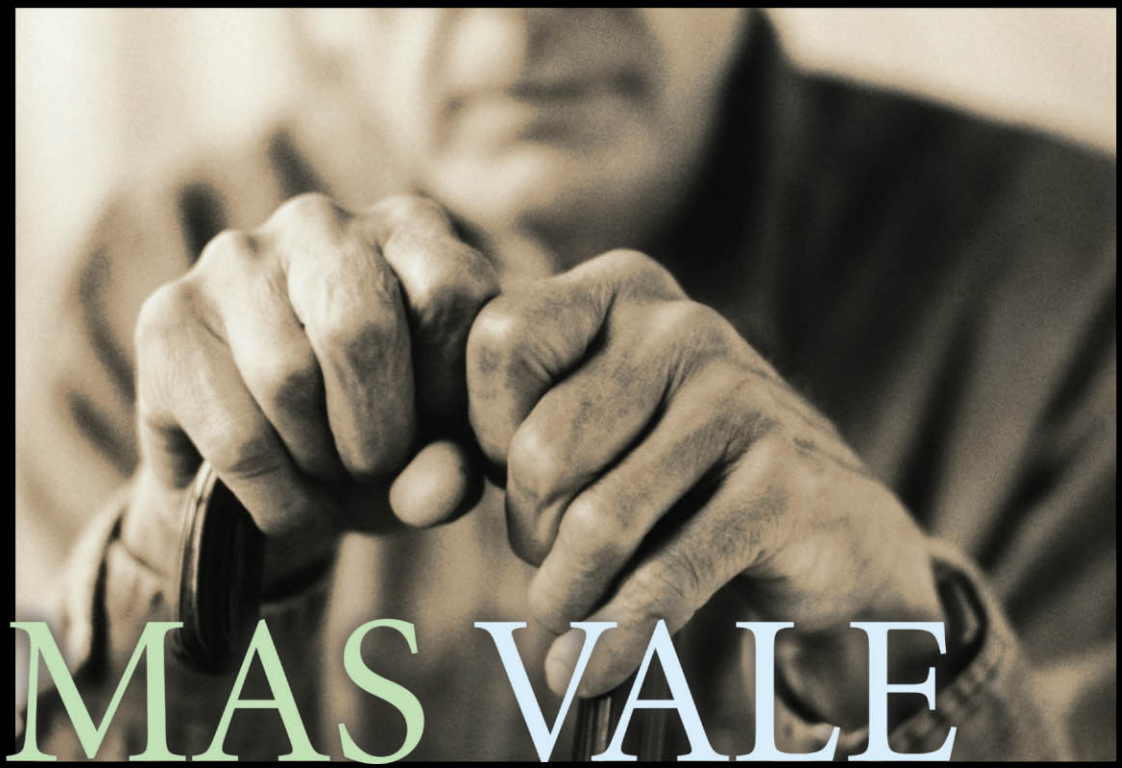
BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO



MAS VALE POR VIEJO

Tomás A. Engler y Martha B. Peláez
Editores

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener información adicional: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

MAS VALE POR VIEJO

Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur

Tomás A. Engler y Martha B. Peláez, editores

Banco Interamericano de Desarrollo
Organización Panamericana de la Salud

Washington, DC
2002

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Producido por la Sección de Publicaciones del BID. Las opiniones expresadas en este libro pertenecen al autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista del BID.

Cataloging-in-Publication data provided by the
Inter-American Development Bank
Felipe Herrera Library

Más vale por viejo : lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur / Tomás A. Engler y Martha B. Peláez, editores.

p. cm. Includes bibliographical references.
ISBN: 1-931003-297

1. Aged—Southern Cone of South America--Economic conditions. 2. Aged—Southern Cone of South America—Social conditions. I. Engler, Tomás A. II. Peláez, Martha B. III. Inter-American Development Bank. IV. Pan American Health Organization.

305.26 M771—dc21

Más vale por viejo
Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur

©Banco Interamericano de Desarrollo, 2002

Esta publicación puede solicitarse a:
IDB Bookstore
1300 New York Avenue, NW
Washington, DC 20577
Estados Unidos de América
Tel. (202) 623-1753, Fax (202) 623-1709
1-877-782-7432

idb-books@iadb.org
www.iadb.org/pub

ISBN: 1-931003-297

Foto de la portada: (Mel Curtis)/Getty Images
Diseño de la portada: Dolores Subiza

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

INDICE

Prólogo v
Reconocimiento vii
Introducción ix

Sección I – Marco contextual y conceptual del envejecimiento digno, activo, productivo y saludable

Capítulo 1: Una ventana para la vejez: población, pobreza y posibilidades 3
Tomás Engler

Capítulo 2: Marco conceptual del envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable 23
Tomás Engler

Sección II – El adulto mayor en Argentina, Chile y Uruguay

Capítulo 3: La salud en el envejecimiento: agenda de investigación para América Latina y el Caribe 67
Martha Peláez, Alberto Palloni

Capítulo 4: Tendencias demográficas y socioeconómicas 93
Isabel Larrañaga Padilla, María Victoria Zunzunegui, Sandra Arlette Pinzón, Edith Alejandra Pantelides, Cecilia Albala, Omar Prats

Capítulo 5: Condiciones y estilos de vida 105
María Victoria Zunzunegui, Sandra Arlette Pinzón, Tomás Engler, Edith Alejandra Pantelides, Cecilia Albala, Omar Prats

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 6: Previsión, promesas y economía social 125
Sandra Arlette Pinzón, Cristian Morales, María Victoria Zunzunegui, Tomás Engler, Edith Alejandra Pantelides, Cecilia Albala, Omar Prats

Capítulo 7: Estado de salud, capacidad funcional y necesidades 149
María Victoria Zunzunegui, Sandra Arlette Pinzón, François Béland, Edith Alejandra Pantelides, Cecilia Albala, Omar Prats

Capítulo 8: Políticas y marco jurídico 177
Sandra Arlette Pinzón, Olga Solas

Capítulo 9: Servicios: oferta y oferentes 189
Olga Solas, Sandra Arlette Pinzón, Juan Cabasés

Capítulo 10: Servicios: utilización, percepciones y preferencias 207
María Victoria Zunzunegui, Olga Solas, Sandra Arlette Pinzón, Tomás Engler, Edith Alejandra Pantelides, Cecilia Albala, Omar Prats

Sección III – Hacia una nueva cultura regional del envejecimiento

Capítulo 11: Pasos hacia una nueva cultura y praxis del envejecimiento 231
Tomás Engler, Martha Peláez

Anexos

Anexo 1A – Situación de la oferta por país: Argentina 269

Anexo 1B – Situación de la oferta por país: Chile 281

Anexo 1C – Situación de la oferta por país: Uruguay 291

Anexo 2 – Oportunidades estratégicas 305

Anexo 3 – Objetivos y metodología general del estudio en Argentina, Chile y Uruguay 315

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

PROLOGO

El cambio demográfico que estamos presenciando en las Américas –contrario al estereotipo que ha sido tan difundido– debe ser motivo de celebración. Estamos ante una nueva etapa del desarrollo, producto de los adelantos científicos y sociales recién alcanzados durante el siglo XX.

Sin duda, esta transformación social conlleva desafíos nuevos dados por los efectos de la pobreza sobre las personas que hoy son mayores y las que llegarán a serlo durante las próximas décadas. Al mismo tiempo nos brinda una sociedad con generaciones más educadas, saludables y capaces, que tendrán la posibilidad de vivir más tiempo y en mejores condiciones. Nos brinda una sociedad reconfigurada, que va a requerir nuevas reglas de convivencia y ofrecerá oportunidades renovadas de hacer valer nuestros compromisos éticos de solidaridad humana, de alcanzar umbrales mayores de productividad y de calidad de vida para todas las personas a cualquier edad. Coincide, además, con un período de "oportunidad demográfica" que ha de permitirles a muchos países incrementar sus inversiones en la formación del capital humano que necesitan para consolidar su desarrollo económico.

Más vale por viejo nos invita a reconocer esta coyuntura y a asumir como propios sus desafíos y oportunidades, con optimismo y confianza en la capacidad humana de acomodarse a este futuro que estamos construyendo. Demuestra que, aun en el contexto de la pobreza y restricción fiscal que condicionan nuestros procesos de desarrollo y las desigualdades asociadas, es posible prevenir muchos de los problemas que se pronostican, con acciones oportunas, sencillas y de bajo costo. Los autores fundamentan esta perspectiva positiva con evidencia de países que ya han comenzado a experimentar el envejecimiento de sus poblaciones. La experiencia de estos países ha demostrado que ser viejo no es una enfermedad ni tiene por que ser causa de crisis económicas ni políticas cuando se cuente con sistemas integrales de apoyo que mejoren la calidad de vida de todos los ciudadanos de un país, promoviendo y facilitando

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

la actividad física y mental, la salud y la vigencia de los derechos de las personas mayores, así como su participación activa en la vida de sus familias y comunidades.

Con datos del estudio de la población mayor en Argentina, Chile y Uruguay realizado en conjunto por la Región I del Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud y los investigadores del Estudio SABE y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, se construyen argumentos económicos y se perfilan prioridades para inversiones potenciales en el bienestar y envejecimiento exitoso –digno, activo, productivo y saludable– de los adultos mayores latinoamericanos y caribeños. El libro traduce estos argumentos y prioridades a un menú amplio y flexible de posibles intervenciones al alcance de todos los países de la región, cuyos elementos toman en cuenta las diferentes realidades y posibilidades demográficas, socioeconómicas y políticas de cada uno. La aplicación de estas intervenciones está fundamentada en la acción mancomunada y solidaria del Estado, de las redes y organizaciones de adultos mayores, de la empresa privada y de toda la sociedad, en el contexto de una nueva cultura del envejecimiento.

Más vale por viejo nos reta a actuar ahora, cuando todavía tenemos tiempo para prepararnos bien para esta nueva etapa de nuestro desarrollo, y nos ofrece instrumentos para hacerlo. Aprovechemos esta oportunidad, incorporando políticas y acciones preventivas que les permitan a nuestras poblaciones alcanzar a lo largo de la vida un envejecimiento exitoso.

Ricardo L. Santiago
Gerente
Departamento Regional de
Operaciones 1
Banco Interamericano de Desarrollo

María Teresa Cerqueira
Directora
División de Promoción y Protección
de la Salud
Organización Panamericana de la Salud

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Reconocimiento

Los autores deseamos expresar nuestro agradecimiento a los gobiernos de España, Suecia, Finlandia y Japón y sus respectivas embajadas en los EE.UU., por su apoyo a este proceso de estudio, reflexión y promoción de iniciativas dirigidas al adulto mayor de las Américas. Igualmente, queremos hacer un reconocimiento especial de la colaboración recibida de la Escuela Andaluza de Salud Pública; del Centro de Estudios de Población y la Fundación ISALUD y de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la Federación Internacional de la Vejez de la Argentina; del Instituto de Tecnología de Alimentos y el Instituto Nacional de Geriatría de Chile; del Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República del Uruguay; de la empresa Swedish Healthcare AB de Suecia; de Health Canadá, las organizaciones Una Voz y la Coalición para Vida Activa y del gobierno provincial de Quebec del Canadá; de la Oficina del Director Ejecutivo por Canadá ante el BID, y de todas las autoridades, los profesionales y las organizaciones de Argentina, Chile, Uruguay y del Banco que hicieron posible las distintas etapas de este proceso. Sin su entusiasmo y dedicación no hubiera sido posible la visión y propuesta que aquí presentamos.

Dedicación

Este trabajo, sus frutos y mensaje lo dedicamos a las personas activas, independientes, productivas y saludables que ya llegaron a la vejez y que nos inspiraron. Su vitalidad, optimismo, sentido del humor y aceptación de lo inevitable nos ofrecen el camino a una longevidad digna y felíz. I gualmente, lo dedicamos a las personas que aún están por el camino, y cuya vejez puede ser mejor si se asimilan las lecciones aquí resumidas.

El equipo de autores

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

INTRODUCCION

"La permanencia de cualquier civilización se puede medir por el respeto y la atención que se les da a los ciudadanos mayores, y aquellas sociedades que los tratan con desprecio tienen dentro las semillas de su propia destrucción."

Arnold Toynbee

Los conceptos aquí presentados sobre la realidad actual y futura del envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe pretenden abrir un debate sobre la relación entre el envejecimiento y el desarrollo, y el sentido de esta relación en el contexto de la pobreza. Buscan respaldar y fomentar acciones concretas dirigidas a asegurar que las personas más pobres tengan una vida digna, activa, productiva y saludable al llegar a la vejez.

Dichos conceptos parten de una visión histórica y global de los procesos demográficos y sociales del envejecimiento poblacional y su relación con la pobreza, de una nueva forma de concebir el envejecimiento en un contexto realista que contempla las perspectivas demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la región. Sobre estas bases se enfoca la situación de los tres países del Cono Sur cuyo envejecimiento demográfico ha evolucionado más rápidamente —Argentina, Chile y Uruguay— y se buscan en sus realidades y vivencias lecciones empíricas y argumentos técnicos, económicos y éticos que fundamenten y orienten la aplicación de nuevos paradigmas que posibiliten a los adultos mayores en situación más precaria acceder a un envejecimiento digno, activo, saludable y productivo. Estos elementos se presentan como oportunidades para orientar políticas, metas e intervenciones cónsonas con la realidad regional y el potencial de sus propios beneficiarios.

Para estos efectos, el libro se ha dividido en tres secciones. La primera delimita la realidad mundial y sirve de marco conceptual para el análisis estratégico descrito. La

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

segunda que recoge los resultados del estudio BID-OPS/SABE[1] sobre las tendencias demográficas y económicas, condiciones de vida, políticas, legislación, oferta, demanda y utilización previsional y de servicios, así como oportunidades estratégicas identificadas por expertos nacionales (de los tres países indicados) e internacionales. Finalmente, la tercera pretende traducir estos elementos en un plan de acción.

La primera sección, que se basa en una visión rápida del perfil demográfico de la región, del peso que ejerce la pobreza en el envejecimiento y a los argumentos que justifican inversiones en la población mayor en el contexto de la cultura vigente del envejecimiento, propone un marco conceptual para el análisis de los hallazgos y del desarrollo de políticas, líneas de trabajo, metas y acciones.

A fin de no repetir los datos demográficos que tan a menudo saturan los trabajos sobre este tema, en el primer capítulo se resume el proceso poblacional que experimenta la región, a la vez que se plantean dudas acerca de las interpretaciones tradicionales y nociones estereotípicas que se tienen en torno a la dependencia demográfica, visto todo a la luz de las dimensiones y consecuencias principales de la pobreza en las personas de edad en nuestra región. Se examinan, además, en el contexto de la cultura prevaleciente del envejecimiento y del valioso papel social que pueden desempeñar los adultos mayores, una serie de argumentos que justifican las inversiones en su bienestar.

En el capítulo 2 se postula que podemos aspirar a procesos de envejecimiento radicalmente diferentes de los que conocemos, en función de un nuevo marco conceptual que reconoce el sentido no sólo social, sino también económico de prolongar la vida y de invertir para garantizar que todas las personas mayores, particularmente las más necesitadas, puedan tener una vida de calidad. Asimismo, se identifican insumos importantes de la longevidad exitosa, y su valor como esfuerzos orientados a lograr el bienestar integral de los adultos mayores. Sobre ese fundamento se analizan aspectos claves de la dinámica de los años ganados desde el punto de vista de la interdependencia humana, las relaciones familiares, la sexualidad, la participación e integración social, el aprendizaje permanente, la actividad laboral y jubilación, y la evolución tecnológica. En toda esta dinámica, se presta especial atención a la situación de la mujer mayor y del trabajador de edad avanzada. Finalmente, se analizan las implicaciones de llegar al final de la vida con dignidad.

[1]Realizado junto con equipos de investigación de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) y patrocinado en los tres países por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el BID en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, y el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de los Estados Unidos en colaboración con la Universidad de Wisconsin.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Recuadro I.

PERFIL DE NECESIDADES Y DEMANDAS DE LAS PERSONAS MAYORES: ELEMENTOS PRINCIPALES ANALIZADOS

- *Características de las cohortes encuestadas:* elementos comunes y diferencias (v.g., nivel educativo; enfermedades, arreglo vivienda, origen, factores de riesgo, otros)
- *Análisis de condiciones y estilos de vida:* situación personal de los adultos mayores en cada hogar encuestado
  - Envejecimiento activo
  - Antecedentes, preferencias y razones de arreglos de vida y vivienda (v.g., solo, acompañado)
  - Familiar: conyugal, compañía, vivienda, relación con padres, hijos y parientes, institucionalizados o ausentes
  - Social: relaciones con amistades y la comunidad
  - *Factores condicionantes y de riesgo* (alimentación, tabaco, alcohol, sedentarismo, religión, condición de la vivienda, acceso al transporte, seguridad personal)
  - *Uso del tiempo libre*
- *Capacidad funcional y percibida*
  - Situación, percepción y condicionantes de salud, nutrición, capacidad e independencia funcional
  - Capacidad sensorial: visual / auditiva / compensación / corrección
  - Capacidad funcional física y mental / antropometría / biometría
- *Necesidades: Enfermedades, limitaciones funcionales y mentales, otras*
  - Enfermedades / presencia / tratamiento – cumplimiento / evolución
  - Dentadura / situación
  - Depresión
- *Accesibilidad y utilización de servicios*
  - Cobertura y calidad de servicios y seguridad social
  - Conocimiento y utilización de servicios preventivos / asistenciales (salud / otros) / episodios / medicación
  - Cuidadores
- *Economía social*
  - Economía doméstica: ingresos y gastos por fuente y objeto, transferencias monetarias: dadas y recibidas
  - Actividad e historia laboral
  - Ayuda aportada y dada (en especie)

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

La segunda sección, que comienza con el capítulo 3, explica los fundamentos de la Encuesta SABE y presenta una agenda de investigación orientada a la formulación de políticas públicas. En los capítulos 4 a 7 se analizan las tendencias demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas observadas en la población mayor en Argentina, Chile y Uruguay, así como las condiciones de vida, salud y capacidad funcional de este grupo y su participación en la microeconomía social. Todo ello constituye el punto de partida para examinar, en los capítulos del 8 al 10, las políticas, los programas que se han adoptado para beneficiar a estas personas, la oferta y utilización de servicios sociales, sanitarios, de vivienda y de sectores, así como sus percepciones y preferencias. Estos análisis se fundamentan en: a) las opiniones y percepciones expresadas en grupos focales de personas mayores, sus familiares y cuidadores, los profesionales que trabajan con ellas y empresarios y dirigentes políticos; b) encuestas OPS/SABE-BID basadas en una muestra aleatoria de 3.800 hogares con moradores de edad avanzada en Buenos Aires, Santiago y Montevideo y centradas en los temas bosquejados en el recuadro I (cuya metodología se describe también en el capítulo 3); c) un análisis documental de fuentes primarias y secundarias, así como entrevistas con las autoridades pertinentes en cada uno de los países estudiados; y d) oportunidades estratégicas de intervención preventiva encaminadas a conservar una buena calidad de vida, según la opinión de expertos que participaron en seminarios nacionales en los tres países y en un encuentro internacional celebrado en la sede del BID[2].

Finalmente, en la tercera sección los hallazgos de estos distintos elementos justifican y marcan pautas claras para políticas y acciones concretas que faciliten cambios sustanciales en las oportunidades y calidad de vida de la población de personas mayores, haciendo hincapié en: a) un contexto y una cultura de envejecimiento activo, productivo, saludable, digno y autónomo; y b) intervenciones preventivas, de conservación de la calidad de vida y de promoción de la participación solidaria y equitativa del adulto mayor en la vida económica y social de sus países. En el capítulo 11 se resumen las implicaciones, oportunidades y desafíos regionales que todo ello encierra, destacándose la lógica e importancia de invertir en el desarrollo social de la población mayor en función de su impacto potencial en el mercado de bienes y servicios, sea como productores, oferentes, consumidores o beneficiarios. El capítulo cierra con un menú de acciones y metas y una serie de consideraciones útiles para llevarlas a la práctica, con el respaldo del BID, a través de políticas y programas nacionales que podrían contar con el apoyo del Banco en beneficio de los adultos mayores de la región.

[2] Copatrocinados por la Organización Panamericana de la Salud, HelpAge International y la Federación Internacional de la Vejez, con el apoyo financiero de los gobiernos de España, Suecia, Finlandia y Japón.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

SECCION I

Marco contextual y conceptual del envejecimiento digno, activo, productivo y saludable

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 1

UNA VENTANA PARA LA VEJEZ: POBLACION, POBREZA Y POSIBILIDADES

Tomás Engler[1]

En este primer capítulo, con base en la evolución demográfica que según se anticipa tendrá en las Américas la población de personas mayores, y en los desafíos y beneficios que presenta el envejecimiento exitoso, se busca justificar inversiones racionales y de bajo costo en el bienestar de la población a lo largo de todo el ciclo vital. Estas inversiones tendrían que responder en cada caso a la percepción cultural dominante del envejecimiento que haya en determinado momento, a las tendencias demográficas de cada país y al peso actual de la pobreza en este grupo de población. Asimismo, su viabilidad sería dada por los ahorros fiscales potenciales asociados, por los aportes de las personas mayores a la economía de sus países, por la utilización de nuevas fuentes de financiamiento y por el apoyo familiar activo.

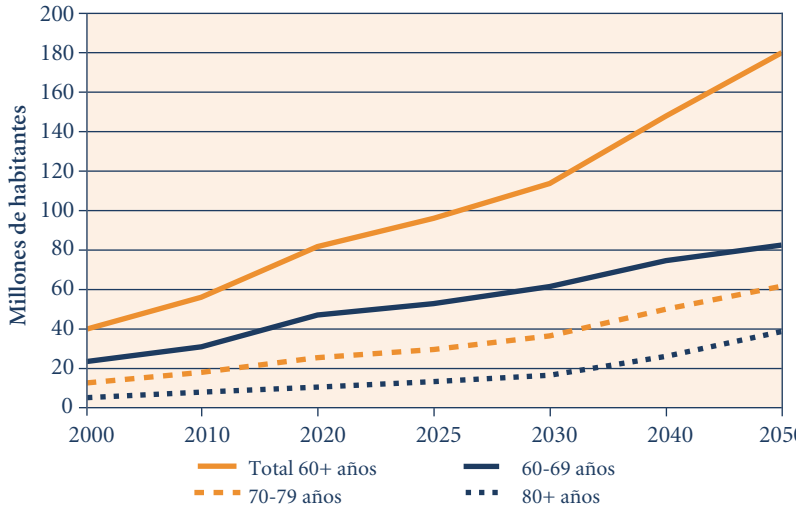
El aumento de la esperanza de vida registrado en el mundo en décadas recientes se ha traducido en una expectativa de longevidad y una calidad de vida sin precedentes en toda la historia de la humanidad. Hoy en día el número de personas vivas de más de 60 años[2] representa alrededor de dos tercios del que haya vivido alguna vez en la Tierra (CSIS, 2000) y las filas de los centenarios cada día se engrosan más. Este grupo poblacional, que es el que crece más rápidamente, ya ha llegado a constituir una fuerza política y productiva importante. Actualmente suma unos 600 millones de personas (10% de los 6 mil millones de seres humanos que hay en la Tierra) y se habrá duplicado para el año 2025, llegando a 1,2 mil millones o 14,9% de la población mun-

[1] Especialista senior de salud, División de Programas Sociales, Región 1, BID.

[2] Para los efectos del presente estudio, los adultos mayores se definen como las personas que tienen 60 años de edad o más.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 1-1. América Latina y el Caribe. Evolución de la población de 60 años o más, 2000–2050



dial. En menos de 25 años, los adultos mayores latinoamericanos y caribeños también serán el doble, llegando en el año 2025 a 97 millones (14,4% de la población total). Para esa fecha, más de la cuarta parte de este grupo (25 millones) tendrá más de 75 años (gráfica 1-1).

El principal desafío para un mundo que envejece consiste en reconocer el valor de envejecer y en encontrar maneras de asegurar ingresos suficientes, estables y sustentables, una calidad de vida razonable, y los servicios sociales y de salud que requerirá la población mayor, conforme a la etapa de evolución demográfica y desarrollo socioeconómico en que se encuentra cada país. No obstante, resulta claro que estas exigencias abarcan más que las simples demandas de pensiones y prestaciones sociales y sanitarias de las personas mayores. También guardan estrecha relación con la optimización y el reconocimiento de las contribuciones productivas de estas personas a sí mismas, a sus familias y comunidades, y a la sociedad y la economía, particularmente en la producción de bienes y servicios: una proporción elevada de los adultos mayores se dedica a actividades remuneradas, otra realiza actividades de voluntariado social en la comunidad y otra proporciona distintos tipos de ayuda a sus familiares y amistades. De ahí surge la importancia de procurar un envejecimiento activo y saludable, es decir, con pocas probabilidades de enfermar, buena capacidad funcional y una participación activa en la vida (Rowe y Kahn, 1988; Everard et al., 2000). Los adultos mayores autónomos y activos constituyen un capital social y una fuente de bienestar

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

para toda la sociedad que puede incrementarse previniendo la discapacidad en la población en general y fomentando la autonomía de adultos mayores con limitaciones funcionales. Todos estos elementos delimitan, tanto para América Latina y el Caribe como para el resto del mundo, una nueva etapa del desarrollo económico y social.

Percepción cultural del envejecimiento y papel social de las personas mayores

El desafío demográfico que plantea una vida más larga y mejor, al poner a prueba nuestros sistemas solidarios de seguridad social y económica, se da en el contexto de una cultura del envejecimiento que suele asociar la longevidad con imágenes de ociosidad, enfermedad, dependencia y carga social. No obstante, la realidad de la vida después de los 60 años es otra hoy en día. *Las pruebas son claras y cada vez más numerosas: una mayoría de las personas mayores podrían gozar de un envejecimiento en estado activo y saludable.* Los adultos mayores frágiles o discapacitados constituyen apenas una minoría de la población mayor (White Riley y Riley, 1994; Leveille et al., 1999), aun cuando se anticipa un aumento de su número en términos absolutos. La convivencia de varias generaciones como resultado de este cambio le permite a cada persona "vivir en presencia de su futuro yo" (Laslett, 1996), cosa que antes sucedía con mucha menos frecuencia. La democratización de este "dividendo" de longevidad exige, sin embargo, la superación de barreras críticas en materia de organización social y participación ciudadana, empleo y jubilación, metodologías actuariales y financiamiento de la seguridad social y los servicios de asistencia social, salud, educación, recreación, la seguridad y accesibilidad de los espacios urbanos y de la vivienda, entre otros.

"Los años arrugan la piel, pero renunciar al entusiasmo arruga el alma."

Alberto Schweitzer

Todos estos elementos determinan una nueva cultura del envejecimiento. Al destacar la importancia de reexaminar el papel percibido y real de los adultos mayores en la sociedad en función de la dinámica demográfica propia de cada país, así como del potencial productivo y social de las personas mayores, se plantea la necesidad de buscar *consensos intergeneracionales* en torno a la edad y manera en que se deja de ser parte de la fuerza laboral formal e informal, y de reformular nuestras nociones culturales en torno a la longevidad. También es importante reconocer la necesidad ética de tener presente cómo nuestras decisiones podrían afectar a las futuras generaciones (la "justicia procesional" de Laslett). Sólo así podremos fundamentar el valor de las inversiones en el adulto mayor desde el punto de vista político, social, técnico, ético y económico.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

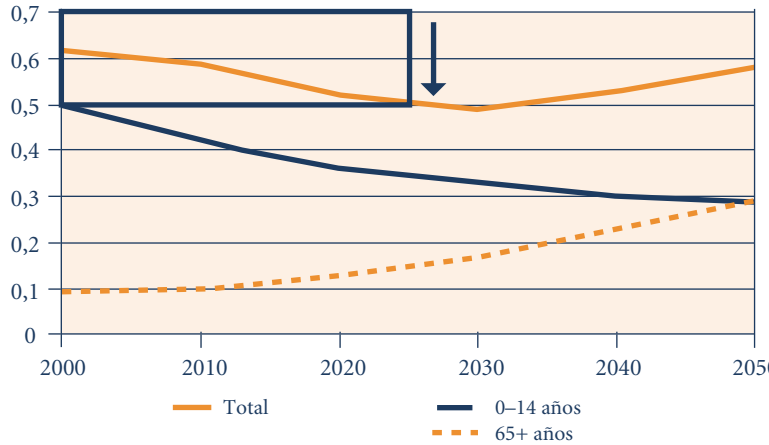
Dinámica demográfica

El crecimiento de la población de adultos mayores en el siglo XX, consecuencia general de ciclos sucesivos de alta y baja fecundidad (Conte-Grand et al., 1999) y de un descenso de la mortalidad general y materna, responde también a elementos propios de las dinámicas observadas en distintas partes del mundo. En América del Norte y Europa, el aumento notable de la esperanza de vida del gran contingente de la generación de la posguerra (los *baby boomers*) y la mayor longevidad que se pronostica para su descendencia directa (los *baby busters* y la generación del *baby boom echo*) (Neugarten, 1975; Foot, 1998) reflejan los efectos de la revolución industrial, la acumulación de la riqueza en el hemisferio norte durante los siglos XIX y XX, las guerras y recesiones, los avances de la medicina, los patrones de desarrollo (Sokoloff, 2001) y las políticas y programas dirigidos a reducir las desigualdades sociales. En países del norte también desempeñaron un papel la disponibilidad y calidad de los sistemas educativos y de protección social, así como las restricciones de la inmigración (Laslett, 1996). Todo eso ha llevado, entre otras cosas, a que la gente se cuide más y a que la medicina cuide mejor de la gente (Rowe y Kahn, 1998).

La transición demográfica en América Latina y el Caribe ha respondido a una dinámica diferente. Ha coincidido más bien con ciclos de industrialización, prosperidad —algunos ligados a guerras en otras partes del mundo— y recesión, con el acceso creciente a información, educación y servicios de salud, con la incorporación creciente de la mujer a la fuerza laboral, con la disponibilidad de anticonceptivos y los incentivos percibidos para tener menos hijos, y con movimientos migratorios importantes. Algunos fueron la inmigración europea al Cono Sur durante las últimas décadas del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX; la emigración uruguaya en un contexto de baja fecundidad entre 1970 y 1980; la emigración caribeña de personas jóvenes, y el retorno de los jubilados (CEPAL, 2000a). Con la caída de la fecundidad, las personas mayores se están convirtiendo en símbolos vivientes de las "cunas vacías" (Troyansky, 1996), pero no puede descartarse la posibilidad de una nueva alza de la natalidad en un futuro, cuando falten personas jóvenes para sustituir a las personas mayores que se retiran de la fuerza laboral, aun a edades más avanzadas que las que hoy se registran. Sin duda, desconocemos muchos detalles acerca de la interacción entre estos procesos y su efecto sobre la composición poblacional. Aun así, resulta evidente que no hay razones para considerar *a priori* que lo que está por venir sea una "crisis" irresoluble, como nos han llevado a creer los expositores de la llamada "demografía apocalíptica" (Gee, 2000). De hecho, los europeos no perciben el envejecimiento como una amenaza (McDaniel, 2000), y la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (ONU, Madrid, 2002) lo ha reconocido como un logro digno de celebración.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 1-2. Evolución de la tasa de dependencia demográfica, América Latina y el Caribe, 2000–2050



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Base de Datos Internacionales de la Oficina de Censos de los Estados Unidos, 2001.

Dependencia y desarrollo humano

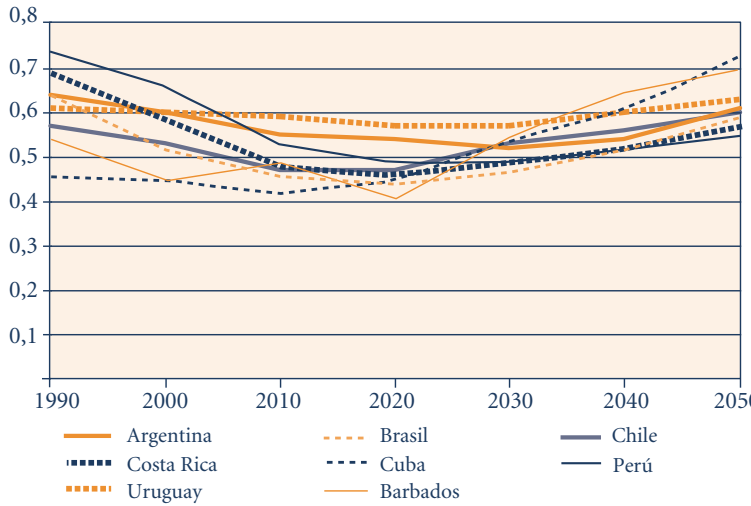
Como consecuencia de los procesos demográficos antes descritos, se anticipa que durante las próximas dos o tres décadas habrá en toda la región una disminución transitoria de la tasa de dependencia[3] (gráfica 1-2) debido a la reducción de la población menor de 14 años, antes que dicha tasa se incremente (véase la flecha) en virtud del aumento anticipado de la población de mayores de 65 años. Es decir, se proyecta una población en edad productiva más numerosa pero con menos hijos y, habiendo venido de familias con más hijos, con menos responsabilidades individuales para quienes tengan padres con dependencia física. Cabe recordar al respecto, primero, que la dependencia demográfica no mide la actividad económica a distintas edades, lo cual se examina más adelante; y, segundo, que esas mismas cohortes, al retirarse de la vida económicamente activa, tendrán una red de apoyo familiar más reducida.

Así, los próximos 20 años ofrecen una "ventana de oportunidad demográfica" (BID, 1999) cuyo aprovechamiento será crítico para: i) inversiones en educación y salud que aseguren nuevas generaciones de adultos mayores más capaces, calificadas y saludables; y ii) la implantación de medidas sociales y económicas sen-

[3] La tasa de dependencia demográfica se obtiene dividiendo la suma de las poblaciones que tienen 0 a 14 años y 65 o más por la población de 15 a 64 años de edad.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 1-3. Evolución de la tasa de dependencia demográfica total. Países seleccionados, 1990–2050



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Base de Datos Internacionales de la Oficina de Censos de los Estados Unidos, 2001.

cillas[4] encaminadas a evitar la crisis fiscal anticipable si se continúa favoreciendo políticas y prácticas asistenciales a expensas de las preventivas en relación con la población mayor de 60 años. Será imprescindible, en el plazo de una generación, facilitar la transición de las sociedades actuales a sociedades con nuevas reglas de convivencia que sean compatibles con su cohesión social e intergeneracional, y con políticas financieras, de empleo y jubilación, entre otras, que estimulen inversiones productivas y socialmente eficientes para beneficio de todos los ciudadanos, incluidos los mayores de 60 años.

Un examen más detenido de la situación de algunos de los países más afectados por estas transformaciones (gráfica 1-3) revela que en la mayoría de ellos, a pesar del cambio anticipado en la composición de la tasa de dependencia demográfica, la tasa total de dependencia que se espera para 2050 (0,55 a 0,7 dependientes de 0-14 años y de más de 65 años por cada habitante de 15 a 64 años de edad) será menor que la observada a mediados de la última década del siglo XX (1996) (0,54 a 0,74), y que no será hasta 2030 ó 2040 que la tasa de dependencia de los mayores de 65 años llegará a ser igual que la de los menores de 14. Además, la experiencia demográfica europea indica que esta tasa podría estabilizarse en un momento dado, probablemente cerca-

[4] Por ejemplo, aumentos de las edades de jubilación, introducción de esquemas cooperativos de microempresas y pequeñas empresas, promoción y apoyo de actividades comunitarias de actividad física.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

no a esa fecha. Adicionalmente, quedaría por determinarse si en América Latina y el Caribe la dependencia de las personas de edad sale más costosa que la de los niños y adolescentes.

También cabe notar que la cronología de este proceso demográfico será diferente en cada país, tal como ilustra la gráfica 1-3. Aunque Argentina y Uruguay muestran la tendencia regional, están alcanzando una etapa de estabilidad demográfica, de manera que el cambio neto de su tasa total de dependencia será apenas una pequeña inflexión (en 2030 en el caso de Uruguay y en 2035 en el de Argentina). En Chile y Cuba, por otro lado, según se espera, este período "de gracia" durará apenas hasta 2020, y en Brasil hasta 2025. En cambio, en Perú y Costa Rica la fracción dependiente de la población mayor aumentará enormemente a partir de 2020, pero el efecto neto sobre la tasa total de dependencia no se apreciará hasta después de 2030, tal como se observa en la gráfica 1-3. Con la excepción de Barbados y Cuba, antes de 2050 ninguno de los países aquí examinados tendrá una tasa de dependencia total mayor de la que tenía alrededor de 1990.

En otras palabras, si se conserva por lo menos parcialmente el potencial productivo y contributivo de las personas de 60 años o más, no hay razones para temer que el envejecimiento poblacional suscite una crisis social. Parece tratarse, más bien, de una nueva etapa del desarrollo que exigirá ajustes en las políticas de jubilación y empleo, los paradigmas actuariales y la cultura prevaleciente, entre otros. Estos cambios deberán orientarse hacia la valoración de la vejez como período productivo en el que la persona hace aportes importantes, tanto en el plano personal como en el colectivo.

Cabe destacar, asimismo, que los países que en ese período lleguen a tener un crecimiento económico sostenido podrán aprovechar la coyuntura demográfica para mejorar la distribución de ingresos mediante políticas de inversión en el desarrollo humano —educación, empleo, ahorros, etc. (BID, 1998; Deutsch, 2000; Behrman et al., en preparación; Comas, X, comunicación personal) capaces de reducir la exclusión social y económica que hay ahora.

Todo esto pone de manifiesto algunas falacias y defectos de la llamada "demografía apocalíptica" (Gee, 2000): a) atribuir el déficit fiscal que enfrentan muchos países al crecimiento de la tasa de dependencia demográfica de la población adulta mayor; b) no tener en cuenta la heterogeneidad de esa población; c) concebir el cambio demográfico observado y el anticipado como algo que las personas mayores le imponen a la juventud injustamente; y d) confundir los defectos de las políticas sociales vigentes con los desafíos que plantea el cambio demográfico anticipado. Así, esas posturas no reconocen la interdependencia interpersonal e intergeneracional que ha habido siempre en todas partes, lo que equivale a reducir la reciprocidad a la categoría de un simple bien contable.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Recuadro 1-1

¿Crisis previsional o de gestion?

Al encontrarnos ante una oportunidad preventiva, resulta difícil culpar al cambio demográfico de las dificultades que enfrentan los fondos de jubilación hasta ahora, las cuales responden más bien: i) a la baja cobertura y rigidez actuarial de los fondos de pensiones; ii) al bajo retorno sobre los fondos de pensiones y su empleo para otros usos; iii) al bajo nivel general de salarios, pensiones e inversiones; iv) a los elevados niveles de evasión; v) a la persistencia de jubilaciones prematuras para grupos privilegiados; y vi) a la frecuente desviación de fondos de jubilación a otros usos.

En cualquier caso, la atribución de los efectos antes señalados al aumento inevitable del componente dependiente de la población mayor, es decir, al de las personas mayores de 65 años de edad, presupone algunas condiciones básicas que en la práctica no se dan. Estas son: 1) que no exista discapacidad, dependencia ni desempleo en la población de 15 a 64 años; 2) que ninguna persona menor de 15 años ni mayor de 65 años trabaje ni tenga independencia económica; 3) que el cambio esperado solamente afecte al gasto público, pudiéndose descartar el gasto privado en esta dinámica por insignificante; y 4) que ni el trabajo doméstico ni el voluntario tengan valor para estos efectos.

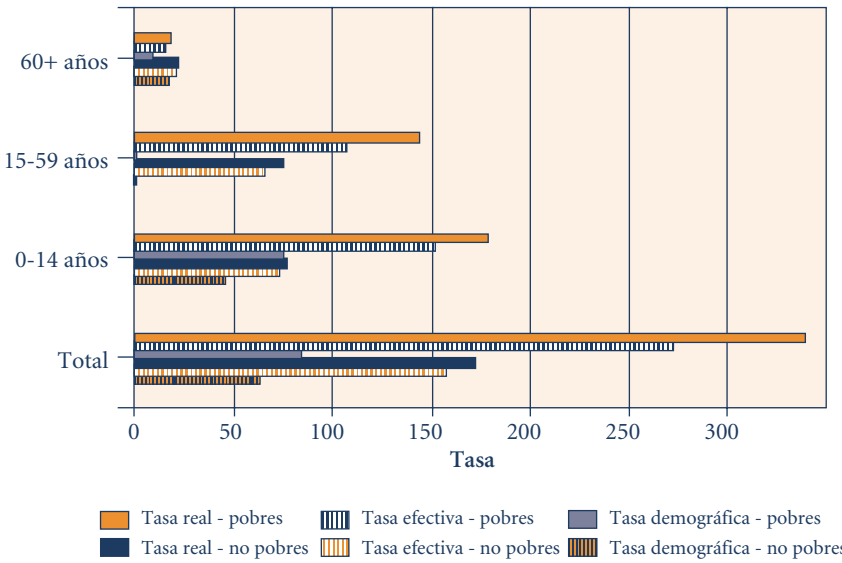
Resulta evidente, por tanto, que para conocer las verdaderas implicaciones del cambio demográfico en cualquier país, hace falta calcular tasas de dependencia efectivas[5] y reales[6], basadas en una estimación correcta de la relación entre personas económicamente dependientes e independientes (inactivas y activas), sin distinciones basadas en su edad. Chackiel (2000) ha demostrado la importancia de esto, habiendo encontrado que tanto la dependencia efectiva como la real duplican, cuando menos, el efecto demográfico en todos los grupos de edad (gráfica 1-4). Cabe señalar, no obstante, que la tasa efectiva se ve aumentada en buena medida por el subregistro de mujeres en la población económicamente activa, particularmente en las edades "productivas" (15-60 años, aumentando para América Latina el numerador a 50 inactivos por 100 activos, y, para Guatemala y Uruguay, a 72 y 37, respectivamente), omisión que sobrepasa aun el efecto compensatorio de los niños y adultos mayores económi-

[5] La tasa de dependencia efectiva es la relación entre la población que no es económicamente activa y la que sí lo es, independientemente de la edad.

[6] La tasa de dependencia real es la relación entre la población que no está ocupada y la que sí lo está, independientemente de la edad.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 1-4. Tasa de dependencia demográfica, efectiva y real en población pobre y no pobre, Chile, 1996

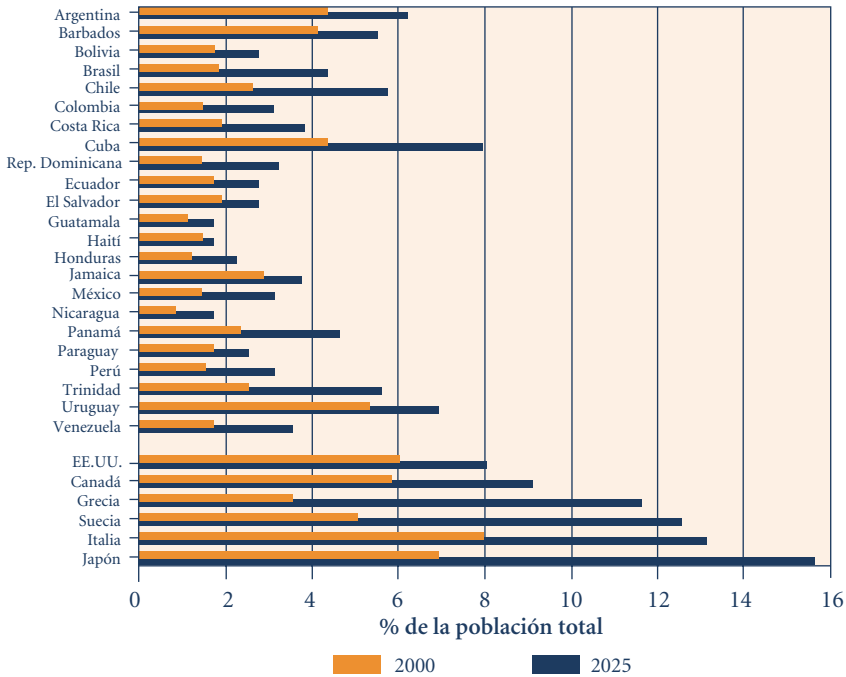


camente activos. Igualmente importante resulta el enorme efecto multiplicador que ejerce la pobreza sobre las tasas de dependencia efectiva y real (donde los desocupados figuran como dependientes) en los menores de 60 años, tal como se puede apreciar en Chile, según la gráfica 1-4. Es muy importante resaltar cómo afecta esta dinámica a las personas pobres mayores de 60 años, ya que su carencia de recursos condiciona su mayor participación en la fuerza laboral a partir de esa edad. Este hecho se evidencia, en la misma gráfica, en la reducción de la dependencia efectiva y real de las personas mayores que son pobres, fenómeno que no se observa en las que no lo son. Otro ejemplo de la dependencia es el de Canadá, donde Denton (Gee, 2000) ha estimado que, para que el costo de la dependencia total exceda en un futuro el que ha habido hasta ahora, el gasto social total de los adultos mayores tendrá que llegar a ser tres veces mayor que el de los jóvenes.

Cabe destacar, además, que donde se hayan implantado sistemas de pensión basados en la capitalización individual, sobre todo los que han dado los mejores resultados, los aportes propios y su rentabilidad atenúan, aunque no eliminan, los efectos de la dependencia (demográfica, efectiva y real), ya que los ingresos que están disponibles en un momento determinado para cualquier jubilado afiliado dependen mucho menos de los aportes de la fuerza laboral activa. En términos de un equilibrio general, en la medida en que se puedan introducir y ampliar medidas preventivas que reduz-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 1-5. Porcentaje de población de 75 años y más en países de América Latina y otros países seleccionados, 2000 y 2025



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Base de Datos Internacionales de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2000

can la mortalidad y discapacidad entre las personas mayores, prolongando sus períodos productivos, se puede anticipar un panorama mucho más favorable que el actual. No hay que olvidar, sin embargo, que los esquemas de capitalización que fueron insuficientes desde sus inicios siguen dando a algunos de sus afiliados, particularmente a las personas atrapadas en la transición demográfica, prestaciones que no cubren el costo de sus necesidades básicas. A estas personas no les queda más remedio que depender del fisco o de sus familiares para subsistir.

Hay que reconocer, sin llegar al extremo de quienes afirman que la demografía lo determina todo (Gee, 2000; Foot, et al., 1998), que la evolución demográfica es consecuencia y a la vez factor condicionante de las decisiones adoptadas en el marco del desarrollo socioeconómico. Al mismo tiempo, el crecimiento de cualquier grupo etario de la población siempre se ha podido predecir. En los tres países aquí examinados (capítulos 4 a 10), para 2025 del 32 al 40% de los adultos mayores tendrán más de 75 años de edad (gráfica 1-5). Esto nos permite —y exige— que planifiquemos adecuada

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

y oportunamente los bienes y servicios que pudieran requerir y aportar estas personas, y las formas de financiarlos, con miras a evitar su pauperización y marginación social cuando abandonan la actividad económica. Así, resulta importante reconocer las diferencias en la evolución demográfica de los diversos países latinoamericanos y caribeños (cuadro 1-1), que requieren enfoques distintos según la fase en que se encuentren en un momento determinado.

Pobreza y envejecimiento

De la anterior distribución de los países se desprende que el problema central no radica en el envejecimiento en sí, sino en la pobreza en que envejecen muchas personas. Por un lado, las personas mayores representan apenas del 3,3 al 8,3% de la población pobre total, y 30 a 70% de la población total se encuentra por debajo de la línea de pobreza. Al mismo tiempo, la situación del 6 al 27% de las personas mayores de 60 años que están en el quintil inferior de ingresos (gráfica 1-6) (Deutsch, 2000) y del 45% de ellos que carecen de ingresos propios (Duryea, 2000), es más difícil, ya que la pobreza menoscaba claramente su capital social, potencial productivo y salud. Esta realidad es particularmente dura para las mujeres, que constituyen la mayoría. Además, como ha demostrado la Encuesta BID-OPS/SABE en siete países de la región, más del 50% de la población mayor siente que sus ingresos no son suficientes para sufragar sus necesidades básicas y en tres de esos siete países (Argentina, Chile, Uruguay), como veremos en el capítulo 6, los ingresos de un 66 a 86% de las personas son inferiores al costo de la canasta básica para dos personas (que es el tamaño que suele tener la familia de la mayoría de las personas mayores).

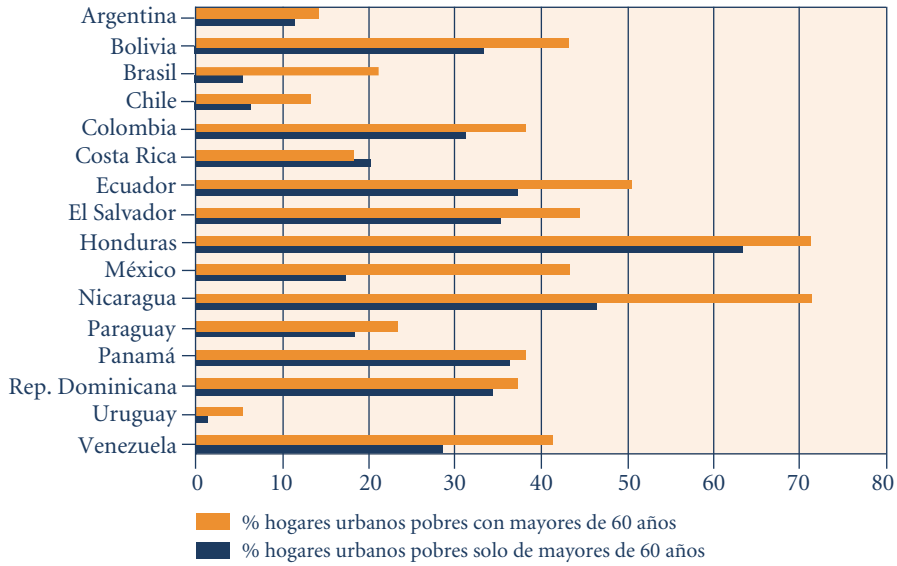
En América Latina, la situación del 26% (en promedio) de los hogares integrados solamente por adultos mayores con ingresos por debajo del nivel de pobreza (grá-

Cuadro 1-1.
Fase de evolución demográfica, países de América Latina y el Caribe

Temprana		Media		Avanzada	
Bolivia	Haití	Brasil	México	Argentina	Cuba
El Salvador	Honduras	Colombia	Panamá	Barbados	Trinidad y Tobago
Guatemala	Nicaragua	Costa Rica	Perú	Chile	Uruguay
Guyana	Paraguay	Ecuador	R. Dominicana		
		Jamaica	Venezuela		

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 1-6. Pobreza de adultos mayores en América Latina



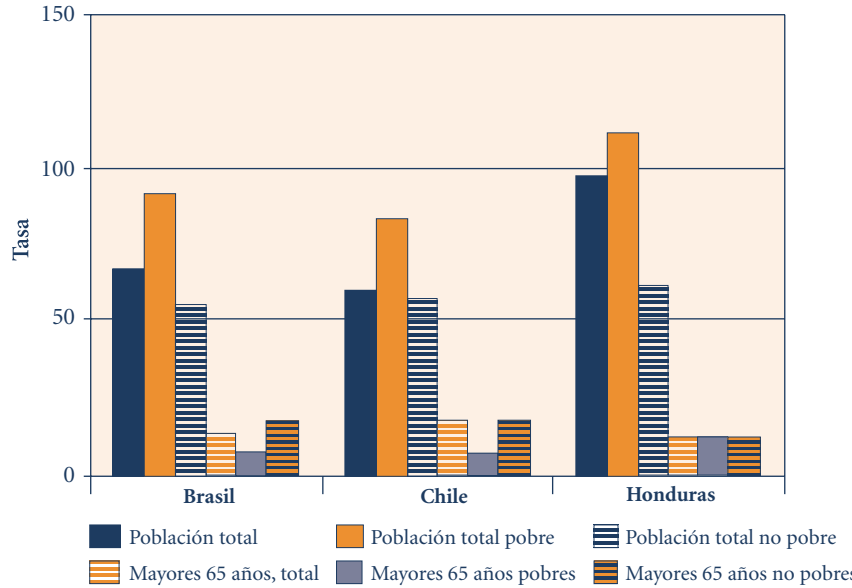
Fuente: CEPAL, *Panorama social 1999–2000.*

fica 1-6) puede responder a una de dos dinámicas diferentes (Deutsch, 2000). La primera se observa en personas con ingresos medios o superiores que no lograron un equilibrio entre sus niveles de consumo y de ahorro, quedando sin reservas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas al suspender su actividad económica; y la segunda, que se asocia con los niveles de pobreza "estructural", es la de personas mayores que a lo largo de la vida no pudieron acumular ahorros suficientes. En el caso de la población de adultos mayores en zonas rurales de América Latina, se suman a estos factores las dificultades asociadas con la distancia, dispersión, privación y pobreza (WVUCA, 1999), que se traducen en diferencias importantes en la longevidad, morbilidad, mortalidad, distribución de bienes sociales, producción y productividad entre los habitantes de zonas rurales y urbanas.

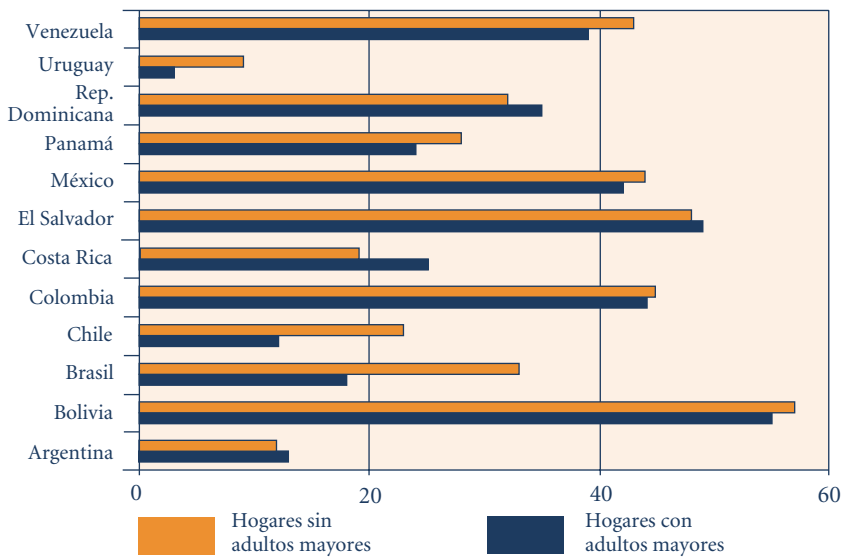
Ambas condiciones o formas de pobreza se reflejan en la alta participación de las personas mayores de 65 años en la fuerza laboral y en la menor dependencia de la población de personas mayores pobres en algunos países, pese a que la población pobre en su totalidad muestra un mayor índice de dependencia demográfica (gráfica 1-7) (Chackiel, 2000). Aun cuando en la mayoría de los países latinoamericanos no se observan grandes diferencias en el nivel de pobreza de hogares urbanos y rurales con adultos mayores y sin ellos (gráfica 1-8) (CEPAL, 2000b), cualquier diferencia se debe

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 1-7. Tasas de dependencia demográfica de población total, pobre y no pobre, de tres países latinoamericanos, circa 1996



Gráfica 1-8. Pobreza en hogares con y sin adultos mayores



Fuente: CEPAL, *Panorama social 1999–2000.*

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

más al producto del trabajo de sus habitantes mayores que a los ingresos que les proporcionan sus pensiones. Todos estos factores limitan la participación de las personas mayores de bajos ingresos en los beneficios del "dividendo demográfico".

Un factor agravante es que la mayoría de los países no tienen pensiones asistenciales (es decir, no contributivas) para las personas pobres —apenas 7 países latinoamericanos y 4 caribeños las tienen— y que las pensiones contributivas, que sí existen en la mayoría de los países, en muchos casos cubren a una minoría de la población, a veces sin proporcionar ni siquiera el equivalente de un salario mínimo. Si bien las pensiones contributivas en Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay ayudan a mantener a sus beneficiarios por encima de la línea de pobreza (CEPAL, 2000b), en los dos quintiles urbanos más pobres de estos países los beneficios previsionales no superan el 14% de los ingresos de los respectivos hogares (excepto en Uruguay, con 22%). El impacto mucho mayor observado en los tres quintiles más prósperos (34-60%) refleja claramente el sesgo regresivo de las pensiones contributivas y la mayor dependencia de la población que más carece de otras fuentes de ingreso, como sería un trabajo en el sector informal, aun en el caso de las personas de más edad. En el resto de los países este efecto es notablemente menor. Otra fuente de inequidad es la remuneración más baja de los trabajadores mayores en comparación con los más jóvenes, aunque trabajen el mismo número de horas.

Se desprende que en América Latina y el Caribe la estrecha interacción entre el envejecimiento, la exclusión social y la pobreza se ha traducido en el envejecimiento de la población más pobre y en el empobrecimiento de la población de mayor edad. Es decir, los pobres fueron envejeciendo mientras se empobrecían las personas mayores que no eran pobres. Esta evolución difiere radicalmente de la observada en Norteamérica y Europa, donde la reducción de la pobreza precedió al envejecimiento poblacional (Kalache, A, comunicación personal) y la mayor longevidad se ha asociado con mejoras muy notables de la calidad de vida de la población mayor, particularmente de los 75 años en adelante. Entre las personas latinoamericanas y caribeñas de esta edad, sin embargo, la pobreza y la dependencia económica siguen teniendo un peso importante. De hecho, la exclusión de grupos numerosos de los esquemas de seguridad social, la insuficiencia manifiesta de las pensiones de quienes sí participan de los regímenes vigentes de sustitución de ingresos, la nuclearización progresiva de la familia asociada con la urbanización de la región y la falta de acceso a servicios básicos de salud y asistencia social, se han conjugado para aumentar la vulnerabilidad social y económica de este grupo de ciudadanos. Estas diferencias definen y dimensionan la tarea a realizar.

Ante esta situación, cabe destacar que el déficit no financiado de las pensiones públicas en países de la región, que oscila entre 40 y 140% del producto interno bruto

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

(PIB) (Lora y Pagés, 2000), es inferior al de los países desarrollados (100 a 250% del PIB) (CSIS, 2000), refleja no sólo necesidades insatisfechas, sino también oportunidades no exploradas de introducir mecanismos más equitativos y racionales de seguridad económica y social para beneficio de las personas mayores. En este contexto cabe fundamentar la lógica de invertir en las personas de este grupo de edad, tanto en el nivel individual como en el colectivo.

Justificación de inversiones en la población adulta mayor

Un primer argumento parte de lo que podríamos llamar una "economía de vida", según la cual la longevidad ganada de calidad aceptable viene a ser el retorno sobre la suma de las inversiones hechas a lo largo de la vida en el desarrollo y mantenimiento personales —alimentación, vestuario, educación, ejercicio, comodidad y placeres, servicios médicos— para evitar o reducir la depreciación del "capital humano". Según esa lógica, la "tasa de depreciación" podría interpretarse como un límite racional del gasto que a cada persona le conviene efectuar para desarrollar y mantener su integridad y potencial personales.

Una segunda justificación está dada por el consumo de las personas mayores. A menudo se dice que al prolongarse la esperanza de vida, este consumo aumenta. Sin que ello deje de ser cierto, el elemento económico que más justifica la inversión en este grupo, cada vez más numeroso, es precisamente su consumo de bienes y servicios como elemento dinamizador de la economía. Por ejemplo, en Holanda se ha estimado que para el año 2010 un 40% del gasto en bienes de consumo corresponderá a las personas mayores (TNO, Centre for Ageing Research). Además, a esta contribución a la economía falta sumarle los aportes y beneficios asociados con su participación en la producción de esos mismos bienes y servicios.

Un tercer argumento corresponde al peso que ejercen las personas mayores como jefes de familia. Datos recientes procedentes de países del Cono Sur (BID, 2001), incluidos los tres países aquí estudiados, indican que entre 16 y 28% de los jefes de hogar tienen 60 años de edad o más (y de 3,0 a 5,8% tienen 75 o más). El caso de Chile llama la atención, puesto que los mayores de 60 años representan casi la mitad (49%) de los jefes de hogar (53% en el caso de los hombres y 43% en el de las mujeres). Estas cifras, que sobrepasan el porcentaje de la población total que corresponde a las personas de esa edad, más la dependencia de sus familias con respecto a ellas, apuntan a la necesidad de hacer inversiones racionales dirigidas a garantizar la integridad, capacidad funcional y supervivencia saludable de la población adulta mayor.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Un cuarto elemento viene a ser la frecuente sobreestimación de los costos de los servicios de salud asociados con el envejecimiento de la población. Si bien este fenómeno, como señala Getzen (1992), ha coincidido con un aumento del gasto en salud, esta coincidencia por sí sola no constituye prueba alguna de que haya una relación causa-efecto, tan frecuentemente subrayada en la literatura de los últimos años, puesto que se pasan por alto otros cambios concomitantes. (Esta "falacia composicional" consiste en dar por sentado que lo aplicable al individuo también se aplica a las poblaciones.) Getzen postula que el problema es más de gestión que demográfico, dado que proyecciones recientes han llevado a conclusiones equivocadas por haberse basado en datos puntuales de diferenciales de gasto por edad —estos datos de la OECD muestran gastos per cápita para las personas de 65 años y más que son de 2 a 5 veces mayores que para personas más jóvenes— en lugar de basarse en las tendencias (series cronológicas) del gasto nacional en la salud correspondientes a un grupo determinado de cohortes. En un análisis transversal y longitudinal de 20 países[7] entre 1960 y 1988 (Perls, 1996) se encontró que el envejecimiento poblacional se asocia a mayores gastos en salud sólo si se eliminan otras variables de la ecuación, y este efecto resultó ser atribuible al incremento registrado del ingreso per cápita y a otras tendencias macroeconómicas omitidas (cuyas variaciones del orden de 200% a más de 400% fácilmente opacarían los efectos demográficos observados, que no pasaron de un 15%), ya que al controlar el efecto de estas variables desaparece la asociación entre la estructura de edad y el gasto en la salud. En un estudio en Boston se encontró que los "más viejos de los viejos" representan menos gastos por ingreso hospitalario que los pacientes mayores más jóvenes (Higginson et al., 1998). Otra deficiencia importante de muchas de las proyecciones publicadas es que no han tenido en cuenta los efectos positivos potenciales de la mayor longevidad en estado saludable y de futuras tecnologías más eficientes. Al mismo tiempo, cabe señalar que ninguno de estos estudios consideró la tendencia a morir en el hospital, en algunos casos contra la voluntad de la persona.[8]

Por otra parte, Binstock y Best (1991) han resaltado la falta de pruebas de que el crecimiento continuado del gasto en salud —visto como reflejo de la preferencia social por la salud en lugar de otros usos— y la ausencia de criterios universales para definir el gasto máximo deseable sean perjudiciales para la economía. Según las pro-

[7] Austria, Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Islandia, Italia, Japón, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, España, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos.

[8] En un estudio en Inglaterra (Higginson et al., 1998) se encontró que en un período de 10 años, 75% de las defunciones por cáncer tuvieron lugar en hospitales, pese a que un 70% de los pacientes hubieran preferido morir en su casa.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

yecciones citadas por Evans, et al. (2001) para Canadá, en este país la utilización per cápita de servicios de salud tendrá un escaso aumento que se considera sostenible en el contexto de sus tendencias de crecimiento económico. Asimismo, pruebas más recientes procedentes de Canadá y analizadas por este mismo grupo revelaron varias tendencias importantes: a) una caída real de las hospitalizaciones de personas de 65 años y más, la cual coincide con el período en el cual mejoraron las condiciones de salud de este segmento de la población; b) proyecciones de tasas de utilización hospitalaria per cápita basadas en datos históricos que han sobreestimado hasta 7 veces el comportamiento real observado; c) un aumento de las consultas médicas per cápita condicionado parcialmente por un aumento de la disponibilidad de médicos y de su facturación, pero es poco el efecto sobre el consumo total de la sociedad canadiense; y d) incrementos en el gasto por medicamentos que obedecen principalmente a factores inflacionarios, al uso inadecuado de medicamentos nuevos y conocidos, a la oferta creciente de nuevos fármacos más caros, y al mayor consumo generado por la mayor supervivencia de una minoría con enfermedades graves que consume medicamentos. Esto también lo han demostrado en Suecia Lagergren y Batljan (2000), quienes, al proyectar los costos futuros de los servicios de salud, encontraron que no hay ninguna razón para suponer que los valores per cápita permanezcan constantes. Más bien, el mejoramiento observado de la salud y funcionalidad de las personas a edades cada vez más avanzadas, en el contexto de una oferta de servicios que tampoco permanecerá estática en los años venideros y que hará que los gastos médicos se concentren en la fase final de la vida, ponen de manifiesto que las proyecciones más conocidas hoy en día son, en realidad, sobreestimaciones. Todos estos cuestionamientos, que también se sustentan en estudios empíricos recientes citados en el capítulo 2, restan validez a los argumentos frecuentemente usados para negar el valor de invertir en la población mayor.

En síntesis, en este primer capítulo hemos querido, con base en la esperanza de vida y la calidad de vida anticipadas en el contexto demográfico de cada país y en el peso de la pobreza en este grupo de la población que crece con rapidez, justificar inversiones racionales y de bajo costo en su bienestar a lo largo del ciclo vital. Esta tesis parte de pruebas fehacientes de que una mayoría de las personas mayores pueden gozar de una vejez activa y saludable. Si bien los mayores constituyen apenas una minoría relativa de la población total, su número absoluto podría aumentar, lo cual redundaría en posibles ahorros fiscales, aportes económicos y sociales por parte de personas mayores y nuevas fuentes de financiamiento y el apoyo familiar, tal como se explica en capítulos subsiguientes. En este sentido, el mayor desafío consiste en reconocer el valor de envejecer y encontrar medios que garanticen ingresos suficientes y sustentables, una calidad de vida razonable, y los servicios sociales y de salud requeri-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

dos por la población mayor, en conformidad con el nivel de desarrollo demográfico y socioeconómico de cada país, superando barreras críticas organizativas, sociales, de políticas, financieras y de equidad.

En el contexto de los procesos poblacionales propios de la región, de la pobreza en que viven muchas personas mayores, y de la reducción transitoria anticipada de la dependencia demográfica hasta 2020 ó 2030, no sólo es posible, sino imprescindible y urgente, implantar en los próximos 20 años medidas sociales y económicas orientadas a evitar la crisis fiscal a la cual nos pueden llevar las políticas y prácticas que actualmente se dirigen a la población mayor. Ello implica corregir la exclusión de grupos numerosos de la seguridad social, la insuficiencia de las pensiones de los regímenes vigentes, los efectos de la nuclearización progresiva de la familia y los déficits de la accesibilidad, orientación preventiva, calidad y racionalidad de los servicios básicos de salud y asistencia social. Este esfuerzo, y las inversiones que pueda exigir a lo largo del ciclo vital por parte del Estado, el sector privado, la sociedad misma y sus organizaciones, se justifican en virtud de argumentos económicos básicos.

Finalmente, la ética social se podrá ver cada vez más presionada a definir ciertos límites a la calidad de vida a la que puedan aspirar las personas a medida que envejecen. También cabe resaltar que este escenario se da en un contexto en el cual la ética ha cedido espacios importantes a los consensos sociales sobre aspectos morales (Clements, 2001). Al mismo tiempo, las ciencias biomédicas proveerán otros medios más eficaces y eficientes para prolongar la vida y mejorar su calidad una vez prolongada. Esta dinámica se produce, a su vez, en el contexto de las grandes desigualdades observadas en la región y de los esfuerzos que tendrán que hacer los países para lograr el crecimiento y la estabilidad económica, y para generar las inversiones, el número de empleos y los mecanismos distributivos justos sin los cuales ni los adultos ni los niños tendrán otro futuro que no sea el de empobrecerse cada vez más.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 1998, *Progreso Económico y Social en América Latina 1998–1999,* Washington, D.C.

———, 2001, Bases de Datos MECOVI, para Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, Washington, D.C.

Behrman, J.R., Duryea, S., Szkely, M., "Aging and economic opportunities: major world regions around the turn of the century", en preparación.

Binstock R., Best, S., eds., 1991, *Too Old for Healthcare: Controversies in Medicine, Law, Economics and Ethics,* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Center for Strategic and International Studies (CSIS), 2000, *Global Aging: The Challenge of the New Millenium,* Washington, D.C.: Watson Wyatt.

Chackiel, J., 2000, "El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?", en *Población y Desarrollo,* Serie 4, Santiago, Chile: CELADE.

Clemens, C., citada en 2001, "Announcement: VI Latin American Conference", *Soc Sci Med* 52(10).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2000a, *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad,* Seminario Técnico, Serie Seminarios y Conferencias, Santiago, Chile: CELADE.

———, 2000b, *Panorama Social de América Latina 1999–2000,* Santiago, Chile: Naciones Unidas.

Conte-Grand, A., Mychaszula, S. M., Somoza, J. L., 1999, "La demografía y los regímenes de pensiones", Organización Internacional del Trabajo.

Deutsch, R., 2000, "Social protection for the elderly poor", en Banco Interamericano de Desarrollo, *Protección Social para la Equidad y el Crecimiento,* Washington, D.C.

Duryea, S., 2000, "The elderly in Latin America: home alone or not?", *Latin American Economic Policies* (Research Department, Inter-American Development Bank) 12:5.

Evans, R.G., et al., 2001, "Apocalypse no: population aging and the future of health care systems, *Canadian J Aging* 20(suppl. 1):160–191.

Everard, K.M., Lach, H.W., Fisher, E.B, 2000, "Relationship of activity and social support to the functional health of older adults", *J Gerontol B* 55B(4):S208–212.

Foot, D.K., 1998, *Boom, Bust & Echo,* Toronto: Macfarlane, Walter, and Ross.

Gee, E., 2000, "Population and politics: Voodoo demography, population aging and Canadian social policy", en E. Gee y G. Gutman, *The Overselling of Population Aging: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges and Social Policy,* Don Mills, Canadá: Oxford University Press.

Getzen, T.E., 1992, "Population aging and the growth of health expenditures", *J Gerontol* 47(3):S98–104.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Higginson, I.J., Astin, P., Dolan, S., 1998, "Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England", *Palliat Med* 12(5):353–363.

Lagergren, M., Batljan, I., 2000, *Will there be a helping hand?,* Anexo 8 a la Encuesta de Largo Plazo 1999/2000, Estocolmo: Ministerio de Salud y Asuntos Sociales.

Laslett, P., 1996, *A Fresh Map of Life,* 2a. ed., Londres: Macmillan, Ltd.

Leveille, S.G., Guralnkd, J.M., Ferrucci L., 1999, "Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy", *Am J Epidemiol* 149(7):654–664.

Lora, E., Pagés, C., 2000, Hacia un envejecimiento responsable: las reformas de los sistemas pensionales en América Latina, Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (Documento de Trabajo 433).

McDaniel, S.A., 2000, "What did you do for me: Intergenerational linkages in a reconstructing Canada", en E. Gee y G. Gutman, *The Overselling of Population Aging: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges and Social Policy,* Don Mills, Canadá: Oxford University Press.

Netherlands Organisation for Applied Scientific Research (TNO), Centre for Ageing Research, "The typical senior citizen doesn't exist", Leiden, Países Bajos: www.ageing.tno.nl/screen3.htm.

Neugarten, B.L., 1975, "The future and the young-old", *The Gerontologist* Supp; Feb:4–9.

Perls, T.T., 1996, "Acute care costs of the oldest old: they cost less, their care intensity is less, and they go to nonteaching hospitals", *Arch Intern Med* 156(7):754–760.

Rowe, J.W., Kahn, R.L., 1988, *Successful Aging,* Nueva York: Dell Publishing Co.

Sokoloff, K.I., "Inequality, factor endowments and paths of development in the new world", presentación ante el Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., enero, 2001.

Troyansky, D., 1996, "The history of old age in the western world", *Ageing and Society* 16:233–243.

West Virginia University Center on Aging, 1999, *Shepherdstown Report on Rural Aging.* Morgantown, West Virginia.

White Riley, M., Riley, J.W., 1994, "Age integration and the lives of older people", *The Gerontologist* 34(1):110–115.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 2

MARCO CONCEPTUAL DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO, DIGNO, ACTIVO, PRODUCTIVO Y SALUDABLE

Tomás Engler

"Todavía tengo casi todos mis dientes
casi todos mis cabellos y poquísimas canas
puedo hacer y deshacer el amor
trepar una escalera de dos en dos
y correr cuarenta metros detrás del ómnibus
o sea que no debería sentirme viejo
pero el grave problema es que antes
no me fijaba en estos detalles."

***Síndrome,* Mario Benedetti**

Para examinar la realidad de lo que significa hoy y podría significar en el futuro envejecer en un país de América, partiremos de tres conceptos básicos que nos aportarán un marco de discusión. Estos son el vínculo del envejecimiento con la vida en sí, el sentido y valor de vivir más tiempo, y las implicaciones de terminar de vivir dignamente.

Si aceptamos que la longevidad exitosa es la culminación y razón de ser del proceso de desarrollo humano, tanto al nivel individual como colectivo, resulta inevitable —y justo— aspirar a que eso años ganados se puedan cursar con un máximo de calidad, es decir, con dignidad y autonomía, capacidad funcional y salud, participación social y económica, entre otras cosas. En estas páginas se aspira a conceptualizar el envejecimiento en función de: i) lo que representa envejecer como parte de la vida, diferenciando el envejecimiento saludable del patológico; ii) la lógica de prolongar la vida; iii) tanto los insumos como los obstáculos al goce de una vejez exitosa; iv) la

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

dinámica sociodemográfica, familiar, social, tecnológica y económica del tiempo de vida ganado, particularmente de la mujer mayor y del trabajador mayor; y v) lo que hace falta para "morir bien".

¿Qué es envejecer? ¿Cuándo se es viejo?

"Envejecer es vivir."

Anónimo

Hace falta, indiscutiblemente, circunscribir toda esta discusión a un contexto realista, delimitado por nuestra capacidad biológica como especie con largos períodos de infancia y de vejez. Para ello cabe preguntarse: ¿Cuándo comenzamos a envejecer? ¿Cuáles son los límites de la vida humana? ¿Y de la vida activa? Con una población centenaria mundial que ya supera las 100.000 personas y perspectivas de prolongar aún más la existencia, gracias a estilos de vida más sanos y a complejas intervenciones moleculares y genéticas, las posibilidades de llegar a nuestros límites fisiológicos, estimados entre los 110 y 120 años (Maguire y Coakley, 1997; Rowe y Kahn, 1998), cada vez con menos discapacidad, han venido aumentando progresivamente. El reconocimiento que puede haber un envejecimiento exitoso, distinto del "envejecimiento típico" (Rowe, 1998) es fruto de esfuerzos pioneros del Estudio MacArthur (Estados Unidos), del Instituto Max Planck de Desarrollo Humano (Alemania), de la Organización Mundial de la Salud y de la Universidad de Odense (Dinamarca), entre otros. Este enfoque subraya la importancia de otros aspectos de la calidad de vida como ingredientes esenciales —antes y después de los 60 años de edad—, del envejecimiento exitoso, con un sentido ético dictado por la medida en que las personas mayores pobres tengan la posibilidad de envejecer activa y saludablemente.

Al replantear el envejecimiento en esta dimensión científica, tecnológica y demográfica, surge una visión diferente del desarrollo humano en sus fases biológicas y socioculturales de realización o trascendencia (Callahan, 1995). Laslett (1996) propuso clasificar la vida en cuatro etapas —dependencia y socialización, independencia y responsabilidad, realización personal, dependencia final y decrepitud— cuyos productos serían la procreatividad, productividad y creatividad, entre otros (Callahan, 1995). Vista así, la "vejez" o "ancianidad" sólo se produciría al entrar la persona en un estado de dependencia o deterioro funcional no compensable. Y ésa es la etapa que dio origen a antiguas concepciones culturales del envejecimiento como un "enfriamiento" o "sequedad" del cuerpo y a remedios para conservar la juventud que buscaban conservarlo húmedo —ungüentos, aceites, pomadas— o calentarlo. De ahí que cuando el Rey David "se enfrió" en su ancianidad, le pusieran al lado, para darle calor, una

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

virgen joven llamada Abishag la Shunamita (Shapin, 2000), tratamiento que llegó a conocerse como shunamitismo.

Estas cuatro etapas y su eventual superposición en la vida de una misma persona corresponden a un concepto funcional de ciclo de vida, edad y vejez independiente de la edad cronológica. Conlleva un cambio radical en la organización percibida de la vida: la reproducción deja de ser la finalidad primordial y se convierte en otra etapa importante, pero no decisiva para la realización personal en función de nuevos horizontes de sabiduría y poder (Callahan, 1995). Este enfoque ya ha encontrado eco en la salud ocupacional del trabajador mayor y en el llamado "umbral demográfico y social de la vejez" (Ham Chande, 2000). Aunque sabemos poco sobre la dinámica de estos cambios, resulta evidente que las transiciones entre una etapa y otra de la vida tienden a ser graduales y no abruptas.

La traducción de esta noción de "edad funcional" a tablas de "vida útil" y proyecciones actuariales basadas en la capacidad productiva ocasionará una revolución en el campo de los seguros y de la seguridad social, pues abre perspectivas de llevar los años de contribución y salud a nuevos límites, determinados principalmente por la capacidad y voluntad individuales. Asimismo, la interpretación de la evolución demográfica adquiriría otros matices al recalcularse las tasas de dependencia demográfica con base en edades funcionales en lugar de cronológicas. Así, el replanteamiento de los conceptos de dependencia y de sus expresiones actuariales pasa a ser un requerimiento para formular políticas realistas de jubilación y seguridad económica en la vejez.

Cabe señalar que estos conceptos no son nuevos. Durante la Ilustración francesa, la secularización que liberó a la muerte del concepto de una vida más allá permitió el desarrollo de ideas filosóficas en torno a la longevidad. La ciencia empezó a ocuparse de los males de los mayores y la medicina propuso formas de permitirles continuar siendo miembros activos de la sociedad. En la literatura, el estereotipo del anciano resentido fue suplantado por uno que invocaba respeto, mientras que las artes plásticas se concentraban más en las divisiones del ciclo de vida y en la situación de las personas enfermas y viudas. En la esfera parlamentaria se montaba una política social sin precedentes para la seguridad y asistencia en la vejez (Troyansky, 1983).

¿Para qué envejecer y prolongar la vida?

Indudablemente, especular sobre la finalidad del envejecimiento tiene matices teológicos y teleológicos. No se pretende aquí entrar en especulaciones de esa índole, sino identificar —más allá del discurso retórico tradicional, "más años a la vida y más vida

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

"La prolongación de la vida humana es claramente ventajosa, ya que en la medida en que el juicio de los mayores se proyecte sobre las pasiones de los jóvenes, así se acumulará la sabiduría de las naciones y se hará más sólido el carácter individual."

Robert Graves

a los años"— argumentos conceptuales y empíricos de orden técnico, económico, ético y político que pudieran justificar invertir esfuerzos y recursos en prolongar la vida y en lograr que a cualquier edad, las personas de bajos ingresos puedan envejecer activas, saludables y autónomas. Al existir poblaciones con menos niños y más adultos, cambiarán las formas de trabajo y producción, la participación social de las distintas generaciones, la seguridad social y los flujos de recursos, los patrones de demanda y consumo de bienes y servicios, las relaciones familiares y las redes de apoyo, entre otras cosas (Ham Chande, 2000).

Postulamos que vale la pena envejecer y prolongar la vida porque: a) según datos empíricos procedentes de varios países, la mayoría de las personas pueden vivir sin enfermedades y discapacidades crónicas, por ser posible la "compresión" de éstas al período cercano al final de la vida; b) tales acciones tienen un sentido no sólo social, sino también económico en función de la contribución social y económica real y potencial de los adultos mayores, así como de políticas de seguridad económica y jubilación basadas en proyecciones actuariales que reconozcan ese potencial (políticas que permitirían no sólo reducir los niveles actuales de pobreza y dependencia en la población adulta mayor, sino también generar ahorros sustantivos de recursos fiscales y filantrópicos); y c) a la luz de estas posibilidades, prolongar la vida en buen estado se convierte en un imperativo ético.

Primer argumento: Es posible posponer la morbilidad y discapacidad hasta el final de la vida.

Como ya se ha señalado, hay pruebas crecientes de que aun a edades muy avanzadas, en determinadas condiciones la mayoría de las personas pueden conservar su salud e independencia funcional. Estudios realizados en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Sundstöm, 1994) han revelado que menos de la mitad (30 a 50%) de los adultos mayores (de 60 años o más) vivían solos, y hay claras señales de una mejor calidad de vida en quienes sobreviven hasta los 85 años y más. En los Estados Unidos de América (EE.UU.), entre 1984 y 1990 aproximadamente dos tercios de las personas mayores de 70 años (67% de las de 70 a 79 años y 38,5% de las de 80 años y más) no necesitaron o recibieron ayuda debido a limi-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

taciones en su capacidad para realizar sus actividades cotidianas (Administration on Aging, 1996). Leinonen et al. (2001) encontraron en Finlandia, en una cohorte nacida en 1914, una estabilidad neta de su estado de salud entre los 75 y 80 años (60% no tuvo cambios y 20% sufrió algún deterioro, pero otro 20% experimentó mejoras). Samuelson et al. (1998) encontraron en un grupo de centenarios suecos y húngaros una baja prevalencia e incidencia de hipertensión arterial, infarto, enfermedad cerebrovascular, cáncer y diabetes. Apenas 10 a 40% de ese mismo grupo presentaba algún grado de demencia, y entre un cuarto y un tercio podía considerarse totalmente independiente. Menos de la mitad tenía limitaciones visuales y auditivas, y 20 a 25% tenía otros trastornos sensoriales (olfatorios, gustativos). En Alemania, apenas un 10% de las personas entre los 65 y 80 años y un tercio de las mayores de 80 años requerían algún tipo de atención continua (Heigl y Rosenkranz, 1995). Un estudio en Suecia demostró que después de los 90 años de edad, sigue habiendo independencia intelectual, social y física (Hiller-as et al., 1999). Martin (1997) encontró que aun pasados los 100 años de edad, un 30% de las personas están en buen estado y 40% pueden funcionar con ayuda (Christensen, 2001). En este sentido, Estados Unidos muestra una clara ventaja, cuyo origen sería importante esclarecer, en la esperanza de vida (y mortalidad) a los 80 años y en la supervivencia entre los 80 y 100 años de edad en relación con Suecia, Francia, Inglaterra y Japón (Manton y Vaupel, 1995).

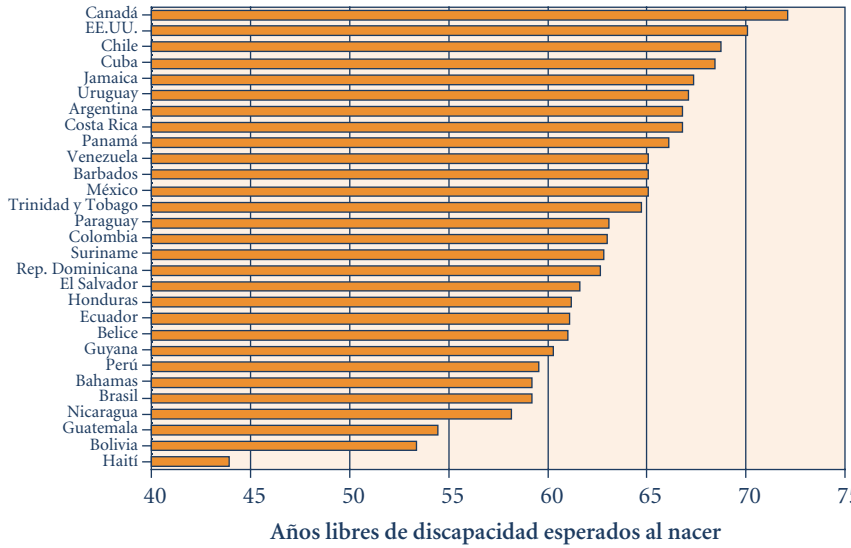
"Use su salud hasta agotarla. Para eso es. Gaste toda la que tenga antes de morir y no se sobreviva a sí mismo. No intente vivir para siempre. No lo logrará."

George Bernard Shaw
en *El dilema del médico*

Si bien la pobreza que tan a menudo se observa en personas mayores en América Latina y el Caribe contrasta radicalmente con la realidad del hemisferio norte, se aprecia la clara tendencia hacia un aumento de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) —un buen indicador indirecto (*proxy*) de la calidad de vida— a distintas edades, reflejándose en ello el bono de 25 años de esperanza de vida al nacer ganado en el siglo XX (gráfica 2-1). Resultan particularmente útiles e interesantes los valores de EVAD a los 60 años de edad, presentados en la gráfica 2-2, que demuestran la importancia tanto de la constitución individual, como de esfuerzos dirigidos a modificar la experiencia acumulada a lo largo de la vida (la interacción de elementos constitucionales con factores ambientales y coyunturales). En este sentido, se ha encontrado que un 25% de la longevidad observada se podría atribuir a una variación genética entre individuos, y otro 25% a características que no son genéticas y cuyos

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 2-1. Esperanza de vida libre de discapacidad al nacer en las Américas, circa 1998



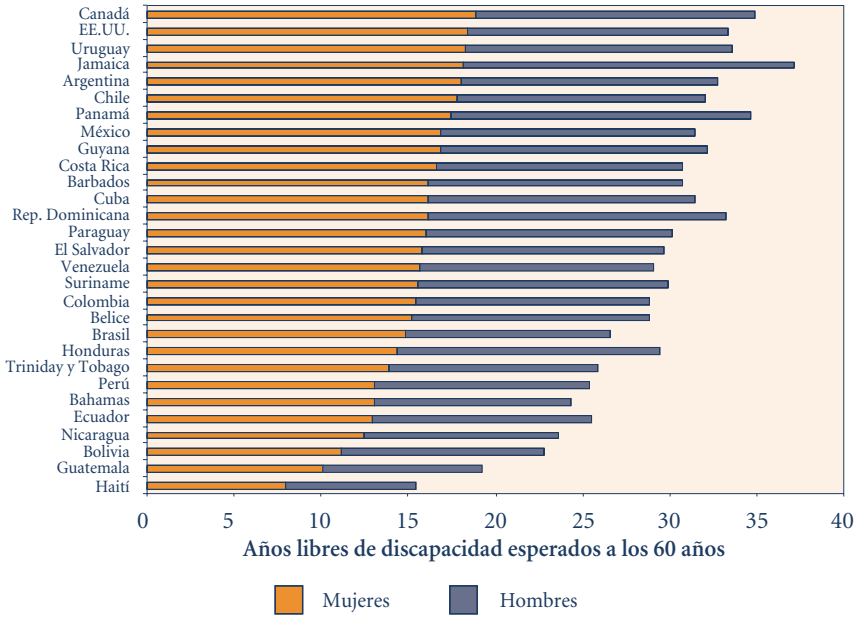
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

factores determinantes ejercen su efecto durante los primeros 30 años de la vida (Vaupel, 1989). Figuran entre ellos, por ejemplo, la situación socioeconómica, el nivel educativo y la edad de los padres cuando nació la persona. El efecto de la experiencia personal se aprecia claramente en la gráfica 2-2, donde se refleja el menor peso que ejercen las diferencias socioeconómicas entre un país y otro sobre la esperanza de vida sin discapacidad de las personas que sobrevivieron hasta los 60 años, al compararla con la gráfica 2-1. En la gráfica 2-2 también llaman la atención dos fenómenos cuyo esclarecimiento ayudaría a afinar las políticas pertinentes: a) la ventaja comparativa que se observa en los hombres en países con distintos niveles socioeconómicos (Jamaica, República Dominicana, Honduras, Bolivia); y b) la reducción de la diferencia en la esperanza de vida saludable entre hombres y mujeres en el resto de los países presentados.

Al mismo tiempo, Perls (1995) ha confirmado que los estilos de vida y las nuevas tecnologías médicas tienden a retrasar la aparición de enfermedades y trastornos incapacitantes, delegándola al perído cercano a la muerte, lo cual es congruente con la teoría de la "compresión de la morbilidad" propuesta por Fries (1980). La "compresión" de la morbilidad registrada en Inglaterra entre 1541 y la época actual queda ilus-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 2-2. Esperanza de vida libre de discapacidad a los 60 años en las Américas, circa 1998



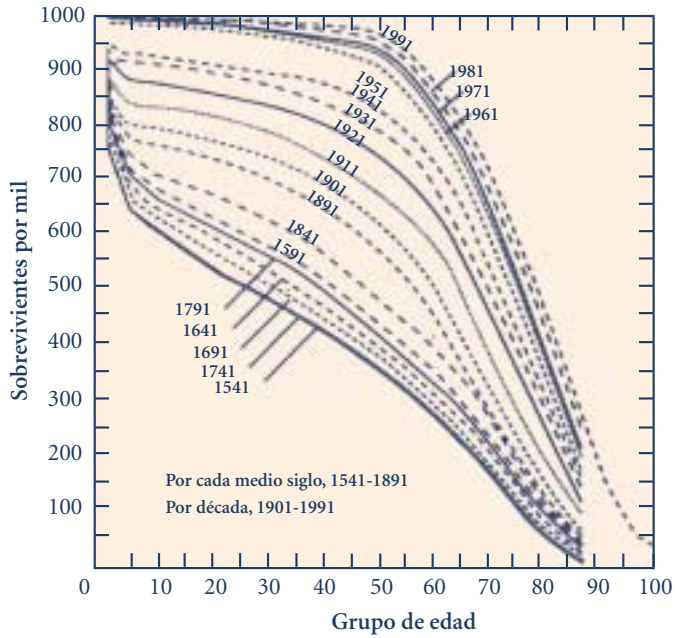
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

trada claramente en la gráfica 2-3, donde se pone de manifiesto la "rectangularización progresiva" de las respectivas curvas de supervivencia, fenómeno que también se ha observado en Suecia en los últimos 250 años (Himsworth, 1999). De continuar esta tendencia, se prolongará la vida con menos carga de enfermedad y discapacidad. De hecho, la teoría de la compresión de la morbilidad se apoya en varias premisas: que haya una longevidad máxima determinada por la muerte natural en algún momento; que los aumentos de la esperanza de vida se asocien con la compresión de la morbilidad, y que los médicos renuncien a su afán por vencer a la muerte.

Aún se debate el alcance que pudieran tener las intervenciones orientadas a "comprimir' así la morbilidad (Vita et al., 1998). Fries (1999) ha demostrado recientemente en grupos de corredores que mediante el ejercicio regular se pueden posponer de 8 a 12 años tanto el inicio de la discapacidad y de las enfermedades en adultos mayores, así como los efectos de otros factores de riesgo. Encontró que las personas que hacen ejercicio con regularidad a lo largo de la vida presentan apenas un tercio de la prevalencia de discapacidad que las personas sedentarias. Asimismo, Vita (1998) ha

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 2-3. Evolución de la compresión de mortalidad en Inglaterra, siglo XVI–siglo XX



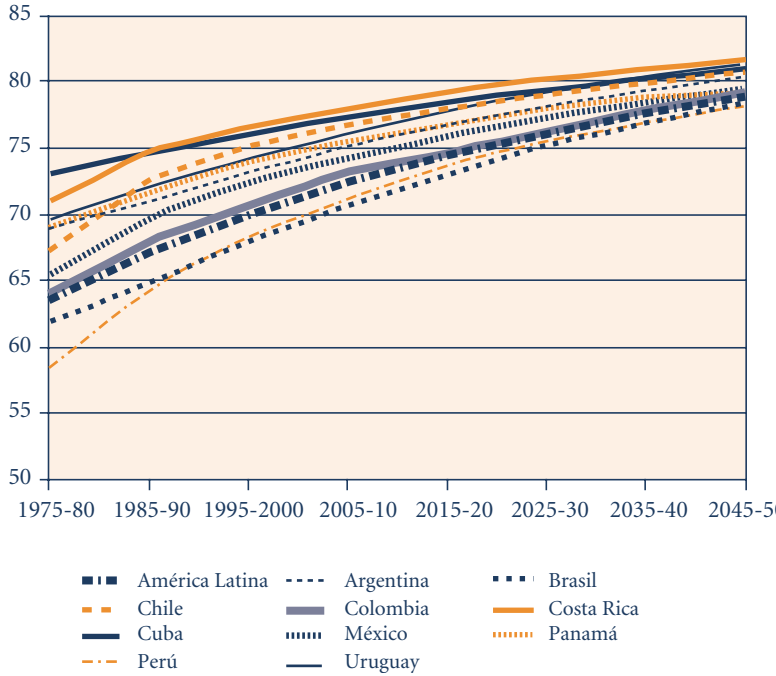
Fuente: Laslett P, *A Fresh Map of Life,* 1996.

demostrado que se puede comprimir la morbilidad en personas mediante estilos de vida más saludables. Fries et al. (1998) han demostrado que en grupos de adultos mayores se pueden reducir los costos por enfermedad y mejorar otros factores de riesgo mediante programas integrales con intervenciones educativas de bajo costo que aumenten el ejercicio físico, acopladas a la detección temprana y al manejo integral de comportamientos riesgosos y de enfermedades crónicas. Postulan que de esta forma se puede prevenir un 70% de la carga de enfermedad del adulto mayor. No cabe ninguna duda de que la perspectiva de concentrar la demanda de servicios hospitalarios y domiciliarios intensivos en los últimos años de la vida constituiría una contribución importante a la racionalización de los recursos de atención de salud (Himsworth, 1999), quedando por demostrarse la aplicabilidad universal de los regímenes de ejercicio propuestos por Fries.

Al concepto de la compresión de la morbilidad se contrapone la teoría de la "expansión de la morbilidad", de Gruenberg y otros, quienes atribuyen el aumento registrado de la esperanza de vida a la reducción de la tasa de letalidad por enfermedades crónicas, y no a una caída de la incidencia de esas afecciones (Doblhammer y

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 2-4. Evolución de la esperanza de vida al nacer en América Latina, 1975–2050



Kytir, 2001). Esta interpretación implica, en todo caso, que haya un aumento en los años de vida con enfermedad paralelo al incremento de la longevidad. La observación empírica, por su lado, muestra que: a) esto depende mucho de la definición de salud utilizada, ya que series basadas en la autopercepción de discapacidad y salud, ampliamente aceptadas hoy en el mundo científico, tienden a conformarse a la teoría de la compresión de la morbilidad (Doblhammer y Kytir, 2001); b) ha aumentado la esperanza de vida saludable, a la vez que ha disminuido la esperanza de vida con discapacidad, fenómeno que sólo es compatible con la teoría de la compresión de la morbilidad (Doblhammer y Kytir, 2001). En resumen, la validez de esta última teoría implica que a cualquier edad se pueden reducir la necesidad y utilización de la atención de salud y los gastos que con ella se asocian.

En América Latina y el Caribe, los efectos de la pobreza tan ampliamente difundida inevitablemente dificultan, pero no impiden, que se comprima la morbilidad (Palloni A, DeVos S, y Peláez M, comunicación personal), requiriéndose para ello medidas enérgicas capaces de inducir estilos de vida saludables en todos los grupos de edad, en una masa crítica de las poblaciones más necesitadas de la región.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Este primer argumento también se ve respaldado por la serie de estudios sobre las tendencias de la mortalidad realizados por Kannisto et al (1994; 1996), quienes han demostrado que sí se pueden lograr reducciones importantes de la mortalidad (1-2% por año en mujeres y 0,5-1,5% en hombres), aun en grupos de edad avanzada (entre los 80 y 109 años de edad), en situaciones de reducción general de mortalidad a esas edades. Estas reducciones responden fundamentalmente a una desaceleración del aumento de la tasa de mortalidad con la edad (Vaupel, 1997; Horiuchi y Wilmoth, 1998) como resultado de una supervivencia selectiva, y también obedecen a la compresión de la morbilidad observada en centenarios en un estudio de la Universidad de Harvard (Perls, 1997).

Estos tres elementos respaldan la validez de la asociación observada entre el crecimiento de los distintos segmentos de la población mayor (de 60 años y más) (gráfica 1-1), la convergente esperanza de vida al nacer (gráfica 2-4) y determinadas variables propias del entorno —variaciones significativas o extremas de la mortalidad y fecundidad, acceso a los servicios y recursos tecnológicos de la salud, conflictos, crisis socioeconómicas, etc.— como elementos que orienten las políticas y acciones encaminadas a prolongar la vida útil de las personas.

Igualmente importantes son las crecientes pruebas del efecto que tienen eventos muy tempranos en la vida, durante el desarrollo fetal y la niñez, sobre la salud y esperanza de vida después de los 60 años de edad. Cabe señalar, no obstante, que dichas pruebas no desvirtúan la importancia relativa, en etapas más avanzadas de la vida, de factores coyunturales presentes después de los 60 años de edad, tales como la situación económica —pauperización o nueva riqueza—, la soledad, la tensión y demás, (Vaupel, 1989), que es imprescindible tener en cuenta para formular políticas e intervenciones acertadas.

Segundo argumento: Tiene sentido social y económico prolongar la vida.

El deseo de longevidad desde el punto de vista individual, y el deseo de vivir más tiempo, que en un sentido social es la suma colectiva de ese deseo, ofrecen un contexto que permite a las personas que viven más tiempo contribuir al bienestar de todos y ser acogidas y queridas por sus familiares y amigos y por la comunidad en general.

Las pruebas a favor del primer argumento, que ilustran la posibilidad de posponer la muerte, la enfermedad y la discapacidad, plantean un panorama en el cual las personas mayores podrían en un futuro hacer contribuciones a la sociedad aun más importantes de las que hacen hoy. Como se indicó en el capítulo 1, su participación en la fuerza laboral, que es más marcada en las sociedades más pobres, pone de mani-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

fiesto un potencial económico importante. Aun en países con una mejor situación socioeconómica, las personas mayores tienen una presencia visible en la población económicamente activa. En el campo familiar y comunitario son bien reconocidos, aunque poco cuantificados, sus aportes en especie —en el cuidado de los niños y mayores, en actividades voluntarias— y, en menor grado, en forma de ayuda económica a sus hijos, familiares y amigos, a veces hasta el punto de convertirse en víctimas del abuso económico. Los resultados presentados en capítulos subsiguientes, donde se provee información sobre el valor monetario de algunas de estas contribuciones, reafirman la justificación de invertir esfuerzos y recursos en prolongar la vida.

Tanto en el capítulo 1 como en las secciones subsiguientes se perfilan elementos que en el medio latinoamericano justificarían adoptar políticas y medidas encaminadas a mejorar la seguridad económica de las personas mayores más necesitadas. Resulta evidente que se avanza en la seguridad económica de toda la población adulta mayor —e incluso se reducen los subsidios cruzados que ello pueda implicar— si se incorpora la población que pertenece al sector informal a los regímenes de seguridad social, si se aumenta la edad de la jubilación, y si se fomenta la solidaridad intergeneracional.

Al mismo tiempo, hay razones para poner en tela de juicio la creencia muy difundida de que las personas de edad avanzada constituyen una carga insostenible, dado el costo de las enfermedades, la discapacidad y los servicios de salud asociados con el envejecimiento poblacional. De hecho, en Canadá (Gee, 2000) en los últimos 12 años, apenas un 5% del incremento en el gasto de salud es atribuible al cambio en la estructura de edad de la población. En un estudio reciente del Banco Mundial (Escobar, 2000) se encontró que en Chile la atención más costosa no es la requerida por las personas mayores, sino por la población de menores de un año; y que las contribuciones de los adultos mayores al Fondo Nacional de Salud (FONASA) exceden sus gastos. En los Estados Unidos, Lubitz et al. (1995) han estimado que el crecimiento anticipado de la población de 65 años de edad o más tendrá poco efecto sobre el gasto público en la salud. Aunque reconocen que las personas mayores consumen actualmente un tercio del gasto nacional para la salud, del cual una buena fracción corresponde al último año de vida —dos terceras partes son absorbidas por el sistema estadounidense de seguridad social, Medicare—, estos investigadores también han encontrado que: a) el aumento de 7,9% de la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años de edad que se proyecta para el período entre 1990 y 2020 se acompañará de un incremento de apenas 2% del gasto individual total por vida (*lifetime payment*) pagado por Medicare, debiéndose tres cuartas partes (74,3%) de ese incremento al tamaño de la cohorte que cumplirá 65 años en 2020 (la cual a la larga se esta-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

bilizará al desaparecer la generación del *baby boom*), 22,5% a la proporción creciente de esa cohorte que se espera sobreviva después de los 65 años, y 3,2% a la prolongación de la esperanza de vida a partir de esa edad (cabe destacar aquí que estas últimas cifras no incluyen el gasto privado asociado, aun cuando es probable que la contribución de Medicare cubra la mayor parte); y b) el gasto público anual (Medicare) se reduce notablemente a medida que viven más tiempo las personas afiliadas al sistema. Desde el punto de vista práctico, todo esto simplemente confirma que no estamos necesariamente frente a una crisis; que es posible planificar y asignar racionalmente los recursos para la atención adecuada de las personas a medida que se acercan a la muerte; y que, por ende, los costos de la atención médica no niegan el valor de prolongar la vida, a la luz de las posibilidades planteadas de lograr un envejecimiento saludable.

Finalmente, cabe explorar lo que puede significar todo esto en el contexto de la pobreza en que vive una parte importante de la población mayor en las Américas. Tal como veremos más adelante en este mismo capítulo, los insumos de la longevidad tienden a ser más bien cosas sencillas y baratas, cuya adquisición a nivel poblacional debe ser alcanzable con intervenciones costo-efectivas centradas en la educación a lo largo de la vida y en la promoción de conductas saludables. En las comunidades más carentes, quizás sólo faltaría sumar el costo del amor al prójimo.

Tercer argumento: La restricción de recursos es una razón más para invertir en una vejez saludable y productiva.

Este argumento es muy sencillo: la escasez de los recursos, tanto los fiscales como los del ámbito privado de la sociedad civil, que se destinan a los adultos mayores nos obligan a encontrar y aplicar formas más racionales, costo-efectivas y autosuficientes para mejorar el bienestar de la sociedad en su conjunto y de los adultos mayores en particular. Los argumentos anteriores y el potencial propio de la población mayor hacen que sea precisamente este grupo el que tenga mejores posibilidades de resolver sus necesidades con el menor impacto sobre el fisco y la filantropía organizada.

Cuarto argumento: Las posibilidades anteriores dan lugar a un imperativo ético para su aplicación.

Este argumento nace de los anteriores y es igualmente sencillo: la mera posibilidad de posponer la enfermedad y la muerte mediante acciones racionales y eficientes que exigen pocos recursos colectivos da origen al imperativo ético de lograr su aplicación.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Sólo cabe agregar que esta exigencia moral responde a una jerarquización equilibrada de los derechos humanos y de las exigencias y necesidades de los distintos grupos de edad y sociales en cualquier momento de la evolución demográfica de un país, y se enmarca en el concepto solidario de "una sociedad para todas las edades" promovido por las Naciones Unidas desde 1999. También cabe recordar aquí ese argumento retórico tan difundido que señala la necesidad de "agregar vida a los años ganados".

"No podemos hablar de esperanza de vida sin considerar también lo que podemos esperar de la vida."

Julia Tavares Alvarez

En síntesis, estos cuatro argumentos nos dan amplia razón para invertir energía y recursos en prolongar la vida, aun en las situaciones de gran carencia observadas actualmente, y justifican la incorporación de un nuevo enfoque cultural y práctico del envejecimiento.

¿Cómo alcanzar la longevidad?: vidas de un millón de horas[1] y secretos del buen envejecimiento

Vivir más de 100 años se hace cada vez más factible. En el contexto de un aumento progresivo de la supervivencia humana (Boldsen y Paine, 1995), en el siglo XX se registró un enorme aumento del número de centenarios en varios países. Vaupel (1994) atribuye este fenómeno al efecto combinado de la reducción de la mortalidad en las personas mayores de 80 años y del aumento de la natalidad registrado desde el siglo XIX, que se acentuó a comienzos del siglo XX, así como a la reducción de la emigración europea. Dentro de este grupo que es cada vez más numeroso, las vidas documentadas son anecdóticas, pero no dejan de ser buenos puntos de referencia. En tiempos recientes las tres personas más longevas verificadas por Guinness han sido Shigechigo Izumi, quien murió en el Japón a los 120 años en 1985 (Yarwood, 1994), Jeanne Calment, que falleció en Francia en 1997 a los 122 años (Vaupel, 1999; Matalon, 1997) y Sarah Clark Knauss, quien murió a los 118 años en 1999 en Pensilvania, Estados Unidos (*BBC News,* 1999; McPhail, comunicación personal). El *Antiguo Testamento* nos da ejemplos de longevidad extrema —desde Adán, que habría muerto a los 930 años, hasta Matusalén a los 969 (Génesis, capítulo 5:1-30)— que fueron

[1] Corresponden a aproximadamente 114 años y 1 mes.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

reduciéndose con el paso de las generaciones hasta apenas superar los 100 años (v.g., Isaac, 180 años, Josué 110 y Judít 105) (Génesis, capítulo 35:28; Libro de Josué, 24:29; Libro de Judít 16:23). Por otro lado, la literatura de ciencia-ficción contiene algunas reflexiones sobre los "costos" de la inmortalidad (Anderson, 1989), siendo algunos de ellos la soledad por sobrevivir a todos los seres queridos y la necesidad de adaptarse a cambios sociales y tecnológicos radicales. Y la realidad histórica indica que a lo largo de la existencia humana, la esperanza de vida en los comienzos entre los 20 y 30 años, superó los 40 hace apenas 200 años y ascendió a 50 durante el último siglo (Vaupel y Jeune, 1994).

Pasando de lo anecdótico a lo real, vemos que de los 100.000 centenarios que hay en el mundo, cuatro de cada 10 (40.000) viven en los Estados Unidos (1 por cada 10.000 personas) y 80% son mujeres (Christensen, 2001). Un tercio de los 9.000 centenarios documentados en América Latina (3.000 en Centroamérica y 6.000 en Sudamérica) viven en los países objeto del presente estudio (menos de 1.000 en Argentina, algo más de 1.000 en Chile y 700 en Uruguay).

Estudios recientes retrospectivos y longitudinales de personas centenarias (MacArthur, 1998) han identificado un conjunto de factores que guardan relación con la longevidad (recuadro 2-1). Si bien estos estudios longitudinales aún son relativamente recientes y han sido pocos los longevos estudiados, la coherencia entre sus respectivos resultados fundamenta hasta ahora su validez científica. Resulta alentadora la ausencia de esta lista de beneficios conseguidos con las tecnologías modernas y el control o la compensación de estados patológicos y limitaciones por enfermedad. Grossarth-Maticek (1998), en un estudio prospectivo en Alemania, ha confirmado la asociación entre la intensidad de la percepción de bienestar y placer y la supervivencia (el grupo encuestado con mejor actitud mostró una probabilidad de estar vivo al cabo de 21 años, que fue 30 veces mayor que la del grupo con peor actitud). También se ha documentado que la actividad artística (Conboy, 1990), la vida espiritual intensa (Heck, 1997) y permanecer en una localidad fija (Martin, 1997) facilitan la adaptación a la vejez.

Un concepto que es central en el análisis de la longevidad es el de *supervivencia selectiva* o selección natural de los más aptos (Perls, 1998). Según este esquema darwiniano, todas las personas, pero especialmente los adultos mayores, representan un grupo que —habiendo ya sobrevivido un conjunto de riesgos y factores adversos— posee ventajas en virtud de su constitución genética, fisiológica y psicológica, y de su experiencia biológica y física, sicológica y social, que favorecen su longevidad. Las tablas de vida de grupos de edad específicos respaldan esta interpretación (Engler T, comunicación personal, 1999; Vaupel y Jeune, 1995), al igual que el análisis compara-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Recuadro 2-1

FACTORES ASOCIADOS A LA LONGEVIDAD DE LAS PERSONAS CENTENARIAS

- Disposición de vivir cada día a plenitud
- Habilidad de manejar la tensión
- Sentido del humor
- Ambiente familiar
- Apoyo social
- Fe
- Trabajo duro y ejercicio
- Dieta sana natural
- Moderación

tivo de la esperanza de vida saludable recién publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (gráfica 2-2). Por ejemplo, se han documentado probabilidades de sobrevivir de más del 50% hasta los 80 años en los hombres y del 60% para la supervivencia en las mujeres de 65 hasta los 85 años de edad (Leveille et al., 1999). Además, se ha observado que grupos de personas de 90 a 95 años de edad están en mejor estado de salud que otros grupos de 60 a 89 años (Wilkinson y Sainsbury, 1998; Perls, 1995; Stanta, et al., 1997); que casi 75% de las personas conservan la movilidad sin ayuda (Bury y Holme, 1990) e inclusive la reaparición de la mayor sobrevida en los hombres en relación con las mujeres (Perls, 1998), revirtiéndose a partir de los 90 o 95 años la ventaja femenina que se observa hace varias décadas a partir de los 45 años de edad (Kaplan et al., 1991). Esta ventaja de las mujeres responde a la reducción de la mortalidad materna registrada en el siglo XX (Brandstrader, 2000), pero data por lo menos del siglo XVI y parece tener un componente evolutivo que actúa desde la concepción hasta entrada la menopausia. La prolongación de la vida después de la menopausia es un factor clave que distingue al ser humano de otros primates (Hawkes et al., 1998). Incluso se ha estimado (Thatcher et al., 1998) que si una persona llega a cumplir los 120 años, las probabilidades de que muera a esa edad son de apenas 50 a 65%. Factores genéticos o hereditarios determinan la longevidad y la fragilidad (en un 20 a 30% y en un 50%, respectivamente) (Jeune y Vaupel, 1995), y se reflejan en el hecho de que la probabilidad de llegar a una edad muy avanzada es cuatro veces mayor en hijos de personas centenarias que en otros individuos (Harvard Medical School, 1999).

En los próximos años los conocimientos sobre el envejecimiento hasta edades muy avanzadas se verán nutridos por los resultados de los estudios longitudinales actualmente en marcha en personas mayores y centenarias: Amsterdam (Deeg, 1999),

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Groningen (NIG), Maastricht (Universiteit Maastricht), Suecia (Samuelson et al., 1997), Baltimore (USDHHS, 1993), New England/Harvard (Harvard Medical School, 1999; Poon et al.), Italia (Receputo et al., 1995), Sardeña (Deiana et al., 1999), Instituto Max Planck (Vaupel, 1989), China (Wang et al., 1998)[2], Bama (Xiao et al., 1996) y Francia (Allard et al., 1996). También contribuirán a ello los estudios de la longevidad en otras especies (Max Planck Institute for Demographic Research), que parecen indicar que los límites de edad podrían ser seis veces más largos que el período de maduración (v.g., la niñez y la adolescencia: 6 x 20) (Rowe y Kahn, 1998). En términos generales, todos estos estudios se concentran en valorar los cambios e interacciones de indicadores de capacidad funcional, física, cognitiva, emotiva, sexual y social, así como su correlación con los antecedentes personales y estilos de vida, la dieta (especialmente de tipo hipocalórico) (Taubes, 2000), algunos factores socioeconómicos, la cobertura médica, y el efecto fulminante de las caídas, entre otros. Sus resultados nos permitirán contar con mejores estimaciones de los límites de edad alcanzables, y de las perspectivas, costo-efectividad e insumos específicos que acarrea posponer la muerte y lograr la ya citada "compresión de la morbilidad".

La actividad física aparece una y otra vez como un ingrediente esencial para lograr envejecer exitosamente. Cada día surgen más pruebas de los notables beneficios del ejercicio regular y moderado en lo que respecta a la longevidad (por lo menos hasta los 90 años de edad) (Leveille et al., 1999; Butler et al., 1998), las tasas de mortalidad, la incidencia de muchas enfermedades (Andrews, 2001), la discapacidad (Leveille et al., 1999), el rendimiento físico, el equilibrio (vestibular) y la densidad ósea, entre otras variables, aun en personas más frágiles (Parsons, 2001). Al igual que la dieta, como se indica en el siguiente párrafo, la ventaja evolutiva que confiere la actividad física, según lo observado en poblaciones paleolíticas y hoy en día en grupos primitivos, constituye un punto de referencia cada vez más útil en nuestra vida cotidiana (Cordain et al., 1998). Se ha estimado que la vida sedentaria se traduce en la necesidad de un subsidio (externalidad) del orden de US$1.900 por cada persona que deja de tener una vida activa (Keeler, 1989). Asimismo, hay razones para pensar que el deterioro orgánico observado en algunas personas al envejecer se debe más a la inactividad que a la edad (Cowley, 1997). El efecto nocivo del consumo de tabaco y del sobrepeso también está ampliamente demostrado (Leveille et al., 1999).

Pese a los consabidos efectos favorables de las dietas de base vegetal, bajas en grasas y ricas en antioxidantes presentes en las frutas y vegetales frescos —una menor

[2] Modelaje de la interacción entre salud, funcionamiento y sobrevida; análisis genealógico de longevidad histórica.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

prevalencia de hipertensión arterial y de las secuelas de enfermedades cerebrovasculares, coronarias (Key et al., 1998) y renales—, las historias personales de muchos de los centenarios parecieran indicar que el impacto de estos factores podría ser más importante a edades más tempranas que en las más avanzadas (Eaton et al., 1995). En animales de laboratorio la única dieta que ha demostrado prolongar la vida ha sido la restricción calórica (reducción de las calorías en 30 a 50%, lo que equivale a reducir la dieta humana habitual de 2.100 a 1.500 calorías diarias) (Taubes, 2000). Aun si se confirmase el beneficio de esta restricción, sería muy difícil de cumplir en la práctica. Pese a que con la edad se reduce progresivamente el requerimiento de calorías debido a la pérdida de masa muscular, también resulta importante que la dieta sea rica en micronutrientes (vitaminas y minerales) (Talarico, 1998). Al mismo tiempo, existen pruebas, basadas en la evolución del ser humano, que llevan a proponer el uso referencial de la dieta de la población paleolítica, por responder aún nuestra constitución genética a los patrones alimentarios de estos antepasados lejanos (Eaton y Eaton, 2000), que se alimentaban de animales, peces y plantas silvestres. Su dieta era rica en proteína, fibra, calcio y otros micronutrientes, su consumo de grasas era muy diferente y sus carbohidratos provenían de frutas y vegetales.

Por otro lado, se ha estimado que para alcanzar una esperanza de vida al nacer de 85 años, la mortalidad por todas las causas tendría que reducirse en un 55% (en 60% entre las personas mayores de 50 años) (Olshansky, 1990), y que la cura de las principales enfermedades degenerativas reduciría la mortalidad total en un 75%. Es lógico pensar que la aparición de tecnologías que retrasen la muerte celular pudieran permitirnos alcanzar nuestros límites fisiológicos de edad.

Algunos *factores sicosociales* también desempeñan un papel importante en la longevidad. Se han comprobado los efectos devastadores de la soledad, la ausencia de estímulos mentales y la depresión, que acortan la vida (Perls, 1998; Bassey, 1997; Strawbridge et al.,1996; Rendl et al., 1999; Van Excel et al., 2001; CSIS, 2000). En la población más pobre, es preciso analizar otros factores, más allá de su falta de recursos, con mayor detenimiento: la percepción de inferioridad social; el aislamiento; el fatalismo y la pérdida de la autoestima por exclusión; y la vulnerabilidad que obedece al sinergismo de todos estos factores (Rendl et al., 1999) en personas y grupos de mayor edad. También cabe subrayar la importancia de la educación, habiéndose demostrado reiteradamente una correlación entre la baja escolaridad y deficiencias cognitivas en la vejez (Van Excel et al., 2001).

La *seguridad económica y social* resulta fundamental para envejecer con tranquilidad y una buena calidad de vida. Se ha demostrado el valor predictivo del ingreso como factor que condiciona la esperanza de vida (Strawbridge, 1996). En este sentido,

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

la transición demográfica y epidemiológica representa un desafío notable para los gobiernos, la empresa privada, las familias y los ciudadanos de cada país (CSIS, 2000). Frente a presiones financieras generadas por distorsiones de las políticas de pensiones, los gobiernos han reaccionado reduciendo las erogaciones por concepto de pensiones, salud y asistencia social, en lugar de aumentar la cobertura de los regímenes contributivos y las edades de jubilación. Al mismo tiempo, la nuclearización y reducción progresiva del tamaño de la familia, aunadas al nacimiento cada vez más tardío de los hijos en relación con la edad de sus padres (Rosenthal, 2000), vienen limitando su capacidad de apoyo social. Según los pocos datos disponibles (Bravo J, comunicación personal), en 20 a 35% de las familias hay como mínimo una persona de más de 60 años (en Brasil, 23,2%; en Argentina, 34%; en Chile, 20%), que en muchos casos es jefe de familia.

Todos estos elementos contribuyen de forma importante a la longevidad. Sin embargo, el secreto de la longevidad es que no hay ningún secreto. Los "viejos" somos nosotros mismos. La actitud positiva y el espíritu activo esenciales para una vida sana y feliz no comienzan a los 50, 60 ni 70 años de edad; deben comenzar muy temprano en la vida y difícilmente se pueden improvisar al llegar a la madurez. Esto hace que la vejez sea una percepción más que un estado. Al envejecer, los cambios físicos o mentales que pueden aparecer no cambian quiénes somos, aun cuando entran en conflicto con nuestra imagen propia y tendemos a negarlos, como sucede con demasiada frecuencia. Así, la felicidad que alcancemos en el tiempo que nos toque vivir estriba menos en nuestro estado físico que en la actitud que cultivemos frente a la vida misma.

Para que la mayoría de las personas mayores de escasos recursos puedan superar obstáculos y contar con los insumos, ya identificados, que les permitan tener una *vejez* fructífera, sólo se requiere la voluntad política, dado el carácter sencillo y costo-efectivo de las intervenciones preventivas requeridas. Al mismo tiempo, para mejorar simultáneamente la calidad de la atención de la minoría física y mentalmente dependiente, es preciso introducir ampliamente modalidades de costo-efectividad demostrada, factibles a corto y mediano plazo si se cuenta con el concurso activo de la familia y la comunidad.

Dinámica de los años ganados

Esta dinámica, por sus características particulares, ha de ser analizada desde el punto de vista sociodemográfico, individual, familiar, de género (con atención especial a la mujer mayor), de participación e integración social, educativo, laboral y tecnológico.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Dinámica e interdependencia sociodemográficas

A pesar de que nos encontramos frente a una globalización del "mismo mundo para más gente", la interdependencia estrecha entre la evolución demográfica y la dinámica socioeconómica de los distintos segmentos de la población —bien documentada en América del Norte (Foot, 1999)— se ha estudiado poco en América Latina. Estudios de actuarios de las instituciones latinoamericanas y caribeñas de seguridad social parten de proyecciones basadas en tendencias históricas, datos censales y estadísticas vitales, pero carecen de postulados e interpretaciones que permitan caracterizar cohortes con base en criterios más confiables que las simples variaciones uniformes de tasas de fecundidad y migración. No obstante, el mapa analítico y los "perfiles demográficos del ciclo de vida" trazados por Camarano (1999) para cohortes de mujeres brasileñas, la conceptualización del "umbral del envejecimiento" de Ham Chande (2000), y el marco descriptivo propuesto por Agar y Ferrer (2000), constituyen un buen punto de partida para un estudio del tipo descrito. Lo que sí resulta claro es: i) que la evolución demográfica en América Latina y el Caribe responde a factores condicionantes distintos de los observados en el hemisferio norte, debido a diferencias geográficas, sociales y culturales evidentes en el nivel de desarrollo y la distribución de la riqueza, el alcance y la profundidad de los efectos de las guerras, las recesiones y los períodos de prosperidad registrados durante el siglo XX; y ii) que es importante identificar y tener en cuenta estas interacciones en los planes de desarrollo socioeconómico y comercial de la región.

Tal como se ha indicado anteriormente, el producto principal de este tipo de análisis sería la adecuación de los cálculos actuariales, aportes y beneficios de programas previsionales al potencial productivo (y contributivo) real de cada cohorte generacional o grupo identificado en estos estudios. Esta revisión sería un insumo esencial para introducir niveles adecuados de sustitución de ingresos para la población pasiva, solventados por aportes solidarios equilibrados, equitativos y realistas de trabajadores formales e informales, empleadores, la sociedad civil, la familia y los propios jubilados (Butler R y Engler T, comunicación personal). En este proceso también será fundamental tener presentes las percepciones de los afectados (Callahan, 1995) y, las posibilidades y los parámetros asociados al déficit de la mano de obra en los países ricos del hemisferio norte (CSIS, 2000; Ezrati, 1997; Beck, 1996) y aun en algunos países del Cono Sur. Estos —además de ofrecer nuevas perspectivas de empleo y jubilación tardía para las personas mayores— potencian los horizontes de inversión, crecimiento económico y generación de empleo para todas las edades en los países de América Latina y el Caribe.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

En esta dinámica interdependiente, la pobreza es un elemento que debe ser ponderado cuidadosamente. En grupos de personas mayores que viven en condiciones de pobreza, será importante mirar el impacto de los recursos transferidos por conducto de pensiones o subsidios al desarrollo comunitario y familiar (v.g., gastos del beneficiario en la educación o prestación de otros servicios para sus familiares). Asimismo, deberá examinarse la carga femenina cada vez más notoria a medida que la población adulta mayor envejece (efecto de género), agravada por la suma de diversas desventajas —algunas de orden biológico—, la discriminación y la viudez. El presente estudio aporta una visión parcial de estos temas —que se profundizará en páginas subsiguientes— en Argentina, Chile y Uruguay.

Al nivel individual, los deseos propios pueden expresarse en los llamados "proyectos de vida", que parten del reconocimiento de que a lo largo de la vida hay "un tiempo para crecer, un tiempo para trabajar y un tiempo para descansar" (Rowe y Kahn, 1998). La experiencia ha demostrado que la conformación de planes personales (Imhof et al., 1988) —con metas de largo plazo en las esferas profesional, sentimental, familiar, laboral, residencial y recreativa (Schäuble, 1999)— facilita la generación y el aprovechamiento de oportunidades para vivir mejor, desarrollar el potencial personal, y adoptar estilos de vida que optimicen la calidad de los años ganados. Este tipo de ejercicio ha demostrado tener un efecto especialmente estabilizador en la transición entre las distintas etapas de la vida ya señaladas, sobre todo en el momento de retirarse de la vida laboral. Además, ofrece la oportunidad de aliviar temores comunes asociados al envejecimiento —temor a la muerte; al deterioro funcional y estético; a la pérdida de la memoria, al estatus social y ocupacional (Rosenthal, 2000)— y de facilitar el reconocimiento de los aportes de la población adulta mayor a la economía y la sociedad.

Dinámica familiar

Los cambios en la estructura y dinámica de la familia que se observan entre distintas generaciones han sido tanto causa como efecto del proceso de envejecimiento demográfico en distintas partes del mundo. Si bien la caída de la fecundidad ha determinado el envejecimiento demográfico, junto con reducciones paralelas de la mortalidad infantil, materna y adulta total, dicha caída también responde a nuevas concepciones, percepciones y oportunidades de apoyo, a una nueva distribución de responsabilidades y relaciones intrafamiliares, así como a una mayor incidencia del divorcio. Refleja también la mayor frecuencia de los embarazos en la adolescencia (Rosenthal, 2000), que han dado lugar a cohortes de padres e hijos con pocas dife-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

rencias de edad entre sí. Estos cambios se han dado en el contexto de familias extendidas, condensadas, truncadas, reconstituidas y dispersas (Rosenthal, 2000) y de un número creciente de familias con hijos adultos que se quedan más tiempo en el hogar paterno o que regresan a él (Mitchell, 2000). A este panorama se suma la mayor interdependencia entre una generación y otra asociada al número creciente de familias que abarcan de tres a cuatro generaciones (superposición de generaciones que en Canadá, por ejemplo, pasó del 33% de las personas que nacieron en 1910 al 60% de las que nacieron en 1960) (Rosenthal, 2000), al cual le ha hecho contrapeso el aumento (en el hemisferio norte, hasta ahora) de la proporción de personas mayores sin hijos (Jonson y Trol, 1996).

Así, surge la necesidad de revisar progresivamente las responsabilidades que implican los intercambios o transferencias propios de la dinámica e interacción familiares (Callahan, 1995): ¿Cuál es el fundamento y alcance ético de las responsabilidades de los hijos con sus padres? ¿Y de los padres con sus hijos? ¿Cuáles son los intercambios reales y sus factores condicionantes? ¿Qué papel desempeña la inseguridad laboral y económica? Callahan y (1995) y Camarano (1999) postulan que los sacrificios de los padres por sus hijos (y viceversa) dan lugar a una trama íntima de obligación moral recíproca, un "contrato" entre padres e hijos. Los límites de este deber, no obstante, son difíciles de definir y su normatización sigue siendo objeto de un debate emotivo en algunas sociedades. La aproximación más palpable hasta ahora viene siendo el contrato social que fundamenta, por un lado, los regímenes de reparto de la seguridad social, mediante los cuales los jóvenes pagan impuestos o contribuciones que se transfieren a adultos mayores en forma de pensiones, y, por otro, la legislación sobre la patria potestad y herencia. Un ejemplo interesante es el de los japoneses, quienes aplican un concepto de "sociedad benefactora" —en contraposición al del Estado benefactor— mediante el cual la ayuda de la familia y sus lazos afectivos constituyen la base de la seguridad social (Sumitaka, 1996). En ese contexto, los servicios apenas se limitan a suplir limitaciones de la capacidad familiar para asumir ese papel en determinados momentos y circunstancias. En varios países europeos también se observa una participación creciente de la familia en el cuidado de las personas mayores (Sundstöm, 1994).

En el contexto familiar e individual, la situación de la mujer de edad es especialmente crítica. Su mayor supervivencia, su perfil diferenciado de funciones y responsabilidades dentro y fuera del hogar, su participación reducida e interrumpida en el mercado laboral, la discriminación contra ella y su frecuente abandono, entre otros factores, la colocan en una situación sumamente vulnerable en relación con el hombre. Estos factores dificultan la contribución eficaz de la mujer mayor al ámbito fami-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

liar, particularmente cuando no cuenta con la ayuda y el apoyo de su compañero o cuando se queda sola por viudez o separación.

Sexualidad

Un aspecto poco tratado de la vida familiar es la sexualidad de las personas de edad. Tanto las mujeres como los hombres mayores son víctimas de estereotipos muy antiguos, anteriores al imperio griego (Iacub, 2001), que tienden a privarlos del derecho a expresar su sexualidad: "viejas locas", "viejos verdes". Estos mitos resultan infundados en la mayoría de los casos, habiéndose demostrado que la edad no predice el grado de deseo ni de actividad sexual (Meske, 1983) y que persiste en la vejez una estética erótica, pese a su constante negación en nuestra cultura (Iacub, 2001). La persistencia del deseo sexual en muchas mujeres después de los 70 años (Meske, 1983; Jonson, 1986) ha dado lugar a una nueva cultura de la menopausia (Walden, 1995), facilitada por avances en los tratamientos de sustitución hormonal. De hecho, un estudio en los Estados Unidos (Crain-Bakos, 1999) reveló una mayor frecuencia de orgasmos en un grupo de mujeres de 60 a 91 años de edad, 72% de las cuales decían llegar al orgasmo siempre o casi siempre en sus relaciones sexuales, en comparación con 50 a 60% de las mujeres más jóvenes. A pesar de todo esto, las mujeres de edad se sienten frustradas en su sexualidad debido a la tendencia de los hombres solos de su misma edad a buscar compañeras más jóvenes, lo cual significa para muchas el final de su vida sexual cuando enviudan. Al mismo tiempo, aun cuando la conducta masculina en este campo se conoce mejor, también hay estereotipos de impotencia que tienden a negarles a los hombres la expresión de su sexualidad. La verdad es que no hay límites de edad para el interés y la actividad sexuales, incluso en presencia de enfermedades graves (Stein, 2001).

Walter Bortz, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford, afirma que si las personas conservan el interés sexual, se mantienen saludables, evitan tomar medicamentos y cuentan con un buen compañero, se pueden mantener sexualmente activas hasta el final de la vida (Stein, 2001). De hecho, un estudio de la American Association of Retired Persons (AARP) reveló que en los Estados Unidos tres de cada cuatro personas mayores que viven en pareja tienen relaciones sexuales por lo menos una vez al mes. Reveló, además, que un 62% de las personas entre los 45 y 59 años de edad que tienen pareja, así como un 30% de los hombres y un 24% de las mujeres entre los 60 y 74 años de edad, tienen actividad sexual una o más veces por semana. Lo mismo se aplica a una de cada cuatro personas de los 75 años en adelante. Apenas un 25% de los hombres entrevistados se consideraban impotentes, pese a que en este

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

grupo sigue siendo muy reducido el impacto de los tratamientos disponibles para mejorar el rendimiento sexual de las parejas mayores (Viagra, testosterona, succión y preparados hormonales para las mujeres). Mediante la encuesta también se encontró que, con el pasar del tiempo, las parejas ven más atractivos a sus compañeros, despejando así el mito de que la atracción se reduce con la edad. Este hallazgo es corroborado por otra encuesta de la AARP, según la cual casi todas las personas encuestadas afirmaban estar satisfechas con su aspecto físico. No obstante, más de la mitad de los entrevistados indicaron su disposición a recurrir a la cirugía plástica si tuvieran los recursos, y se ha registrado un aumento notable de la demanda de cosméticos y cirugía plástica en la población de edad. El estudio citado resaltó igualmente la importancia que tienen la amistad y la armonía para las parejas mayores. A la luz de estos hallazgos, Bortz concluye que "las personas casadas y las sexualmente activas viven más" (Stein, 2001). En América Latina, este tema se ha estudiado poco, pese a su importancia, y amerita la atención de los gerontólogos.

Dinámica social

La participación social, a menudo omitida del análisis del envejecimiento, es un modulador central de la calidad de vida de las personas mayores. Es la fuerza que determina, reconoce y expresa el derecho de todo adulto mayor a decidir cómo aprovechar su dividendo personal de longevidad (Deets, 2000). Varios estudios han demostrado la correlación negativa entre la participación social y la morbilidad y mortalidad prevenibles. Un estudio realizado en Chile, República Dominicana, Sri Lanka y Tailandia (Charla y Kaiser, 1995) mostró que los adultos mayores de los hogares encuestados mantenían una notable participación en las decisiones familiares importantes (33 a 57%) y en materia de alimentación (34 a 50%). Fuera del hogar, se hallaron niveles importantes de participación en organizaciones comunitarias (10 a 62%), particularmente de carácter religioso. No obstante, resultó sorprendente ver en ese estudio, primero, que las personas mayores encuestadas eran consultadas relativamente poco (4 a 21%) en conexión con problemas comunitarios y, segundo, que su participación en el trabajo voluntario también era infrecuente (2,5 a 13%). En otros contextos —los pensionados en Argentina y los Estados Unidos—, las decisiones concernientes a la seguridad económica de los adultos mayores han provocado o facilitado su organización social. En el ámbito local, son innumerables los ejemplos de grupos organizados de personas de edad en vecindarios y comunidades —centros diurnos, clubes sociales, grupos de baile, etc.—que buscan satisfacer determinadas necesidades o aspiraciones con efectos positivos demostrables sobre la calidad de vida

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

de los participantes, y a menudo también sobre las generaciones más jóvenes. Son bien conocidos los planteamientos frecuentes, casi estereotípicos, de la importancia de las personas de edad como depositarias de la experiencia o memoria viviente de las sociedades y en la orientación de las generaciones más jóvenes, aun cuando Callahan (1995) pone en tela de juicio la indispensabilidad de los adultos mayores en comparación con los jóvenes. Aunque este papel social como asesores de la juventud no deja de ser importante, las personas mayores podrían tener una participación en la sociedad muy superior a esa expectativa limitada, principalmente en función de sus autonomía y preferencias propias.

La integración de estructuras sociales para todas las edades implica el acceso libre de personas de cualquier edad a las actividades que se desarrollan en las esferas educativa, laboral y recreativa (White Riley y Riley, 1998). Esto contrasta con la situación actual, en que la educación se encuentra restringida a niños y jóvenes, el empleo tiende a excluir a las personas mayores y hay barreras que limitan el acceso de algunas personas mayores a actividades recreativas.

Dinámica educativa y del aprendizaje

En el campo educativo, Wolfe (2000) señala cuatro áreas en las cuales resulta indispensable que las personas mayores tengan acceso a un aprendizaje continuado para satisfacer sus necesidades económicas y sociales: i) el cuidado de la propia salud; ii) el fortalecimiento de los mecanismos de apoyo y solidaridad familiar y comunitaria; iii) la retención del empleo productivo; y iv) el desarrollo de actividades para el enriquecimiento personal. En este sentido ha desempeñado un papel importante —aunque limitado fundamentalmente a la clase media— el movimiento de las "universidades de la tercera edad", originado en Francia, que tiende a concentrarse en los conocimientos requeridos por las personas de edad. El movimiento supera el modelo educativo, ya obsoleto, organizado en centros dotados de docentes voluntarios (Laslett, 1996) que comparten sus conocimientos y pericias, sin restricciones de acceso. En algunas esferas la práctica ha mostrado, tal como ilustra una encuesta efectuada por la AARP en los Estados Unidos, que las experiencias didácticas más apreciadas que se orientan a las personas mayores se relacionan con temas que tienen para ellas un significado personal y que proporcionan, a un costo asequible, procesos de aprendizaje directos, prácticos e inmediatos bajo el control del beneficiario. Si bien los materiales impresos son los más utilizados, el aprendizaje de las personas maduras es óptimo cuando abarca experiencias sensoriales que aprovechan todos los sentidos (visual, auditivo, táctil, olfatorio, gustativo) y que permiten la reflexión posterior (AARP Research Center).

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Dinámica laboral y de la jubilación

El planteamiento del envejecimiento activo como meta implica prestar cuidadosa atención a las oportunidades de empleo y de entrada y salida de la fuerza laboral, y a las condiciones físicas, sicológicas, sociales y económicas en las que se trabaja. Por un lado, la actividad corporal y mental que estimula las capacidades física e intelectual del trabajador de edad, sin excederlas, contribuye positivamente a su salud y bienestar. Demandas por encima de esos umbrales pueden generar tensiones, con efectos nocivos para la salud física y mental. Igualmente, la poca motivación, remuneración y seguridad laboral pueden tener enormes consecuencias negativas.

Por otro lado, aunque la jubilación puede considerarse un período de transición (Cassidy, 1982), hoy en día una gran parte de las personas mayores en el mundo necesitan continuar trabajando, en muchos casos hasta que ya no puedan más. Lo más alarmante es que este trabajo se lleva a cabo en condiciones precarias que ponen en peligro la salud, seguridad e integridad personal de los trabajadores de mayor edad. Es precisamente en los países con más personas jóvenes y pobres donde es mayor la actividad económica de los hombres de 60 y más años (23%-91%). Cabe resaltar que lo mismo aplica a las mujeres mayores de estos países, pero su participación es menor que la de los hombres (apenas de 6 a 39%), principalmente porque los medios de captación de datos (las encuestas) no reconocen la productividad de la mujer que se dedica a tareas domésticas. En algunos de los países del continente americano cuyas poblaciones son las más maduras demográficamente (Argentina, Barbados, Canadá, Estados Unidos y Uruguay), el crecimiento del sector informal y de la dependencia acentúan el desafío que ya han comenzado a enfrentar, con implicaciones biológicas, sociales, laborales y fiscales importantes. Por otro lado, en el caso del Japón, se puede apreciar el efecto de políticas que facilitan el empleo formal continuado del adulto mayor (43,8% de las personas de los 60 de edad en adelante están empleadas, a diferencia de 6,8% en Alemania y 23,5% en Estados Unidos) (Management and Coordination Agency, 1994).

Desde el punto de vista histórico, la jubilación surge como respuesta al desempleo y la disminución de los ingresos asociada con la edad (Bury y Macnicol, 1990). Su proyección social adquiere importancia en función del dividendo de longevidad alcanzado en el siglo XX y del incremento del tiempo promedio que vive un jubilado (OCED). En este contexto, cabe considerar algunas perspectivas distintas que intentan explicar la evolución de la jubilación como institución social reciente: i) la funcional, según la cual se jubilan las personas mayores cuando ya no pueden competir en el mercado laboral; ii) la liberal, que considera la jubilación y las pensiones como formas

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

de distribuir la prosperidad en una sociedad ilustrada; y iii) la radical, que considera la jubilación y las pensiones como creaciones sociales diseñadas para contrarrestar los efectos de otros procesos que también se consideran creaciones sociales, es decir, la pobreza y la dependencia (Harper, 1990). Un problema crítico es la falta de protección de la mujer mayor, cuyos ingresos después de la vida activa —cuando existan— son casi siempre inferiores a los de los hombres (BID, 2000).

La Comisión de las Comunidades Europeas (1999) ha propuesto un marco de políticas y prácticas de empleo y jubilación que responden tanto al envejecimiento como al desempleo cada vez más grave en ese continente, y cuyos pilares —centrados en la adaptación de la organización del trabajo y la gestión de las empresas— son: a) la corrección de la *desprotección social de la mujer mayor* como sobreviviente mayoritaria, mediante la ampliación de su papel laboral y económico y la introducción de medidas que faciliten la conciliación de su vida laboral y familiar, particularmente sus responsabilidades por el cuidado de otras personas mayores en el hogar); b) la *conservación de las capacidades de la población activa* a lo largo de la vida, mediante actividades de aprendizaje permanente y otras medidas que garanticen su capacitación, motivación y movilidad; c) la *reducción de la demanda de jubilación anticipada* y la elevación de la edad de la jubilación, aunadas a; d) la *incorporación de modalidades flexibles de empleo* y contratación a partir de ciertas edades, como el retiro gradual con horarios flexibles, a tiempo parcial, con contratos temporales o subcontratación o la creación de pequeñas y medianas empresas (PYME); e) la eliminación de la discriminación laboral por edad; f) la *modernización* y el *incremento* de la *protección social*, aumentando la transferencia respectiva de recursos; g) el trabajo conjunto con empresarios y sindicatos para impulsar estas nuevas prácticas; h) el incremento del voluntariado; e i) el *acceso seguro a servicios adecuados y coordinados* de salud, preventivos, asistenciales y de rehabilitación, apoyados por seguros de dependencia. Se estima que con la edad de la jubilación fijada en los 64 ó 65 años, al conservar la actual participación laboral de la mujer se podría neutralizar el aumento de la tasa de dependencia de personas de edad en Europa.

En la esfera de las pensiones, la propuesta de la Comisión contempla la garantía de ingresos mínimos adecuados mediante una base amplia y equitativa procedente de los regímenes públicos de pensiones con solidaridad vertical y horizontal, una combinación de pilares de pensión de apoyo mutuo basada en el convenio colectivo y el contrato privado que distribuye responsabilidades entre el gobierno, los interlocutores sociales y los individuos, y el refuerzo del contrato implícito entre las distintas generaciones.

En el contexto latinoamericano, la carga de la dependencia efectiva tiende a corresponder a los grupos en "edad productiva" y no a las personas mayores, en fun-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

ción de los elevados niveles de subempleo y desocupación entre los primeros. Esto no es más que un reflejo de la falta de inversión productiva que limita las oportunidades de empleo y pone a competir a las personas mayores con las más jóvenes. Esta competencia entre generaciones se ve agudizada por el hecho de que aún no se ha dado en América Latina y el Caribe la entrada tardía de los jóvenes a la fuerza laboral que ya se observa en los países del hemisferio norte en función de periodos formativos más largos. Así también cobra vigencia la paradoja que describe Schulz refiriéndose a Canadá y Estados Unidos: "todos están a favor de retener a las personas mayores en la fuerza laboral, excepto los sindicatos, el gobierno, el sector privado y las personas mayores" (McDaniel, 1988).

Para el ciudadano individual, la situación actual de las pensiones y los regímenes de jubilación crea una gran incertidumbre, aun en el contexto de los planes de capitalización promovidos por los procesos de reforma de la seguridad social. La continuada pobreza de grandes segmentos de la población que están al margen de la seguridad social hace poco factible que el ahorro y la capitalización individuales sean suficientes (James, 1999) para satisfacer las necesidades básicas de las personas mayores pobres, quienes, al no poder permanecer más tiempo en la fuerza laboral formal y no reunir las condiciones para ser activas en el sector informal, no tienen más recurso que continuar dependiendo de la escasa asistencia pública.

Tampoco queda claro en qué medida las reformas previsionales implantadas durante la última década contribuirán a aliviar esta situación en el mediano y largo plazo. Un estudio reciente del BID (Lora y Pagés, 2000) confirma que los objetivos fundamentales de las reformas implantadas hasta ahora en siete países de la región se han centrado fundamentalmente en la solvencia de los fondos de jubilación y en la generación de fondos de ahorro que fortalezcan los sistemas financieros de esos países. También postulan sus autores que, pese a avances en el ordenamiento de los procesos vinculados y en la definición de las edades de la jubilación, estas reformas aún no han conseguido corregir las deficiencias de los sistemas de reparto. Identifican como principales desafíos pendientes de dichas reformas: i) resolver los desequilibrios financieros de mediano plazo de los planes contributivos; ii) superar la restricción financiera de los planes de reparto en perjuicio de afiliados de los sistemas híbridos y de los grupos de transición entre sistemas; iii) garantizar retornos razonables; iv) reducir los elevados costos administrativos; v) reducir los incentivos a la evasión haciendo más halagadores los beneficios de la afiliación y aumentando su alcance y calidad a niveles que sean percibidos como mayores que los costos personales involucrados; y vi) ajustar el cálculo de las pensiones mínimas. Asimismo, los datos presentados tampoco permiten llegar a la conclusión de que los aumentos registrados de la

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

cobertura hayan mejorado la equidad, dado el carácter individualizado de los fondos de capitalización. Se sostiene que han reducido algunos rasgos regresivos de los sistemas de reparto (cuyo carácter progresivo en condiciones ideales se reconoce), sustituyéndolos por sistemas "neutros" (de capitalización individual), es decir, que no necesariamente son más equitativos. Además, en algunos casos se eliminó o se redujo el aporte del patrón, con lo que aumentó la carga del sistema para el trabajador.

Dinámica tecnológica

No cabe ninguna duda de que la contribución de la tecnología médica a la longevidad y a la calidad de vida ha sido apreciable. No obstante, vale la pena subrayar que el desarrollo tecnológico sólo aspira a posponer la muerte, mejorar la calidad de los momentos de vida ganados y aliviar el impacto del proceso de morir. En el futuro previsible, el desarrollo tecnológico no lleva implícita ninguna pretensión de inmortalidad. No obstante, experimentos en animales de laboratorio y en células cancerosas indican que se puede retrasar la muerte celular con una enzima (telomerasa) capaz de restaurar las puntas de los cromosomas que se van perdiendo poco a poco durante la vida normal de una célula (Hayflick, 1998). Si bien la muerte celular se debe por lo menos en parte a la represión temprana de la telomerasa, estos experimentos hacen pensar que su reactivación podría producir la "inmortalización celular" (Harley, 1997). Así, cabe pensar que en un futuro no muy lejano un preparado de esta enzima podría permitirnos alcanzar (¿o exceder?) nuestros límites fisiológicos, y —una vez que esté a disposición de todo el mundo— prolongar rápidamente la esperanza de vida del ser humano a 90 ó 100 años o más.

***George Burns fumaba, tomaba y salía hasta tarde. Cuando alguien en una ocasión le preguntó qué opinaban sus médicos de todo ello, respondió "Nada. Todos están muertos"* (Novak, 1997).**

Resulta importante, en este empeño, reconocer algunas pautas éticas que abogan por la racionalidad técnica y socioeconómica en el desarrollo, aplicación y accesibilidad de tecnologías para prolongar la vida. Callahan (1995) y otros autores postulan que la primera prioridad de la medicina es mejorar la capacidad para vivir, así como la duración y calidad de la vida, y no meramente combatir la muerte prematura y cada enfermedad de forma aislada. Se considera fundamental establecer una distinción entre las necesidades y posibilidades médicas por un lado, y los deseos personales por el otro, especialmente frente al deterioro funcional que acompaña en algunas personas la entrada a edades muy avanzadas. Entre las tecnologías preventivas y curativas

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

de este tipo cabe señalar como ejemplos: a) la prevención de las complicaciones de la diabetes y los puentes (*bypass*) coronarios, que prolongan la vida; b) las sillas de ruedas y las prótesis de cadera, que mejoran la calidad de la vida; y c) el uso de respiradores y otros medios artificiales, que prolongan la vida de personas en coma que tienen posibilidades de recuperar su funcionalidad, independientemente de su edad (Nilstun y Obisson, 1995). No obstante, el acceso de las poblaciones mayores de pocos recursos a servicios básicos sociales y sanitarios resulta ser un requisito de mucha mayor importancia para satisfacer necesidades aún más elementales. De ahí que el uso más eficiente de los servicios se logre aplicando rigurosamente criterios de riesgo y de atención progresiva a las distintas modalidades, entre ellas el servicio a domicilio, centros diurnos, hospitales de día y salas geriátricas para la atención de problemas agudos en hospitales generales (Silva, 1998). Los principios de igualdad y solidaridad no permiten que se restrinja el acceso a los servicios de salud por razones de género, nacionalidad, capacidad de pago o cultura, ni en casos en que conductas personales, como el tabaquismo, han sido la causa de la enfermedad. Tampoco permiten negar o racionar los servicios solamente en virtud de la edad cronológica del beneficiario potencial (Nilstun y Obisson, 1995).

El conflicto ético radica en la manera de interpretar los principios de libertad y eficiencia. Estos, aplicados a los procedimientos más que a sus resultados, establecen que la falta de recursos para pagar es lamentable pero no pugna con el racionamiento, y que los resultados se deben obtener con la aplicación de un mínimo de recursos. Como solución a este dilema, Nilstun y Obisson (1995) postulan que solamente en situaciones de escasez intrínseca, como en el caso de los órganos para trasplante, o de una escasez extrínseca provisional, como cuando la oferta de alguna tecnología se ve limitada por la falta de recursos —esto sucedió con la diálisis renal en la década de los sesenta del siglo pasado—, se puede justificar el uso de la edad como criterio de racionamiento. Si se toma la edad funcional como uno de los fundamentos del enfoque aquí descrito, esta última propuesta sería aceptable únicamente si se basase en la edad funcional de cada beneficiario potencial.

Si algo deja en claro todo esto, es: i) la importancia de continuar y ampliar los esfuerzos que se vienen haciendo en la investigación aplicada y desarrollo de tecnologías que contribuyan de manera efectiva a mejorar la calidad de los años de vida ganados; y ii) la necesidad de crear mecanismos prácticos que garanticen el acceso de las poblaciones más carentes a las tecnologías útiles y costo-efectivas con las que contamos hoy y a las tecnologías nuevas que se vayan desarrollando. Las nuevas técnicas de manipulación genética y molecular y de telecomunicaciones permiten que todos los países participen de alguna manera en el desarrollo de técnicas y aplicaciones genéti-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

cas, moleculares, naturales, sicológicas y de otro tipo que podrán facilitar la reposición de células y órganos lesionados, así como la prevención y el tratamiento costo-efectivo y humanizado del cáncer, la demencia y la depresión, entre otras afecciones. Con tal fin hará falta, a la vez, acudir a una nueva ética comercial, compatible con los principios de equidad y solidaridad.

Longevidad, cultura y economía de la muerte

Resulta difícil hablar de la longevidad sin tener en cuenta el punto final de la vida. Y queda cada vez más claro que la conciencia de nuestra mortalidad y la perspectiva de una "buena muerte" también son ingredientes del envejecimiento sano. La aceptación de la muerte constituye un desafío, aun para muchas personas de edad muy avanzada que saben que se les acerca. Desde el punto de vista histórico y cultural, se afirma que tiene que ver, al menos en parte, con la noción de que la muerte es un castigo por el pecado de Adán (Shapin, 2000). Para enfrentarse a la muerte con una actitud más realista es necesario, entre otras cosas, superar el individualismo liberal y encontrarles un sentido o propósito más colectivo a la vida y el bienestar (Callahan, 1995). Tampoco se discute mucho otra faceta importante: el costo asociado con la muerte, que viene a competir con los recursos para otros usos, entre ellos los insumos que podrían destinarse al envejecimiento activo y saludable.

"La muerte es como el azúcar – endulza la vida y la hace preciosa."

Anónimo

Cultura de la muerte

En un contexto en el cual el temor a la muerte dificulta el diálogo sobre este fenómeno inevitable, resulta difícil plantear alternativas viables para un final digno a un envejecimiento igualmente digno, como el que pretendemos alcanzar. Esta negación de que la muerte es inevitable también impide sostener discusiones francas y esenciales para formular políticas que puedan facilitar el "morir bien" mediante una atención terminal adecuada. En los Estados Unidos, uno de los países que más ha cosechado el "dividendo de la longevidad", se observa una negación creciente que coincide con el envejecimiento de la generación de la posguerra y que se refleja en la tendencia actual de sustituir los entie-

"No tengo miedo de morir; es sólo que no quiero estar allí cuando suceda."

Woody Allen

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

rros por los ritos conmemorativos (Matousek, 2000). Esta actitud contrasta con la de los españoles, explorada en una encuesta reciente, según la cual 77% de las personas de los 65 años en adelante respondieron que le temían poco o nada a la muerte (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2001).

El concepto de una vejez autónoma y digna también contempla el *derecho* de cada individuo con pleno uso de sus facultades *a ser proactivo en su muerte*, es decir, a definir dónde y cómo desea morir. El consenso es que morir bien en este sentido implica no tener dolor u otros síntomas desagradables, conservar la lucidez, estar en presencia de seres queridos, disponer de los bienes personales en situación de armonía, aplicar los límites deseados predefinidos al uso de medios artificiales para prolongar la vida, y prepararse espiritualmente de la manera preferida (Matousek, 2000; Gross, 2000). Los temores más comunes, una vez que se abandona la fantasía de la inmortalidad, son, entre otros, el miedo al dolor; a separarse de los seres queridos, del hogar y del trabajo; a ser una carga; a perder el control de la vida; a ser dependiente; y a dejar asuntos sin resolver. De ahí que el respeto de la autonomía de cada persona en esa situación y de su dignidad como ser humano exige que la sociedad atienda a estos temores al final de la vida, asegurándose de que cada persona se sienta acompañada y de que tenga la oportunidad de reconciliarse y despedirse conforme a sus deseos, entre otras cosas. Los elementos centrales de una buena muerte —dignidad, decisión, dolor, deseos, perdón— han sido reunidos por Gross (2000) en cinco "deseos" que cada uno debería tener la oportunidad de expresar con anticipación: ¿Quién quiero que tome las decisiones? ¿Qué tratamiento quiero? ¿Qué me haría sentirme más cómodo? ¿Cómo quiero que me traten? ¿Qué quiero que los míos sepan de mí y mis sentimientos?

Paradójicamente, en algunas jurisdicciones, particularmente en los Estados Unidos, la legislación limita los analgésicos a dosis inferiores a las que habitualmente se requieren para aliviar el dolor, obligando a muchas personas a morir de una manera innecesariamente dolorosa. Por otro lado, se conoce bien la controversia, que perdura aún sobre el "suicidio" con asistencia médica, promovido por el Dr. Kavorkian de los Estados Unidos. Hasta ahora, en ese país solamente el estado de Oregón ha aprobado leyes al respecto. Holanda en 2000 legalizó la eutanasia y el "suicidio" con asistencia médica (Ministry of Foreign Affairs, 2001), estableciendo criterios propuestos por la Asociación Médica Holandesa para su libre aplicación, y que le dan al médico en la práctica un poder de discreción casi absoluto, aun cuando en teoría media una solicitud voluntaria y bien ponderada del paciente. En otras localidades, como España, donde un 15% de los médicos en una encuesta reciente reconocen haber practicado alguna vez la eutanasia (Bedoya, 2001), no es infrecuente esta práctica, tanto voluntaria como "involuntaria", a pesar de que ambas constituyen actos criminales, y

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

se observa una presión cada vez mayor del gremio médico a favor de que se legalice. Se contrapone a esta legislación y prácticas la ética médica y el juramento hipocrático, que claramente establecen la responsabilidad del médico de proteger y conservar la vida de sus pacientes por encima de cualquier otra consideración práctica o legal, incluso el deseo explícito del enfermo.

Un experimento reciente en una ciudad pequeña del estado de Montana, Estados Unidos —el llamado Proyecto Demostrativo de Missoula—, que busca integrar el proceso de morir a la vida comunitaria, ha despertado el interés de otras comunidades (Atcheson, 2000). En este singular proyecto, iniciado por un médico local, se consultó al pueblo entero sobre cómo quería morir, con miras a ayudarlo a satisfacer sus deseos (la encuesta inicial mostró que 50% de la población sentía no tener la posibilidad de lograr el tipo de muerte deseado). Entre los logros de este proyecto figuran los siguientes: la incorporación sistemática del dolor como quinto signo vital que requiere evaluación continua en los hospitales; la producción de historias vitales por "guardianes" de las historias; la incorporación de la tanatología —temas vinculados con el proceso de morir— en los cursos de estudios sociales de las escuelas secundarias, la presentación de exhibiciones de arte alusivas a la muerte y la formación de círculos de atención en torno a las personas moribundas.

Economía de la muerte

El análisis económico de la muerte abarcaría tanto el impacto financiero de los gastos directos en médicos y en bienes y servicios funerarios, como el de los indirectos, es decir, la reducción de pensiones a las personas sobrevivientes, la pérdida de ingresos y las contribuciones monetarias y en especie que hacía la persona fallecida a su familia.

Las enfermedades terminales, sean de corta o larga duración, pueden fácilmente agotar las reservas familiares, aun cuando los servicios sean prestados en establecimientos públicos, dado que muchas de las deficiencias de la red pública son diariamente subsanadas por los familiares de los pacientes. En los Estados Unidos, el costo de la atención comunitaria de una persona de edad con discapacidad se ha estimado en unos US$9.600 anuales, cifra que contrasta con los US$30.000 que requeriría la atención institucional de la misma persona (Leveille, 1999).

Los gastos funerarios, aunque sean modestos, pueden ser del orden de varios cientos o miles de dólares estadounidenses. Algunos de los regímenes de seguridad social cuentan entre sus prestaciones los subsidios por entierro, pero estas suman suelen ser poco más que simbólicas, además de regresivas debido a su carácter universal no focalizado. A manera de ejemplo, en los Estados Unidos se gasta un promedio de

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

US$5.000 por persona fallecida, cifra que supera el monto promedio pagado anualmente en concepto de subsidios de desempleo (*welfare*) (Banks, 1998). Actualmente en este campo comienzan a aparecer nuevas ofertas comerciales, entre ellas "biografías vivientes" y videos de la persona fallecida preparados en vida, que se están instalando en algunos cementerios estadounidenses.

Los costos indirectos más importantes son las pérdidas de ingresos asociados a las pensiones de supervivencia o viudez. Se observan en los programas de seguridad social de la región, con pocas excepciones, reducciones desproporcionadas y cuantiosas de las pensiones que reciben los cónyuges y otros sobrevivientes dependientes (OISS, 2001). La praxis actuarial de hacer descuentos por la muerte del derechohabiente titular y la exigüidad de las pensiones vigentes hacen que las mal llamadas "pensiones o subsidios de supervivencia" a menudo no lleguen a ser ni eso. Más bien, tienden a condenar de por vida a la pobreza extrema a quienes tienen la "suerte" de continuar con vida.

Síntesis: longevidad, seguridad y calidad de vida

En el contexto de las realidades demostradas y descritas en el primer capítulo, este segundo capítulo aspira a fundamentar un nuevo paradigma, el del envejecimiento activo, a fin de superar la exclusión social y la pobreza que hoy afectan a un núcleo importante de los adultos mayores, y de justificar la inversión en su bienestar. El resultado sería un adulto de edad avanzada más saludable y activo, próspero, sabio y experimentado, capaz de disfrutar del ocio ganado (TNO, Centre for Ageing Research, 2000). Así, delimita un marco conceptual no sólo para analizar la experiencia estudiada en Argentina, Chile y Uruguay, sino también para generar en toda la región una nueva cultura del envejecimiento que valore la dignidad, actividad, productividad, integración social y salud como atributos y metas universales de las personas de edad. Sus pilares vienen dados por: a) el significado de la vejez, su definición en términos de capacidad funcional y los argumentos que defienden el valor del envejecimiento y de prolongar la vida; b) la interacción entre la evolución demográfica y socioeconómica; c) los secretos del envejecimiento exitoso y su traducción a estilos de vida y acciones intersectoriales articuladas; d) las perspectivas de solidaridad y seguridad económica de las personas mayores, particularmente de las más necesitadas; e) el aprendizaje permanente y la integración social del adulto mayor; f) la adaptación de la dinámica familiar a la convivencia cada vez mayor de varias generaciones, con atención especial a la vulnerabilidad crítica de la mujer de edad; g) la inserción laboral y productividad del

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

trabajador mayor y la adaptación de políticas y prácticas de jubilación a la nueva realidad demográfica; h) las consecuencias del desarrollo de nuevas tecnologías para prolongar la vida y mejorar su calidad, y las implicaciones del acceso universal a ellas; e i) las exigencias de una muerte digna.

No cabe duda de que todo esto sería una mera fantasía si fuese inasequible, si no contáramos con los recursos para responder a interrogantes claves: ¿Cuánto cuesta que las personas mayores sean más activas y productivas? ¿Cuánto cuesta lograr su inclusión social e ingresos dignos, suficientes para sufragar por lo menos sus necesidades básicas? ¿Cuánto cuesta su participación ciudadana autónoma? ¿Cuánto cuesta conservar su salud? La información y los argumentos presentados hasta ahora nos dan elementos de juicio para suponer que estos costos podrían estar a nuestro alcance, siempre y cuando consigamos en la práctica favorecer lo preventivo más que lo asistencial, lo racional más que lo popular, la solidaridad más que el egoísmo, el respeto más que la soberbia.

Enmarcados así, y a la luz de los hallazgos empíricos en Argentina, Chile y Uruguay que se presentarán en capítulos subsiguientes, los conceptos aquí expresados deberán contribuir a que se realicen intervenciones en las áreas prioritarias recomendadas por el Parlamento Latinoamericano (Parlatino) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la *Declaración de Montevideo* (1997). Estas áreas son, entre otras, la seguridad social, la protección y promoción de la salud, el envejecimiento productivo y las relaciones intergeneracionales.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Administration on Aging, 1996, *Longitudinal Study on Aging*, Internet WWW.aoa.dhhs.gov/aoa/stats/agetrend/one3.htm.

Agar, L., Ferrer, M., 2000, "Demographie et contexte socio-economique en Amerique Latine et dans les Caraïbes", documento inédito.

Allard, M., et al., 1996, "In search of the secret of centenarians: a demographic and medical survey about centenarians in France", en G. Caselli G y A. D. López, eds., *Health and mortality among elderly populations*, Oxford, Reino Unido: Clarendon Press.

American Association of Retired Persona (AARP), "Public attitudes toward aging, beauty, and cosmetic surgery", www.research.aarp.org/consume/cosmetic_1.html.

American Association of Retired Personas Research Center (AARPRC), 2000, *AARP Survey on Lifelong Learning*, www.research.aarp.org/general/lifelong_1.html.

Anderson, P., 1989, *The Boat of a Million Years*, Newy York: Tom Doherty Associates, Inc.

Andrews, G., 2001, "Promoting health and function in an ageing population", *Br Med J* 322:728-729.

Atcheson, R., 2000, "The Missoula experiment", *Modern Maturity* 43(5):60-61, 88.

Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Investigación, 2000, "Vejez y soledad no son la misma cosa", *América Latina – Políticas Económicas* 12:5.

Banks, D.A., 1998, "The economics of death? A descriptive study of the impact of funeral and cremation costs on U.S. households", *Death Stud* 22(3):269-285.

Bassey, E.J., 1997, "Physical capabilities, exercise and aging", *Rev Clin Gerontol* 7(4):289.

BBC News, 1999, "World's Oldest Person Misses Millennium". Disponible: http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/americas/584685.htm, 31 de diciembre de 1999.

Beck, B., 1996, "The economics of aging", *The Economist* (Jan 27):3-16.

Bedoya, J., 2000, "La decisión de morir: el 15% de los médicos reconoce haber practicado la eutanasia activa", *El País* 2 de mayo.

Boldsen, J.L., Paine, R., 1995, "The evolution of human longevity from the mesolithic to the middle ages: an analysis based on skeletal data", en B. Jeune y J. Vaupel, eds., *Exceptional Longevity: From Prehistory to the Present*, Monographs on Population Aging 2, Odense: Odense University Press.

Brandstrader, J.R., 2000, "From baby boom to geezer glut", *Scientific Amer.* ww.sciam.com/2000/0600aging/0600brandstrader.html: 1-5.

Bury, M., Holme, A., 1990, "Longevity and the quality of life: a study of people aged 90 and over in England", en Bury, M. y Macnicol, J., eds. *Aspects of Aging*, Social Policy Papers Nº 5, Egham, Reino Unido: Royal Holloway y Bedford New College.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Butler, R.N., et al., 1998, "Physical fitness: benefits of exercise for the older patient. *Geriatrics* 53(10):46, 49-52, 61-62.

Callahan, D., 1995, *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, Washington, D.C.: Georgetown University Press.

Camarano, A.A., 1999, *Muito Além dos 60: Os novos idosos brasileiros,* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Cassidy, M.L., 1982, "The effects of retirement on emotional well-being: a comparison of men and women", tesis de doctorado, Pullman: Washington State University.

Center for Strategic and International Studies (CSIS), 2000, *Global Aging: The Challenge of the New Millenium*, Washington, D.C.: Watson Wyatt.

Chawla, S., Kaiser, M.A., 1995, "The aged and development: mutual beneficiaries", en D. Thursz, et al., *Empowering Older People: An International Approach*, Londres: International Federation on Aging.

Christensen, D., 2001, "Making sense of centenarians", *Science News* 159(60):156-167.

Comisión de las Comunidades Europeas, 1999, "Hacia una Europa para todas las edades: fomentar la prosperidad y solidaridad entre generaciones", Bruselas: COM 221.

Conboy, A., 1990, "Creativity, adaptation and aging: a study of visual artists aged 75 to 96 and the influence of the creative process on functioning more successfully in advanced age", tesis de doctorado: Fordham University, New York.

Cordain, L., et al., 1998, "Physical activity, energy expenditure and fitness: an evolutionary perspective", *Int J Sports Med* 19(5):328-335.

Cowley, G., 1997, "How to live to 100", *Newsweek* June 30.

Crain-Bakos, S., 1999, "From lib to libido: how women are reinventing sex for grown-ups", *Modern Maturity* sep-oct.

Deeg, D.J.H., 1999, Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), Amsterdam: National Institute of Gerontology, www.nig.nl/onderzoek/instituten&programma´s/lasa_en.html.

Deets, H., 2000, presentación ante la Consulta Interregional sobre Envejecimiento de la Población, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., junio de 2000.

Deiana, L., et al., 1999, "AKEntAnnos. The Sardinia study of extreme longevity", *Aging* (Milán) Jun 11(3):142-149.

Doblhammer G, Kytir J, 2001, "Compression or expansion of morbitity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998", *Soc Sci Med* 52(2001):385-391.

Eaton, S.B., et al., 1995, "Cross-sectional relationship between diet and physical activity in two southeastern New England communities", *Am J Prev Med* 11(4):238-44.

Eaton, S.B., Eaton, S.B. III, 2000, "Paleolithic vs. modern diets – selected patophysiological implications", *Eur J Nutr* 39(2):67-70.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Escobar, M.L., Panopoulou, P., Musgrove, P., Griffin, C., Kaminskis, M., 2000, "Chile: Health insurance issues — old age and catastrophic health costs", Washington, D.C.: Banco Mundial, Informe Nº 19940.

Ezrati, M., 1997, "Japan's aging economics", *Foreign Affairs* 76:96-104.

Foot, D., 1999, *Boom, Bust and Echo 2000*, Toronto: Macfarlane, Walter, and Ross.

Fries, J.F., 1980, "Aging, natural death and the compression of morbidity", *N Engl J Med* 303:130-135.

Fries, J.F., Koop, C.E., et al, 1998, "Beyond health promotion: reducing need and demand for medical care", *Health Affairs* 17(2):70-84.

Fries, J.F., 1999, "Exercise, health risks and the health of seniors", Testimonio ante el Comité Especial del Envejecimiento del Senado Estadounidense, septiembre de 1999.

"Génesis", capítulo 5:1-30, en *Biblia Latinoamericana,* Ediciones Paulinas, Madrid 1992.

"Génesis", capítulo 35:28, en *Biblia Latinoamericana,* Ediciones Paulinas, Madrid 1992.

Graves, R.J., 1863, "Laws of Periodicity" en W. Stokes, ed., *Studies in Physiology and Medicine,* Londres: Churchill. Pp. 119-132.

Gross, A., ed., 2000, "Start the Conversation — the Modern Maturity Guide to End-of-Life Care", *Modern Maturity* 43(5):51-58.

Grossarth-Maticek, R., Stierlin, H., 1998, *Krebsrisiken. Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken.Auer Verlag*, Heidelberg: http://www.attitudefactor.com/.

Ham Chande, R., 2000, "Los umbrales del envejecimiento", documento inédito, El Colegio de la Frontera Norte.

Harley, C.B., 1997, "Human aging and telomeres", *Ciba Found Symp* 2110:129-139, 139-144.

Harper, S., "The emergence and consolidation of retirement tradition in post-war Britain", en M. Bury y J. Macnicol, eds., *Aspects of Aging*, Social Policy Papers Nº 5, Egham, Reino Unido: Royal Holloway y Bedford New College.

Harvard Medical School, *New England Centenarian Study*, www.med.harvard.edu/programs/necs/.

Hawkes, K, et al., 1998, "Grandmothering, menopause and the evolution of human life histories", *Proc Natl Acad Sci* USA¸95(3):1336-1339.

Hayflick, L., 1998, "How and why we age", *Exp Gerontol* 33(7-8):639-353.

Heck, R.P., 1997, "A qualitative assessment of spirituality and its impact on the final life stage for a sample of older adults (elderly)", tesis de doctorado, Morgantown: West Virginia University.

Heigl, A., Rosenkranz, D., 1995, "On the dependency situation of elderly persons requiring care upon mortality and migration in Germany. Results of demographic projections", *J. Interdisciplinary Economics* 6(3):221-232.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Hiller-as PK., et al., 1999, "Activity patterns in very old people: a survey of cognitively intact subjects aged 90 years or older", *Age Ageing* Mar; 28(2):147-152.

Himsworth, R.L., 1999, "Does time spent in hospital in the final 15 years of life increase with age at death? A population based study", *BMJ* 1999 319:1338-39 (20 November).

Horiuchi, S., Wilmoth, J.R., 1998, "Deceleration in the age pattern of mortality at older ages", *Demography* Nov; 35(4):391-412.

Iacub, R., 2001, *Proyectar la Vida: El Desafío de los Mayores*, Buenos Aires: Ediciones Manantial.

Imhof, A. E., Kloke, I. E., Plichta, K., 1998, "Life planning - consequences of a steadily growing life span 1650-2000. Considering the longer life span, do we need a life plan?", *Z Gerontol* 21(4):193-197.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2001, *Las Personas Mayores en España – Informe 2000*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Jacoby, S., 1999, "Great sex: what's age got to do with it?", *Modern Maturity* sep-oct.

James, E., 1999, "Coverage under old age security programs and protection for the uninsured — what are the issues?", presentación ante la Conferencia de Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., febrero.

Jeune, B., Vaupel, J., ed., 1995, *Exceptional Longevity: From Prehistory to the Present*, Monographs on Population Aging Nº 2, Odense: Odense University Press.

Johnson, B.K., 1986, "The sexual interest, participation, and satisfaction of older men and women", tesis de doctorado, Austin: The University of Texas.

Johnson, C.L., Trol, L., 1996, "Family structure and the timing of transitions from 70 to 103 years of age", *J Marriage Fam* Feb; 58(1):178-187.

Kannisto, V., et al, 1994, "Reductions in mortality at advanced ages: several decades of evidence from 27 countries", *Population and Development Rev* Dec.; 20(4):793-810.

Kannisto, V., 1996, "The advancing frontier of survival: life tables for old age", Monographs on Population Aging Nº. 3, Odense: Odense University Press.

Kaplan, R.M., et al, 1991, "Gender differences in health-related quality of life", *Health Psychol* 10(2):86-93.

Keeler, E.B., et al., 1989, "The external costs of a sedentary life-style", *Am J Pub Health* Aug; 79(8):975-981.

Key, T.J., et al., 1998, "Mortality in vegetarians and non-vegetarians: a collaborative analysis of 8300 deaths among 76,000 men and women in five prospective studies", *Public Health Nutr* 1(1):33-41.

Laslett, P., 1996, *A Fresh Map of Life*, 2.ª ed., Londres: Macmillan Ltd.

Leinonen, R., et al., 2001, "Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5-year longitudinal study", *Soc Sci Med* 52(9):1329-1341.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Leveille, S.G., Guralnik, J.M., Ferrucci, L., 1999, "Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy", *Am J Epidemiol* 149(7):654-664.

"Libro de Josué", capítulo 24:29, en *Biblia Latinoamericana,* Ediciones Paulinas, Madrid 1992.

"Libro de Judít", capítulo 16:23, en *Biblia Latinoamericana,* Ediciones Paulinas, Madrid 1992.

Lora, E., Pagés, C., 2000, *Hacia un Envejecimiento Responsable: las Reformas de los Sistemas Pensionales en América Latina*, Documento de Trabajo Nº 433, Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Lubitz, J., Beebe, J., Baker, C., 1995, "Longevity and Medicare expenditures", *New Engl J Med* 332(April 13):999-1003.

MacArthur, J., 1998, "Age-related concerns", *The Senior Network*, www.getwrite.com/seniors.html.

Maguire, C., Coakley, D., 1997, "Octagenarians and beyond: What eventually kills the oldest old?", *Irish Med J* 90(6)editorial.

Management & Coordination Agency, 1994, "The Current State of Japan's Aging Problems", Tokyo, Japón.

Manton, K.G., Vaupel, J.W., 1995, "Survival after the age of 80 in the United States, Sweden, France, England, and Japan", *New Engl J Med*, Nov 2; 333(18):1,232-1,235.

Martin, W.L., Jr., 1997, "An evaluation of the phenomenonological experience of attachment to place for rural elderly", tesis de doctorado, Laramie, WY: University of Wyoming.

Matalon, J.M., 1997, "Jeanne Calment, world's oldest person, dead at 122", *Associated Press.*

Matousek, M., 2000, "The last taboo", *Modern Maturity* 43(5):48-50, 59.

Max Planck Institute for Demographic Research, Laboratory of Survival and Longevity, Research Topics, www.demogr.mpg.de/RESTOP~1&LabSL&RESTOP~1.HTM.

Meske, R., 1983, "Personal and sociological factors influencing sexual activity in late-life women", tesis de doctorado, Santa Bárbara: The Fielding Institute.

Ministry of Foreign Affairs, *Dutch Penal Code*, http://www.nvve.nl/english/info/laws.htm.

Mitchell, B.A., 2000, "The refilled nest", en E. Gee E y G. Gutman, *The Overselling of Population Aging: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges and Social Policy*, Don Mills, Canadá: Oxford University Press.

National Institute of Gerontology, The Groningen Longitudinal Aging Study (GLAS), Netherlands: NIG www.nig.nl/onderzoek.

Netherlands Organisation for Applied Scientific Research (TNO), Centre for Ageing Research, 2000, "The typical senior doesn't exist", Leiden, Países Bajos: www.ageing.tno.nl/schermlro.htm.

Nilstun, T., Obisson, R, 1995, "Should health care be rationed by age", *Scand J Soc Med* 23(2):81-84.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Novak, M., 1997, *Issues in aging: an introduction to gerontology*, Nueva York: Addison Wesley Long.

Olshansky, S.J., et al., 1990, "In search of Methuselah: estimating the upper limits for human longevity", *Science* 250(4981):634-640.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Social Issues*, http://www1.oecd.org/els/social/2000.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Banco de Información de Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos (BISSI), 2001 www.oiss.org.

Parsons, M., 2001, "Exercise programs benefit even the most severely disabled", *Br Med J* 322:796.

Perls, T.T., 1998, "The oldest old", *Scientific Amer* Jan; 272(1):70-75.

Perls, T.T., 1997, "Centenarians prove the compression of morbidity hypothesis, but what about the rest of us who are genetically less fortunate?", *Med Hypotheses* 49(5):405-407.

Perls, T.T., Fretts, R.C., 1998, "Why women live longer than men", *Scientific Amer* Jan;272(1).

Poon, L.W., et al, *The Georgia Centenarian Study*, http:omega.geron.uga.edu/GCS.html.

Receputo, G., Rapisarda, R., Motta, L., 1995, "Centenarians: health status and life conditions", *Ann Ital Med Int* 10(1):41-45.

Rendl, J., German, T., Ewing, D., eds., 1999, *The Ageing and Development Report: Poverty, Independence and the World's Older People*, Londres: HelpAge International, Earthscan Publications, Ltd.

Rosenthal, C.J., 2000, "Aging families", en E. Gee y G. Gutman, *The Overselling of Population Aging: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges and Social Policy*, Don Mills, Canadá: Oxford University Press.

Rowe, J.W., Kahn, R.L., 1998, *Successful Aging*, Nueva York: Dell Publishing.

Samuelson, S. M., et al., 1997, "The Swedish centenarian study: a multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100", *Intl J Aging & Human Dev* 45(3):223-253.

Samuelson, S.M., et al, 1998, "Health status of Swedish and Hungarian centenarians", NIG, www.nig.nl/congres/3rdeuropeancongress1995/abstract/143-0512.html.

Shapin, S., Martyn, C., 2000, "How to live forever: lessons of history", *BMG* 321:1580-1582.

Silva J., 1998, "Evaluación social del hospital día geriátrico en el Servicio de Salud Metropolitano Oriental", tesis de maestría en Administración en Salud, Santiago: Universidad de Chile.

Stanta, G., et al., 1997, "Cancer of the oldest old. What we have learned from autopsy studies", *Clin Geriatr Med* Feb; 13(1):55-68.

Stein, L., 2001, "Sex and seniors: the 70-year itch", *My Lifepath*, www.mylifepath.com/topic/srsex.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Strawbridge, W.J., et al., 1996, "Successful aging: predictors and associated activities", *Am J Epidemiol* 144(2):135-141.

Sumitaka, H., 1996, *The Aging Society, the Family & Social Policy*, Tokyo: University of Tokyo Institute of Social Science, Occasional Papers in Law and Society.

Sundstöm, G., 1994, "Care by families: an overview of trends", en Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Caring for frail elderly people: new directions in care*, *Social Policy Studies* Nº 14:15-56.

Talarico, L.D., 1998, "Preventive gerontology: strategies for optimal aging", *Patient Care* (May 15):198-211.

Taubes, G., 2000, "The famine of youth", *Scientific Amer* número especial titulado *The Quest to Beat Aging* http://www.sciam.com/specialissues/0600aging/0600taubes.html.

Thatcher, A.R., Kannisto, V., Vaupel, J.W., 1998, "The force of mortality at ages 80 to 120", Monographs on Population Aging Nº 5, Odense: Odense University Press.

Troyansky, D.G., 1983, "Old age in eighteenth-century France", tesis de doctorado, Brandeis: Brandeis University.

United States Department of Health and Human Welfare (SDHHS), 1993, *Baltimore Longitudinal Study on Aging*, (Pub. 93-3685), Bethesda: NIH.

Van Exel, E., et al., 2001, "Cognitive function in the oldest old: women perform better than men", *J Neurol Neurosurg Pshychiatry* 71(1):6-7.

Vaupel, J., 1989, "Demographic analysis of aging and longevity", *AEA Papers and Proceedings* 88(2):242-247.

Vaupel, J.W., 1997, "Trajectories of mortality at advanced ages", en K.W. Wachter y C.E. Finch, eds., *Between Zeus and the salmon: the biodemography of longevity*, Washington, D.C.: National Academy Press.

Vaupel, J.W., 1999, *Of Survival and Longevity*, www.demogr.mpg.de.

Vaupel, J.W., Jeune, B., 1994, "The emergence and proliferation of centenarians", Odense: Odense University, *Population Studies of Aging* Jun(12).

Vita, A.J., Terry, R.B., Hubert, H.B., Fries, J.F., 1998, "Aging, health risks and cumulative disability", *N Engl J Med* 338(15):1035-1041.

Walden, J., 1995, "The new menopause: growing the wise woman", tesis de doctorado, Riverside: University of California.

Wang, Z., Zeng, Y., Jeune, B., Vaupel, J.W., 1998, "Age validation of Han Chinese centenarians", *Genus* 54(1-2):123-141.

White Riley, M., Riley, J.W., 1998, "The hidden age revolution: emergent integration of all ages", Policy Brief Nº 12, Syracuse, Nueva York: Syracuse University.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Wilmoth, J.R., Horiuchi, S., 1999, "Rectangularization revisited: variability of age at death within human populations", *Demography* 36(4):475-495.

Wilkinson, T.J., Sainsbury, R., 1998, "The association between mortality, morbidity and age in New Zealand's oldest old", *Int J Aging Hum Dev* 46(4):333-343.

Wolfe, L., 2000, "Lifelong learning for the third age", *TechKnowLogia* sep-oct 2000:1-3.

Yarwood, E., 1994, "Super centenarians are made, not born", *Longevity Report* 5(43):1-27.

Xiao, Z., Xu, Q., Yuan, Y., 1996, "Solving the mystery of the status and longevity of centenarians in Bama", *Chin J Pop Sci* 8(4):385-394.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

SECCION II

El adulto mayor en Argentina, Chile y Uruguay

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 3

LA SALUD EN EL ENVEJECIMIENTO: AGENDA DE INVESTIGACION PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Martha Peláez[1], Alberto Palloni[2]

Este capítulo examina tres puntos principales: a) la necesidad de estudiar el envejecimiento no solamente en los países cuya población ha envejecido, como Argentina y Uruguay, sino también en los países de la región cuyas poblaciones envejecerán aceleradamente en los próximos 20 años, que son la mayoría; b) un marco conceptual para estudiar la salud en la vejez; y c) los elementos metodológicos de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) (Palloni, 1999), resaltando la utilidad de estudios multidisciplinarios y multinacionales para informar las políticas públicas. Algunos de los resultados preliminares de la encuesta SABE en Buenos Aires, Montevideo y Santiago se presentarán en los capítulos siguientes como parte de un estudio colaborativo efectuado en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El rápido cambio en la estructura de edad de la población está llevando a modificaciones importantes en las políticas, planes y programas de la mayoría de los países del mundo desarrollado. En estos países, el envejecimiento de la población se ha acompañado de un aumento de las investigaciones acerca de las características y consecuencias del envejecimiento poblacional, en particular en lo concerniente a la salud

[1] Asesora Regional, Salud y Envejecimiento, Programa de Salud de la Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.; Coordinadora Regional de la encuesta multicéntrica sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE).

[2] Profesor de Sociología, Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin en Madison, Estados Unidos de América. Autor del protocolo de investigación para la encuesta multicéntrica sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

y a los esquemas de jubilación. Una publicación reciente de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos describe unas 25 encuestas completadas o en marcha cuyo propósito es estudiar diversos aspectos del envejecimiento. De ellas, aproximadamente la mitad están dedicadas a la salud (National Academy of Sciences, 1996). El presupuesto que el Instituto Nacional del Envejecimiento en los Estados Unidos invierte en investigar diversos aspectos del envejecimiento de la población es un buen indicador de la importancia que reviste el tema en el contexto de las políticas públicas de ese país. Asimismo, Canadá y la mayoría de los países de Europa Occidental han realizado o actualmente realizan numerosas encuestas que recopilan información, directa o indirecta, sobre el estado de salud de los adultos mayores y otras cuestiones afines (Agree y Myers, 1998).

Es inquietante que en América Latina y el Caribe, el crecimiento rápido de la población de edad no se acompañe de un aumento de las investigaciones sobre el significado y los efectos de este proceso, especialmente porque la combinación de la dinámica demográfica y de los contextos institucionales, sociales y políticos frágiles aumentarán la magnitud de los problemas y sus implicaciones para el desarrollo de los países. En un examen reciente de fuentes de información para el estudio del envejecimiento en América Latina y el Caribe, encontramos que fuera de la base de datos producida por la encuesta SABE, no hay otras que permitan hacer estudios comparativos sobre la salud en el envejecimiento.

El cuadro 3.1 resume el tipo de encuestas nacionales que se han llevado a cabo en algunos países, las cuales contienen algunos datos que son pertinentes para el estudio de la población adulta mayor. La limitación principal de estas encuestas radica en que están dirigidas a una población joven y, por lo tanto, utilizan medidas que escasamente se aplican a la salud y el bienestar de los mayores. Otros factores que limitan la utilidad de estas bases de datos para analizar la situación de los mayores son el tamaño pequeño de las muestras de personas de 60 años o más; la poca frecuencia con que se hacen las encuestas; la poca accesibilidad de las bases de datos para desglosar los datos por sexo y edad y, en general, el tratamiento poco refinado de las variables que se usan en cada uno de los países.

Otras fuentes de información son las investigaciones diseñadas en los países para estudiar el envejecimiento (Peláez y Fernández, 2001). Con la excepción de la encuesta SABE, estos estudios han consistido principalmente en encuestas de las poblaciones locales, diseñadas independientemente unas de otras, por lo cual no es posible hacer análisis comparativos. Además, los datos así obtenidos no son lo suficientemente robustos para poder probar hipótesis sobre las condiciones de salud de la población mayor. También hay bases de datos administrativos, algunos sobre la utili-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 3.1.
Fuentes de información con indicadores básicos socioeconómicos y de salud de la población de 60 años de edad o más

	Gastos en salud	Utilización de servicios	Cobertura de salud	Estado de salud	Discapacidad	Arreglos domiciliarios	Ingresos
Encuesta de empleo	No	No	Sí	No	No	No	Sí
Encuesta de ingresos	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí
Encuesta de salud	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Encuesta de hogares	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí

zación de los servicios y otros sobre la vigilancia epidemiológica. Tener acceso a estos datos es difícil en la mayoría de los países y, cuando se obtienen, no permiten desagregación por grupos de edad de las personas mayores de 60 años.

Para desarrollar políticas, programas y planes que mejoren la salud durante el envejecimiento, es necesario usar mejor las encuestas nacionales y los sistemas de vigilancia. También es preciso hacer esfuerzos internacionales por crear gradualmente fuentes de información que sirvan de parámetros de referencia para comparar la situación de los mayores en distintos países de la región, así como para acumular pruebas que permitan diseñar intervenciones y, posteriormente, evaluar el impacto de las políticas, planes y programas.

Los siguientes temas clave, presentados aquí en forma de preguntas, son necesarios para el desarrollo de un plan de investigación que permita realizar un diagnóstico de la situación de las personas de edad en la región:

¿Cuán sano y autónomo es el grupo de personas de 60 años de edad o más? ¿Cómo se relacionan el estado de salud y la funcionalidad con la edad, el sexo y el nivel socioeconómico de la persona?

¿Cuál es la situación económica de las personas adultas mayores? ¿Que relación existe entre la edad, el sexo y la pobreza? ¿Qué fuentes de ingresos y de trabajo tienen los mayores a su disposición?

¿Con quiénes viven los adultos mayores? ¿Cuáles son sus redes principales de apoyo? ¿Cómo se distribuyen por edad, sexo, nivel socioeconómico y estado civil?

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Se necesita, además, investigar el estado de salud durante el envejecimiento desde un punto de vista biodemográfico que permita identificar estrategias para estimular el envejecimiento activo y saludable de las personas mayores del estrato más joven y mantener la independencia y autonomía de los adultos mayores discapacitados o en riesgo de sufrir discapacidad. Los temas clave en esta área son, entre otros, los siguientes:

¿Cuál es la carga de enfermedad particular de las distintas cohortes y qué indicadores podemos identificar para entender mejor la relación entre las condiciones de vida durante la niñez y las condiciones de salud y funcionalidad en la vejez?

¿Cómo se puede compensar en los grupos de mayor edad el efecto acumulado de deficiencias presentes desde la niñez y la juventud?

¿Qué relación hay entre la prevalencia de ciertas enfermedades y el estado socioeconómico, la educación, el sexo y el lugar de residencia (urbano o rural) de los adultos mayores?

¿Qué factores protegen y cuáles menoscaban la capacidad del individuo para enfrentarse a los cambios fisiológicos y psicológicos de las edades más avanzadas?

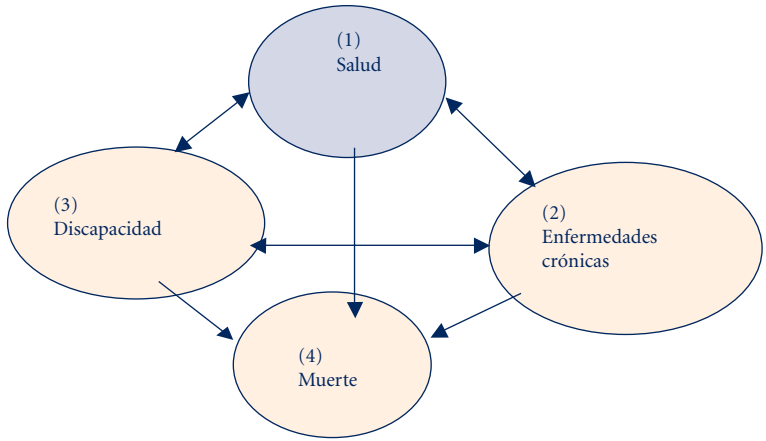
¿Qué apoyo físico, sicológico, emocional y ambiental necesitan los mayores para mantener su autonomía?

Una persona de edad puede encontrarse en uno de tres estados (figura 3-1): sano (estado 1), con enfermedades crónicas (estado 2), o con discapacidad (estado 3). La muerte es un estado absorbente (estado 4). Esta representación sencilla ilustra varias transiciones posibles: del estado 1 al estado 2 y viceversa, del estado 2 al estado 3 y viceversa, y de los estados 1, 2 y 3 al estado 4.

En cualquier momento dado, la prevalencia de enfermedades crónicas y de discapacidades entre las personas mayores dependerá del momento en que aparezcan estas enfermedades y discapacidades y de las tasas de recuperación o muerte asociadas con las enfermedades crónicas y discapacidades. Si no hay otros cambios, una reducción de las tasas de mortalidad en personas que se encuentran en los estados 2 y 3 se traducirá en aumentos de la prevalencia de enfermedades crónicas, con o sin discapacidades asociadas. Esto significa simplemente que en la medida en que la tecnología médica logre posponer la muerte, la demanda de servicios para la manutención de estas personas y su atención de salud puede aumentar. Asimismo, como podemos ver en la figura 3-1, si mediante cambios de comportamiento se logra posponer el inicio de algunas enfermedades crónicas o de las limitaciones funcionales asociadas con ellas, la demanda de atención de salud disminuirá. Finalmente, si la atención de salud y la tecnología terapéutica mejoran, las tasas de recuperación de enfermedades crónicas o discapacidades aumentarán y llevarán a reducciones correspondientes de las tasas de prevalencia. Así, los elementos clave que afectan el perfil del estado de salud de los

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Figura 3-1. Marco conceptual para el estudio de los elementos clave que afectan el perfil de salud de los mayores



Fuente: Palloni, de Vos y Peláez, 1999.

adultos mayores son las tasas de mortalidad, el momento en que aparecen las enfermedades crónicas y discapacidades, y las tasas de recuperación.

Aunque todos los países cuentan con datos de mortalidad, se conoce poco acerca de la prevalencia de la morbilidad y de los factores que la precipitan y que llevan a la discapacidad. Más importante aun, se necesitan bases de datos que nos permitan relacionar los diversos factores que determinan la salud con el estado de salud y la funcionalidad del individuo.

Los investigadores del mundo desarrollado ya han estudiado mucho estos fenómenos, pero los resultados obtenidos no se pueden extrapolar directamente a otras sociedades ni se pueden usar como base de información para desarrollar políticas en contextos socioeconómicos muy diferentes.

El envejecimiento en América Latina y el Caribe: un proceso rápido que requiere estudio y acción

La población mundial de adultos mayores está creciendo rápidamente, pero en ninguna parte se sentirá su impacto más que en el mundo en desarrollo. Mientras que la población de 60 años y más ha crecido significativamente durante un tiempo prolongado en los países más industrializados, en América Latina y el Caribe los indicadores demográficos revelan que el envejecimiento está ocurriendo a una velocidad sin precedente alguno. En América Latina, donde los cambios de la mortalidad y fecundidad se han dado en pocos años, la velocidad del envejecimiento es mucho mayor que en

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Europa Occidental y América del Norte, donde la reducción de la mortalidad y fecundidad ocurrió paulatinamente a lo largo de extensos períodos.

Crecimiento numérico y proporcional

Al cerrar el siglo XX, la población de 60 años y más en América Latina y el Caribe se estimaba en unos 40 millones, cifra equivalente al 8% de la población total. Para el año 2050, esta población superará los 180 millones y representará el 22% de la población total (Population Ageing, 1999). Esto es, la población adulta mayor se duplicará cada 20 años durante la primera mitad de este siglo.

Se dice que una población ha envejecido cuando la proporción de personas de 60 años o más excede el 10 ó 12% de la población total. Actualmente en el Caribe, un promedio del 10% de la población mayor tiene más de 60 años de edad, siendo Barbados (14%), Cuba (13%), Martinica (15%) y Puerto Rico (14%) los países con porcentajes más altos de adultos mayores. En América Latina sólo tres países —Argentina, Chile y Uruguay— tienen una población envejecida. No obstante, para el año 2025, solamente siete países de la región tendrán una población adulta mayor inferior al 10% del total: Belice, Granada, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, a diferencia de los otros 22 países, donde más del 15% de la población tendrá más de 60 años de edad.

En términos de políticas sociales y sanitarias, es aun más importante el crecimiento de la población de 75 años o más. Se estima que en el año 2000, esta población representaba el 1,9% de la población total, y que esta cifra aumentará al 8,4% para el año 2050. Durante los próximos años habrá un aumento significativo de familias con cuatro generaciones vivas y, por lo tanto, de bisabuelos que competirán con sus bisnietos por los recursos humanos y materiales de la familia, aun cuando aporten también a la misma. Por lo tanto, los siguientes temas clave deben estudiarse:

- Los cambios en la estructura y dinámica de las relaciones familiares.
- Los cambios en el papel de la mujer latinoamericana.
- La relación entre el aumento rápido del número de personas mayores que requieren la atención de cuidadores y el desarrollo personal y profesional de la mujer latinoamericana.
- Las implicaciones de diversas políticas sociales y económicas para el fortalecimiento de la solidaridad entre generaciones.

El índice de apoyo familiar es un indicador que refleja la disponibilidad de miembros de las generaciones más jóvenes para ayudar a las personas mayores que son

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

dependientes. En muchas sociedades, los arreglos domiciliarios de las personas mayores y la calidad y cantidad de las transferencias destinadas a ellas varían de acuerdo con la magnitud del indicador. Durante el período de 1950-2020, en América Latina y el Caribe el valor mediano no ponderado de este indicador bajará de aproximadamente 4,8 a 3,1 personas adultas por adulto mayor, mientras que su varianza aumentará, lo cual refleja diferencias entre los países en el tiempo que durará la transición hasta el envejecimiento de su población. Si elimin——ramos toda posibilidad de revertir las tendencias actuales de la fecundidad, podríamos esperar mayores reducciones aún, aproximándose el indicador rápidamente a 1,5 o menos.

Como sucede con otras medidas del envejecimiento, cambios relativamente grandes de este indicador están concentrados en períodos cortos de tiempo. La comparación con la experiencia de otros países pone de manifiesto la unicidad del proceso en América Latina y el Caribe.

Primero, mientras que en el norte de Europa y América del Norte la transición hacia una población más envejecida significó que el indicador cambió de un máximo de 3,5 a valores de alrededor de 1,5, los países de la región experimentaron cambios más marcados, con una caída de 5 hasta aproximadamente 2,5. Segundo, si las tendencias futuras se conforman a las proyecciones, el descenso de niveles de alrededor de 3 a valores de alrededor de 1,5 ocurrirán en la mitad del tiempo durante el cual tuvo lugar la misma transición en América del Norte y el norte de Europa. A juzgar por estas diferencias tan notables, el impacto del envejecimiento en la región se sentirá más repentinamente.

La implicación principal de estas regularidades es que la transición hacia sociedades más viejas en los países de la región ocurrirá de forma prematura, puesto que se acelerará cuando sus poblaciones son todavía relativamente jóvenes, a juzgar por su distribución de edad.

Un proceso acelerado de envejecimiento no es problemático por sí sólo, pero puede serlo si ocurre dentro de contextos políticos y sociales frágiles y si se caracteriza por el deterioro del estado y situación de salud de las personas mayores. Hay razones convincentes para sospechar que el estado de salud y la capacidad funcional de las personas mayores en la región será mucho peor que en las sociedades desarrolladas con un envejecimiento demográfico similar. Por lo tanto, las políticas de desarrollo social tienen que estar fundamentadas si se ha de lograr una planificación adecuada que permita, durante la próxima década, crear las condiciones apropiadas para fomentar la solidaridad entre generaciones y el envejecimiento saludable. Tampoco podemos dar por sentado que la experiencia de países ricos en lo concerniente al envejecimiento de la población puede servir de base para la toma de decisiones en países

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

más pobres. De ahí que sea imperativo, para planificar las políticas de desarrollo de la región, comenzar a estudiar estos temas desde ahora y no cuando la situación se convierta en una crisis.

Salud, pobreza y desarrollo

Se estima que hay diferencias importantes, relacionadas con el sexo, la cohorte y el nivel socioeconómico, en las condiciones de salud de las personas adultas mayores.

Encontramos diferencias por género, puesto que los hombres y las mujeres muestran tendencias de mortalidad desiguales y se ven afectados por problemas de salud distintos (Kinsella, 1994). Además, dado que las mujeres han participado menos en la fuerza laboral, su acceso a fuentes de ingresos en la vejez es mucho menor que el de los hombres. A no ser que el apoyo familiar compense esa diferencia, es de esperarse que el deterioro de la salud y bienestar de las mujeres de edad avanzada sea peor que el de los hombres de la misma edad.

Existen también diferencias importantes en las condiciones de salud de diferentes cohortes. Dado que la reducción progresiva de la mortalidad hace que las cohortes más jóvenes sufran procesos de selección menos intensos que las cohortes de mayor edad, las condiciones de salud podrían ser peores entre las primeras. Barker (1997) ha indicado, por otra parte, que la supervivencia después de padecer ciertas enfermedades de la niñez puede, *ceteris paribus*, aumentar los riesgos en la edad adulta. Así, las cohortes más jóvenes que se han beneficiado de la medicina preventiva y curativa pero no de mejores condiciones de vida y desarrollo podrían estar en mayor desventaja cuando lleguen a edades mayores. Es probable que las cohortes más jóvenes también tengan algunas ventajas en términos de los comportamientos que influyen en la salud y en sus conocimientos respecto del acceso a servicios médicos y su uso, factores que pueden contrarrestar en cierta medida los efectos de las desventajas descritas. Finalmente, las diferencias en las condiciones de salud de distintas cohortes, en su acceso a servicios de salud y en su uso de dichos servicios podrían reflejar no sólo diferencias de nivel socioeconómico, sino también de lugar de residencia y estilo de vida. Hacen falta estudios comparativos y longitudinales de cohortes que permitan adoptar modelos novedosos de simulación para hacer proyecciones de los efectos que puedan tener, durante las próximas décadas, las mejoras de escolaridad, salud ambiental, estilos de vida y nivel socioeconómico sobre la salud de las personas de edad.

Es importante estudiar la relación que existe entre las diferencias socioeconómicas en la salud de los mayores determinadas por factores socioeconómicos, por el acceso a y uso de servicios de salud y el uso que hacen de ellos. Aunque es imposible

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

calcular el impacto de la longevidad en los costos de la atención a largo plazo y en los gastos destinados a la salud, es de esperar que según aumente el número de personas que cumplan los 75 años, estos gastos aumenten notablemente (Suzman, Willis y Manton, 1992). Se necesitan estudios regionales que permitan hacer proyecciones en torno a las futuras necesidades y demandas de servicios de salud a la luz de diversos modelos de organización de servicios, oferta y financiamiento. También hacen falta mejores datos para cuantificar las desigualdades de salud con relación a género, cohorte, nivel socioeconómico, acceso y utilización de servicios en la población adulta mayor.

Entre los estudios prioritarios que hacen falta para fundamentar programas encaminados a aliviar la pobreza, mejorar el acceso a los servicios e impulsar la participación económica de los mayores figuran los siguientes:

- El análisis de los patrones de jubilación y de trabajo en las personas adultas mayores por cohortes, sexo y nivel socioeconómico.
- El flujo de transferencias entre generaciones: contribución de las personas adultas mayores al bienestar de la familia y de la familia al bienestar de los mayores.
- Modelos de cooperativas, microempresas y seguros de grupos informales que protejan económicamente al individuo en caso de discapacidad.
- La relación entre el estado de salud y las contribuciones de las personas adultas mayores al desarrollo económico del país.

La comunidad internacional interesada en las políticas de desarrollo tendrá que prestar atención al envejecimiento en los países más pobres mediante el uso de modelos nuevos que contemplen las contribuciones que los mayores pueden seguir haciendo al desarrollo económico de la región. Un plan de desarrollo sostenible en la región debe, por necesidad, plantear los siguientes interrogantes:

- ¿Qué políticas económicas se requieren para lograr el financiamiento sustentable de los sistemas de pensiones?
- ¿Que problemas especiales se les plantean a las personas adultas mayores más pobres?
- ¿Qué nuevas industrias y fuentes de trabajo se necesitan para responder a las necesidades de la población adulta mayor y mantenerla económicamente productiva?
- ¿Cómo se estimula la solidaridad entre generaciones en las sociedades pobres cuyas poblaciones envejecen?

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Los factores que determinan el estado de salud

Quienes constituyen el grupo de adultos mayores de las primeras décadas del presente siglo ya han nacido. Por lo tanto, calcular cuántas personas adultas mayores vivirán en la región en los próximos 5, 25 ó 50 años es relativamente fácil. Sin embargo, no sabemos cuán sanas estarán esas personas a los 60, 70 u 80 años, y cabe preguntarse si las que lleguen a los 60 años serán aquéllas que han acumulado un capital de salud que les permita no sólo vivir más, sino también vivir mejor. Conocer el perfil de salud de las personas adultas mayores es fundamental para poder determinar cuál será su demanda de servicios de salud, la presión que ejercerán sobre las políticas y los fondos de jubilación, las tasas de participación que tendrán en la fuerza laboral y su efecto sobre las relaciones intrafamiliares.

Si nos atenemos a lo que ha ocurrido en el pasado, las perspectivas futuras para un envejecimiento saludable en la región no parecen ser muy favorables. Para entender las razones de esta postura pesimista, hay que recordar que las personas que cumplen 60 años entre 2000 y 2025 pertenecen a cohortes de personas que nacieron en los períodos transitorios de mayor fecundidad registrados entre 1950 y 1965. Por lo tanto, la tasa de crecimiento del grupo de personas mayores de 60 años refleja en parte aumentos transitorios en los niveles de fecundidad. Más importante aún, estas mismas cohortes han sido las beneficiarias de mejorías muy notables en la supervivencia, particularmente en la niñez temprana. Así, por ejemplo, las personas que nacieron en 1960 tuvieron menores tasas de mortalidad infantil precoz que las que nacieron en 1955. Esto aumentará el tamaño de la cohorte que cumple 60 años de edad en 2020 en relación con el de la cohorte que cumple 60 en 2015. Por lo tanto, un determinante poderoso de la tasa de crecimiento de esta población es el cambio en la tasa de mortalidad que comenzó alrededor de 1940. Debido a que la disminución de la mortalidad estuvo fuertemente influenciada por innovaciones en el campo médico y de salud pública y no por mejorías en el nivel de vida, es posible que estas cohortes tengan un componente de población frágil que de otra manera nunca hubiera llegado a envejecer. Esta conjetura se verá respaldada si las teorías que plantean la existencia de una relación entre las experiencias en la niñez temprana, por un lado, y la salud y mortalidad de las personas adultas, por el otro, se aplican en el contexto latinoamericano y caribeño.

En resumen, el crecimiento acelerado de la población debido a cambios de la mortalidad como los que se verificaron en la región después de 1940 redunda en que hay una alta proporción de individuos frágiles. En vista de ello, se hace imprescindible promover una agenda latinoamericana de investigación sobre el envejecimiento de la población.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE)

En enero de 1997, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó a siete países de la región a participar en una encuesta multicéntrica sobre la salud, el bienestar y el envejecimiento (SABE) en siete ciudades importantes. La encuesta se llevó a cabo bajo la coordinación técnica de la Unidad de Envejecimiento y Salud de la OPS y el Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin en Madison, y resultó en un esfuerzo colaborativo entre múltiples socios. En cada país se identificó un equipo de investigadores[3] que, junto con el equipo de consultores regionales, formaron el equipo técnico de la encuesta. Además, se contó con el apoyo financiero de múltiples colaboradores, principalmente el Instituto Nacional del Envejecimiento (NIA) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), en los Estados Unidos; el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Caribeño de Desarrollo (CDB), el Fondo de Apoyo para Investigaciones del Estado de São Paulo (FAPESP), universidades, ministerios de salud y los institutos nacionales de estadística. La encuesta SABE también constituye un componente del Estudio BID-OPS del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay.

La encuesta tuvo dos metas principales: 1) recopilar información sobre las condiciones de salud de los adultos mayores que viven en zonas urbanas de siete países de América Latina y el Caribe; y 2) evaluar las diferencias, según estrato socioeconómico, cohorte y género, con respecto al estado de salud, el acceso a la asistencia sanitaria y el uso que se hace de ésta. Las metas secundarias de la encuesta fueron: a) elaborar perfiles de riesgo basados en información sobre las condiciones de salud en el pasado reciente y en el momento de la encuesta, y en información sobre tendencias conductuales, antecedentes ocupacionales y condiciones socioeconómicas; b) evaluar el grado en que los adultos mayores utilizan la asistencia familiar de diversos tipos (ingresos, compañía y servicios) para hacer frente a los problemas sanitarios; c) evaluar la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios de salud; d) evaluar los factores que influyen en que los adultos mayores sigan trabajando, los tipos de trabajo que desempeñan,

[3] El equipo de investigadores principales estuvo integrado por Cecilia Albala, M.D. Profesora, Instituto Nacional de Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Juan Carlos Alfonso, Director, Centro de Estudios de Población, Instituto Nacional de Estadísticas, La Habana, Cuba; Roberto Ham-Chande, Ph.D., Profesor, Colegio de la Frontera Norte, México; Anselm Hennis, M.D., Profesor, School of Clinical Medicine and Research, University of the West Indies, Barbados; Maria Lucia Lebrão, M.D., Profesora, Escuela de Salud Pública, Universidad de São Paulo, Brasil; Alejandra Pantelides, Ph.D., Centro de Estudios de Población, Buenos Aires, Argentina; y Omar Prats, Profesor, Universidad de Uruguay, y Estadístico, Ministerio de Salud Pública de la República de Uruguay.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

los ingresos que reciben de diversas fuentes y el modo de gastarlos y, finalmente, pronosticar a corto plazo la mortalidad y la morbilidad de los mayores.

La encuesta SABE en áreas urbanas es la primera etapa de la agenda de investigación de la Unidad de Salud y Envejecimiento de la OPS. La segunda etapa, que ya comenzó en algunos países, consiste en una entrevista de seguimiento un año después de la primera. En una tercera etapa se ampliará la encuesta a escala nacional, repitiéndola en un panel compuesto de una muestra representativa de la población nacional de cada país.

Un rasgo importante de la encuesta SABE es su carácter comparativo. En primer lugar, el contexto socioeconómico, demográfico y político varía considerablemente de un país a otro y de una ciudad a otra. Por lo tanto, si se ha de obtener conocimientos completos y sólidos acerca de las condiciones de salud de los adultos mayores, no basta con concentrarse en los datos de una sola ciudad. Las ciudades seleccionadas para la encuesta son representativas de diversos tipos de sociedades y de una combinación de contextos socioeconómicos, demográficos y políticos. Segundo, los diseños o esquemas que se aplican en cada país para abordar el problema del envejecimiento son sumamente variados. Para fines de políticas, es importante evaluar los efectos de estos distintos diseños, aunque sea sólo para determinar primero sus puntos fuertes y débiles antes de que se repitan en otros países. Finalmente, un estudio comparativo, aunque sea limitado, ofrece ventajas en cuanto al poder estadístico y la robustez de las pruebas de hipótesis planteadas en el estudio.

Aspectos metodológicos de la encuesta SABE

El universo de estudio estuvo compuesto por personas de 60 años y más en las ciudades capitales, con excepción de Brasil, donde se estudió el área urbana del municipio de São Paulo. Los países que participaron en la encuesta SABE fueron Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay. Se abarcó en la encuesta solamente a aquellas personas que residían en viviendas particulares, por lo que se excluyeron personas internadas en asilos o residencias de atención prolongada.

Con excepción de Barbados, todos los diseños muestrales tuvieron como base marcos muestrales basados en las estructuras censales, o de otro tipo, que tienen las oficinas nacionales de estadísticas de cada país, y se trabajó en cada caso con las últimas actualizaciones de que se disponía en cada caso. En Barbados se utilizó la lista automatizada del Registro de Votantes de 1997.

En todas las ciudades se aplicaron muestras probabilísticas obtenidas mediante un muestreo polietápico por conglomerados con estratificación de las unidades pri-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

marias de muestreo. Las etapas del muestreo por conglomerados con estratificación fueron las siguientes: 1) selección de radios censales o subdivisiones de radios censales; 2) selección sistemática de viviendas en cada radio censal; y 3) selección del adulto mayor en la vivienda por medio de una tabla de números aleatorios.

En total se seleccionaron 28.066 hogares, en los cuales se entrevistó a 26.585 moradores; las viviendas teóricas con población objetivo fueron 15.987 o sea el 57% de las viviendas. Los tamaños muestrales de las viviendas seleccionadas oscilaron entre 4.200 y 6.480. El número de adultos mayores seleccionados por los diferentes métodos probabilísticos descritos fue de 13.023, lográndose 10.656 entrevistas y una tasa de respuesta de las personas seleccionadas del 80%.

Terminado el trabajo de campo, los resultados fueron ponderados para que la muestra fuese representativa de la población de estudio.

Diseño del cuestionario y temas explorados

La recolección de la información se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado aplicado en entrevistas personales en la vivienda del adulto mayor seleccionado. El formulario de la encuesta contaba con dos partes: una sección nuclear, diseñada por el equipo de SABE bajo la coordinación de la OPS, que fue estrictamente utilizada por los siete equipos de investigación, y un módulo adicional diseñado por el equipo de la Escuela Andaluza de Salud Pública contratado por el BID y utilizado solamente en Buenos Aires, Montevideo y Santiago.

Las secciones comunes a todos los países fueron módulos con preguntas sobre: a) características sociodemográficas; b) evaluación del estado cognitivo; c) autopercepción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, trastornos relacionados con los síndromes geriátricos, conductas relacionadas con la salud y autocuidado y medidas antropométricas; d) evaluación de la funcionalidad, de la capacidad del individuo para valerse por sí mismo, pruebas de flexibilidad y equilibrio, documentación de la ayuda recibida por el adulto mayor con dificultad para funcionar independientemente; e) lista de medicamentos; f) cobertura médica, acceso y utilización de servicios sanitarios, costo privado de los servicios; g) miembros del hogar y sus características, así como transferencias de dinero, servicios y bienes entre los adultos mayores y su red familiar; h) historia laboral y fuentes de ingresos del adulto mayor, así como gastos en los que incurría; j) características de la vivienda y elementos de comodidad y esparcimiento.

En Buenos Aires, Montevideo y Santiago se agregaron los módulos del BID relacionados con el posible uso de servicios sociales, el consumo y la demanda de bie-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

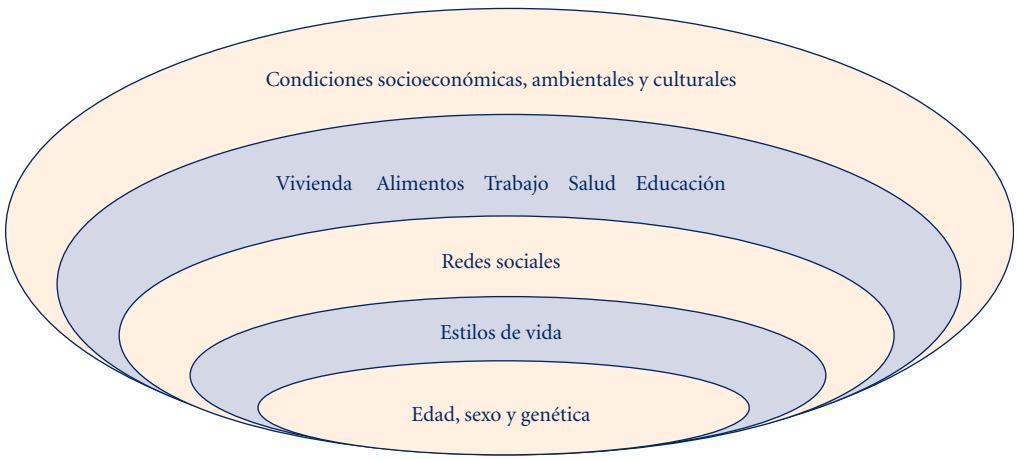
nes y servicios, la existencia de riesgos físicos en la vivienda y el uso del tiempo libre. También se entrevistó al cuidador principal de aquellos adultos mayores que habían perdido la autonomía para evaluar el estado emocional de los cuidadores.

El cuestionario SABE se diseñó teniendo en cuenta el marco conceptual de Dahlgren y Whitehead (1991) sobre los factores determinantes de la salud (figura 3.2). Estos factores, en cualquier grupo de edad, son complejos. Dahlgren y Whitehead presentan los factores determinantes de la salud por medio de esferas circulares que representan distintos dominios de acción centrados en torno a la persona adulta mayor.

La primera esfera representa la situación social, económica, cultural y ambiental de una comunidad y su influencia en la salud y bienestar del adulto mayor. Es difícil cuantificar esta relación, sobre todo cuando se considera el factor tiempo. Sin embargo, es indispensable estudiar el impacto de estos factores durante el ciclo de vida en el estado de salud de las personas adultas mayores. La segunda esfera representa las ofertas de los diversos sectores que pueden fortalecer, debilitar o impedir la salud y el bienestar de las personas.

En esta esfera se incluyen los servicios de salud, no como sector predominante en la oferta de servicios, sino como uno de los que tienen la responsabilidad de proveer una oferta apropiada y de calidad. Las ofertas de diversos sectores contribuyen al estado de salud, el cual se puede modificar mediante intervenciones bien diseñadas y coordinadas con la participación de estos sectores. Los programas nacionales y las

Figura 3.2. Marco conceptual para el estudio de los factores determinantes de la salud



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

políticas de salud y servicios sociales para las personas de edad frecuentemente tienen implicaciones importantes y manifiestan una dinámica compleja de interacción con otros sectores. Por ejemplo, en el cuadro 3.2 podemos apreciar la relación entre las ofertas de vivienda, educación, transporte y planificación urbana, por un lado, y por otro la posibilidad de una vida longeva de calidad.

La tercera esfera consiste en la red social y comunitaria que crea un ambiente de interdependencia donde el individuo logra dar y recibir, pudiendo así compensar sus debilidades y fortalecer su capital social, lo cual redunda en su mayor bienestar físico y emocional. La cuarta esfera, la más cercana al individuo, se refiere a las conductas que éste elige, como el tabaquismo o la inactividad, y que determinan la calidad de vida que puede gozar en su vejez. Este modelo clásico, que cuenta con la aceptación de muchos por su carácter integral, nos permite apreciar las varias facetas que deben investigarse para informar la elaboración de políticas, planes y programas destinados a la población adulta mayor.

La encuesta SABE indaga sobre la relación de la persona con los múltiples factores que determinan la salud. El estudio realizado por consultores del Banco Interamericano de Desarrollo, analiza, entre otras cosas, la oferta de los diversos sectores en Buenos Aires, Montevideo y Santiago. Los dos esfuerzos combinados proveen una rica base de información para probar varias hipótesis sobre los factores que determinan el envejecimiento saludable. Sin embargo, este esfuerzo colaborativo es solamente un primer paso en una agenda compleja orientada a llenar todos los vacíos de información que se tienen en torno a los factores que determinan las inequidades de salud asociadas con el envejecimiento.

Del mismo modo que los factores que determinan la salud ejercen su influencia en varias esferas, los factores que determinan las inequidades en materia de salud propuestos por el Centro Internacional para la Salud y la Sociedad del Colegio Universitario de Londres (International Center for Health and Society, University College, London) (Wilkinson y Marmot, 1998) a petición de la Organización Mundial de la Salud, tienen varias esferas de acción.

- Estratos sociales durante el ciclo de vida
- Estrés
- Calidad de la infancia
- Exclusión social
- Trabajo
- Desempleo
- Apoyo social

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

- Adicciones
- Alimentación
- Transporte

Para aplicar estos factores determinantes de las inequidades de salud a la población adulta mayor se necesita elaborar escalas e instrumentos que nos permitan examinar los gradientes socioeconómicos por los que atraviesa el individuo durante su vida, los tipos de trabajo que desempeña, los períodos de desnutrición que ha sufrido, sus adicciones y, muy especialmente, la calidad de la vivienda y las enfermedades y necesidades críticas que tuvo durante su infancia y durante etapas críticas posteriores de su vida. Esta información es esencial para entender la interdependencia entre la salud de la persona que envejece y los factores mencionados. En otras palabras, hay que invertir en estudios longitudinales para contar con bases de datos que nos permitan entender hasta qué punto la salud afecta los niveles socioeconómicos del individuo y viceversa.

Cuadro 3.2.
Relación entre los diversos sectores y factores determinantes de la salud

Sector	Ofertas del sector para los adultos mayores
Vivienda	• Disponibilidad de viviendas apropiadas, tanto en la comunidad como en las instituciones, para promover y mantener la salud
	• Reparación y remodelación de viviendas para acomodar las necesidades de personas con discapacidades
Salud pública	• Oferta de programas de promoción, protección y prevención dirigidos a las personas adultas mayores
Educación	• Formación y capacitación de profesionales, técnicos de la salud y cuidadores en conocimientos y habilidades necesarios para la atención de las personas adultas mayores
Transporte	• Disponibilidad y acceso a transporte público y transporte personal adecuado para personas con discapacidades
Planificación urbana	• Fácil acceso desde la vivienda a servicios básicos como mercados, centros de salud, farmacias y centros de recreación
	• Evitar crear espacios segregados de viviendas para personas mayores

Fuente: National Research Council, 2001.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

La pertinencia de la autoevaluación de salud

Cada adulto mayor ha acumulado durante todo el ciclo de vida una serie de elementos favorables que protegen su salud y bienestar, y algunas carencias o debilidades que lo hacen más vulnerable a sufrir enfermedades relacionadas con la edad y a perder su autonomía.

Las evaluaciones de su propia salud efectuadas por cada persona se han utilizado desde hace muchos años como una medida sencilla y de bajo costo (Maddox y Douglass, 1973). Recientemente se han recopilado pruebas suficientes y convincentes de que las autoevaluaciones de la salud no son abstracciones puramente imaginarias, ajenas al verdadero estado de salud. En los últimos 15 años muchos estudios han demostrado que las personas que relatan estar en un mal estado de salud tienen riesgos de morir más altos, invariablemente, que quienes relatan estar en mejor estado de salud (Benyamini et al., 2000; Idler y Benyamini, 1997). Esto ocurre aun después de controlar el efecto de una serie de trastornos que suelen considerarse buenos indicadores de la mortalidad. Por lo tanto, las autoevaluaciones de la salud son más que meras percepciones del estado de salud distorsionadas por el individuo.

De hecho, se ha encontrado que las autoevaluaciones de la salud son buenos indicadores de alteraciones mentales y físicas que se encuentran latentes o subyacentes en diferentes estados de salud, así como de una serie de estados que preceden al deterioro de la salud, entre ellos la depresión y el estrés. Las autoevaluaciones de la salud también captan la presencia de auténticos trastornos que podrán estar o no en control o tratamiento. En conjunto, la relación entre la autoevaluación y la serie de factores aquí descritos puede explicar por qué se encontró en 23 estudios, de una primera revisión de 27 estudios a escala mundial, que los resultados de la autoevaluación de la salud se asociaban de modo significativo con la mortalidad esperada. Los riesgos relativos asociados con una mala autoevaluación oscilaban entre 1,5 y 3,0; en cambio, en personas con una mejor autoevaluación, los riesgos relativos observados fueron menores (Idler y Benyamini, 1997). En un segundo análisis de 19 estudios publicados más recientemente, se encontró que en 17 de ellos la autoevaluación de la salud permitía pronosticar la mortalidad, con riesgos relativos entre 1,5 y 2,0 (Benyamini, et al., 2000).

La mayoría de las pruebas respecto al valor predictivo de las autoevaluaciones de la salud se recopila, sin embargo, a partir de encuestas en regiones más desarrolladas, aunque de culturas muy distintas. Cabe preguntarse si las evaluaciones de la salud realizadas por personas de edad en los países de América Latina y el Caribe tendrán tan alto valor predictivo como las que realizan los ancianos en otras partes del mundo.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 3.3.
Autoevaluación de la salud como buena o mala por sexo y grupo de edad (%)

Ciudad	60–74		75+		Totales	
Sexo	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala
Buenos Aires						
M	61	39	55	35	59	38
H	70	29	69	25	70	28
Bridgetown						
M	51	49	35	64	45	54
H	63	37	48	52	57	43
La Habana						
M	30	70	35	65	32	68
H	46	54	42	58	45	55
México, D.F.						
M	28	72	29	71	28	72
H	34	66	33	67	34	66
Montevideo						
M	57	43	55	45	57	43
H	70	30	66	34	69	31
Santiago						
M	33	67	30	70	32	68
H	42	58	42	58	42	58
São Paulo						
M	46	54	41	58	43	56
H	51	49	43	57	46	53

Según la encuesta SABE, los patrones de autoevaluación de la salud, por edad y sexo, confirman que la mayoría de los adultos mayores en las ciudades estudiadas, siendo las únicas excepciones Buenos Aires y Montevideo, tienen una percepción de su propia salud que no es buena. En el cuadro 3.3 se encuentran los resultados de las autoevaluaciones agrupados en dos categorías: en la primera, la percepción de una salud "excelente", "muy buena"' y "buena", y en la segunda, la de una salud "regular"' y "mala". Se presentan los dos grupos de edad principales: 60-74 años y 75 años y más.

Así, el cuadro 3.3 muestra los porcentajes de personas mayores, por sexo y grupo de edad, que sienten estar con buena o mala salud. Existen tres observaciones que merecen un comentario. En todos los países, la proporción de hombres que decla-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

ran estar en buena salud es más alta que la de mujeres. Las diferencias son bastante grandes en todos los casos, con excepción del Brasil. Este hallazgo no es coherente con lo encontrado en encuestas similares en Estados Unidos y Canadá, donde las mujeres dicen estar en buena salud con la misma frecuencia que los hombres. Este fenómeno se acentúa cuando las autoevaluaciones se desglosan por grupos ampliados de edad.

Cabría esperar que el porcentaje de personas que consideran que tienen buena salud disminuyera con la edad. Con excepción de los hombres en Chile y de las mujeres en Cuba, los resultados de la autoevaluación de la salud por grupos de edad muestra un gradiente marcado. También se encuentran disparidades por países en los porcentajes de personas que perciben su salud como buena o mala. En Argentina, dos terceras partes de la muestra declaran estar bien de salud, en tanto que en México menos de una tercera parte de las personas mayores perciben su salud como buena. Todos los demás países caen dentro de esta escala, con Chile y Cuba más cercanos a México y Uruguay, y Brasil y Barbados más parecidos a Argentina.

Si comparamos estos datos con los resultados de autoevaluaciones de salud obtenidos de encuestas similares realizadas en los Estados Unidos (cuadro 3.4), encontramos que las personas mayores de la región informan estar en buena salud con mucha menos frecuencia que las personas en este último país, independientemente

Cuadro 3.4.
Autoevaluación de la salud en las encuestas AHEAD y HRS de Estados Unidos

	Buena	Mala
Encuesta AHEAD		
Mujeres raza blanca	66	34
Mujeres raza negra	51	49
Hombres raza blanca	66	34
Hombres raza negra	50	50
Encuesta HRS		
Mujeres raza blanca	80	21
Mujeres raza negra	65	35
Hombres raza blanca	80	20
Hombres raza negra	65	35

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

del sexo. Se puede observar que los datos de la encuesta AHEAD se comparan con los de las personas de edad más avanzada en Estados Unidos, dado que la muestra sólo se compone de personas mayores de 75 años. En cambio, las personas incluidas en la encuesta HRS sufren del sesgo contrario, ya que la muestra se compone de personas de 55 años o más.

Esto no es simplemente un dato curioso. Podría indicar enormes disparidades de salud que no guardan proporción con lo que cabría esperar con las cifras diferenciales de mortalidad, dados los diferentes niveles de vida existentes en las poblaciones que estamos comparando.

Existen varias líneas de investigación fructíferas en que se usan los datos que acabamos de revisar. Parte de la agenda de investigación que los datos de la encuesta SABE permitirán llevar a cabo en el futuro inmediato abarca los siguientes:

- Análisis de coherencia entre la autoevaluación de la salud y los riesgos de mortalidad: ¿existe concordancia entre los niveles y patrones de mortalidad observados y los que cabría esperar con base en las autoevaluaciones de salud?
- Informes globales sobre la salud: ¿cuáles son los patrones seguidos por indicadores globales, que toman en cuenta no sólo una pregunta, sino una serie de preguntas sobre la evaluación de la salud?
- Relaciones con otros indicadores de salud: ¿qué patrones muestran las relaciones entre la autoevaluación de la salud y otros indicadores de salud, por un lado, y por el otro, las limitaciones funcionales, tales como trastornos y enfermedades notificadas, limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria (avd) o actividades instrumentales de la vida diaria (aivd), estado cognitivo y demás?
- Los diferenciales socioeconómicos: ¿cuál es el gradiente de salud cuando utilizamos como indicador indirecto (*proxy*) la autoevaluación de la salud, la educación, los ingresos, los bienes y otras medidas de posición socioeconómica? ¿Son las desigualdades en el continente americano peores que en otros lugares?

Otros indicadores del estado de salud

Las medidas del estado de salud de personas de edad que usualmente se usan en encuestas se presentan en el cuadro 3.5. La encuesta SABE incluye todas las medidas aquí mencionadas, y en los capítulos 5 y 7 de esta obra se presentan los datos correspondientes para Buenos Aires, Montevideo y Santiago.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 3.5.
Indicadores del estado de salud

Indicadores de morbilidad
- Hipertensión
- Enfermedades cardiovasculares
- Diabetes
- Artropatías
- Enfermedades cerebrovasculares
- Enfermedades pulmonares crónicas
- Cáncer

Síndromes geriátricos
- Pérdida de la visión
- Pérdida de la audición
- Osteoporosis y caídas
- Depresión
- Incontinencia urinaria
- Malnutrición
- Inmovilidad
- Polifarmacia

Salud oral

Estado funcional y discapacidad física

Actividades básicas de la vida diaria: Caminar, comer, vestirse, usar el sanitario, levantarse y acostarse.

Actividades instrumentales de la vida diaria: Ir de compras, cocinar, tomar un transporte, hacer las tareas domésticas, etc.

Uso de y acceso a equipos de apoyo, prótesis y órtesis

Discapacidad cognitiva

Flexibilidad y movilidad

La importancia de tener información sobre la morbilidad de los adultos mayores es evidente. Para elaborar y evaluar programas que provean recursos para prevenir y tratar varias enfermedades y rehabilitar a quienes las padecen se requiere tener conocimientos sobre la prevalencia de estas enfermedades, su control y las prácticas de autocuidado en la población adulta mayor. Esta información se puede recoger en los consultorios o centros de salud comunitarios, pero a veces es preciso obtenerla de la propia población si se ha de lograr una perspectiva crítica que no siempre es posible si la muestra de análisis se compone solamente de los usuarios de un servicio en particular. La desventaja de obtener información sobre la morbilidad mediante encuestas poblacionales es que las personas adultas mayores no siempre tienen diagnósticos clínicos precisos, y por lo tanto algunas enfermedades se encuentran subrepresentadas en la comunidad. Un ejemplo importante es el de las personas adultas mayores a quienes no se les detecta la diabetes tipo II y quienes, por lo tanto, no la reportan. Asimismo, el diagnóstico de cáncer todavía es tabú en muchos países y no siempre se les revela a las personas de edad. Por lo tanto, para analizar la morbilidad en la población adulta mayor se necesitaría tomar información de ambas fuentes: encuestas de población, e información empírica derivada de los consultorios e historiales médicos de las personas.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Otro aspecto importante que debe investigarse en relación con la población adulta mayor es el de los servicios sociosanitarios. Para caracterizar la organización y el financiamiento de los servicios de salud, SABE utilizó la siguiente combinación de variables:

Cuadro 3.6.
Indicadores de acceso y utilización de servicios

	Variables
Tipos de servicios institucionales	• Hospitales, privados o públicos, de casos con problemas agudos
	• Instituciones de atención prolongada
	• Centros de salud, atención primaria privada o pública
	• Servicios de atención domiciliaria
	• Servicios farmacéuticos, de salud mental, dentales
	• Servicios de urgencia
Tipos de financiamiento	• Financiamiento público con o sin copago
	• Seguro social con o sin copago
	• Seguro privado con o sin copago
	• Financiamiento mixto con diversas modalidades de prepago, primas, copago, etc.
Medidas de utilización de servicios	• Número de visitas a los distintos servicios institucionales durante los últimos 4 meses
	• Acceso a los servicios medido en distancia para llegar al servicio.
	• Acceso a los servicios medido en tiempo de espera por los servicios.

Es difícil evaluar el impacto de la oferta de los servicios de atención sanitaria en el estado de salud de las personas mayores, o la relación entre estas dos variables. En los adultos de edad avanzada, la medicina alternativa, la automedicación y el autocuidado pueden desempeñar un papel importante en el manejo de enfermedades y en el estado de la salud. Debido a ello, un estudio comparativo entre países puede ofrecer

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

una oportunidad especial para determinar la relación entre las distintas ofertas de servicios, los distintos mecanismos de financiamiento y el estado de salud de las personas adultas mayores. Para hacer una caracterización completa de los servicios, se debe prestar atención al uso que les dan las diversas cohortes de edad, en función del sexo y del nivel socioeconómico, y la falta de equidad que en él se observan.

Conclusiones y recomendaciones

El comité de expertos en temas relacionados con la salud durante la vejez del Programa de Envejecimiento de las Naciones Unidas (Research Agenda on Ageing for the 21st Century, 1999) y el Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos, han producido documentos importantes con recomendaciones para la investigación sobre temas vinculados con el envejecimiento de la población. El Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos, en su publicación titulada *Preparing for an aging world* (National Research Council, 2001), hace una serie de recomendaciones que subrayan la necesidad urgente de preparar políticas, planes y programas innovadores y estratégicos para responder debidamente a los cambios que se producen en la sociedad como resultado del envejecimiento de la población. Para que los gobiernos puedan responder al reto que plantean la salud y el bienestar en la vejez, se necesita tener pruebas y entender mejor los factores que determinan la salud, el bienestar económico, la solidaridad entre generaciones y el bienestar social en un mundo que está en desarrollo, pero cuyo perfil demográfico se asemeja al de países ya desarrollados.

En este capítulo, la encuesta SABE se utiliza como si fuese el estudio de un caso que ya incorpora las principales recomendaciones hechas por expertos internacionales en el tema:

1. *El estudio del envejecimiento de la población debe hacerse con equipos multidisciplinarios de investigadores.* Los temas abarcados en el cuestionario y los análisis efectuados con la información arrojada por la encuesta fueron posibles porque desde un principio se contaba con equipos de investigadores muy variados: sociólogos, demógrafos, epidemiólogos, geriatras, economistas de la salud, estadísticos y políticos.
2. *Las investigaciones deben ser longitudinales si se han de descifrar las complejas relaciones entre los diversos factores que determinan la salud.* Aunque la encuesta SABE es transversal, se diseñó con la intención de convertirla, al menos en algunos países, en una encuesta por panel para rondas posteriores.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

3. *Es esencial que haya colaboración entre agencias y organizaciones nacionales e internacionales para facilitar el financiamiento, el intercambio y la estandarización de protocolos e instrumentos de investigación entre países.* Mediante la encuesta SABE, la OPS logró traer a una misma mesa de trabajo varias agencias y organizaciones nacionales e internacionales, entre ellas, el Instituto Nacional del Envejecimiento de los Estados Unidos, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras agencias de financiamiento y colaboración técnica regionales y nacionales.
4. *Es preciso realizar estudios multicéntricos y multinacionales, organizados desde un principio como estudios colaborativos y comparativos.* Los estudios comparativos permiten analizar los factores que en cada país, con sus propias condiciones sociales, políticas y culturales, determinan la salud o se relacionan con ella durante el envejecimiento. Un proyecto de recopilación de datos comparativos acerca de las condiciones y el estado de salud de los mayores tiene un valor inestimable para fines científicos y de política. La encuesta SABE se elaboró con un diseño que desde un principio se comprometió a producir datos internacionales estrictamente comparables.
5. *Los países deben fomentar la vinculación y consolidación de fuentes de información para lograr bases de datos relacionadas.* La encuesta SABE, en su diseño inicial, buscó vincular sus datos con los datos administrativos de los hospitales, pero esto fue imposible debido a dificultades administrativas y al costo.
6. *Las bases de datos con los resultados de investigaciones sobre el envejecimiento deben estar disponibles para el análisis y la utilización de la comunidad científica internacional y de quienes toman las decisiones.* La base de datos SABE, una vez completados los informes técnicos de la encuesta por los equipos de investigación de cada país en colaboración con la OPS, se pondrá a disposición de la comunidad científica para estimular el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas con el tema de la salud y el bienestar durante el envejecimiento.

Esperamos que la colaboración que se produjo durante el desarrollo de la encuesta SABE en siete ciudades de la región fomente la continua colaboración técnica y financiera para el desarrollo de investigaciones encaminadas a informar políticas, planes y programas en pro del envejecimiento activo, digno y saludable en las Américas.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Agree, E. M. y G. C. Myers, 1998, *Aging Research in Europe: Demographic, Social and Behavioral Aspects.* Ginebra: United Nations Economic Commission for Europe.

Barker, D.J. P., 1997, *Mothers, Babies and Health in Later Life,* Londres: Churchill-Livingston.

Benyamini, Y. et al., 2000, "Positive affect and function as influences on self-assessments of health: expanding our view beyond illness and disability", *J Gerontol* 55(2):107-116, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences.

Dahlgren, G., y M. Whitehead, 1991, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health,* Estocolmo: Institute for Futures Studies.

Idler E. L. y Y. Benyamini, 1997, Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behavior* 39(1):21-37.

Kinsella, K., 1994, "Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe", en E. Anzola Pérez, et al., *La atención de los adultos mayores: un desafío para los años noventa*, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Maddox, G. L. y E. B. Douglass, 1973, "Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects", *J Health Soc Behavior* 14(1):87-93.

National Academy of Sciences, 1996, *Improving Data on America's Aging Population*, Washington, D.C.: National Academy Press.

National Research Council, 2001, *Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research*, Washington, D.C: National Academy Press.

Palloni, A., 1999, *Protocolo del estudio multicéntrico: salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Palloni, A., S. de Vos y M. Peláez, 1999, "Population Aging in Latin America and the Caribbean", documento de trabajo, Madison, WI: Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin.

Peláez, M. y A. Fernández, 2001, *Directorio de fuentes de información para el estudio de la salud en el envejecimiento en América Latina y el Caribe.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Envejecimiento y Salud.

Suzman, R. M., D. P. Willis y K.G. Manton, eds., 1992, *The Oldest Old*, Nueva York: Oxford University Press.

United Nations, 1999, *Population Ageing 1999*, Nueva York.

United Nations, 1999, *Research Agenda on Ageing for the 21st Century*, Nueva York: United Nations, Division for Social Policy and Development.

Wilkinson, R. y M. Marmot, eds., 1998, *Social Determinants of Health: The Solid Facts.* Ginebra: World Health Organization.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 4

TENDENCIAS DEMOGRAFICAS Y SOCIOECONOMICAS

Isabel Larrañaga Padilla[1], María Victoria Zunzunegui[2], Sandra Arlette Pinzón,[3] Edith Alejandra Pantelides[4], Cecilia Albala[5], Omar Prats[6]

Entre 1950 y 1995, la población del Cono Sur se duplicó como consecuencia de cambios en la mortalidad y fecundidad asociados con el proceso de transición demográfica (Notestein, 1945; CELADE, 1993), aunque con diferente ritmo e intensidad en cada uno de los países. Los cambios más patentes en este período han sido la modificación de la estructura de edad, con un aumento progresivo y sostenido del contingente de personas de 60 años de edad o más, y el consiguiente envejecimiento demográfico (CELADE y BID, 1996).

"En el fondo siempre tenemos la misma edad."

Graham Greene

Tendencias demográficas

Actualmente, los tres países presentan una esperanza de vida superior a los 72 años, mayor a la de América Latina y el Caribe en general, y similar a la del conjunto de la

[1] Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.

[2] Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España; Universidad de Montreal, Montreal, Canadá.

[3] Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.

[4] Centro de Estudios de Población y Consejo Nacional de Investigación Científica y Técnica (CONICET), Argentina.

[5] Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Santiago, Chile.

[6] Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

población europea (73 años) (CELADE y BID, 1996). Las ganancias en la esperanza de vida han favorecido particularmente a las mujeres, lo cual ha contribuido al incremento de la población femenina en la población total, cuya expresión más notable es la feminización de la población adulta mayor, que se refleja en el aumento porcentual del número de mujeres respecto a hombres a lo largo del período.

Durante los últimos 25 años, la urbanización ha mostrado una tendencia ascendente en todos los países (CELADE, 1995; UNFPA, 1997). Actualmente, la población urbana en su conjunto está un poco más integrada por personas de edad que la población rural (12,6% y 11,3% respectivamente) (CELADE, 1998), si bien el ritmo con que crece la población adulta mayor es más acusado en las zonas rurales debido a la emigración de la población joven en edad laboral hacia las ciudades.

En las próximas décadas los tres países completarán su transición demográfica y la mortalidad seguirá bajando, particularmente en personas de edad avanzada, siempre que las políticas de salud vayan dirigidas a lograr que los avances sociales y tecnológicos estén al alcance de toda la población (CELADE y BID, 1996). Como consecuencia de esta transición, y dando por sentada la variante intermedia en la evolución de las tasas de mortalidad, la población chilena llegará a tener en 2025 una de las esperanzas de vida más largas de América Latina —78,5 años, mayor que la de Argentina y Uruguay—, e incorporará entre 2000 y 2025 dos millones más de adultos mayores a su población, lo que supondrá un aumento relativo del 8%. Argentina, por su lado, llegará al 2025 con cerca de 8 millones de adultos mayores y una esperanza de vida de 77,5 años, cifra que representará un incremento del 10% con respecto a la actual. En Uruguay, la población mayor aumentará un 4% y la esperanza de vida se prolongará 3,4 años (hasta los 78,6) en los próximos 25. La población de 60 años o más será del orden de 770.000 (UNFPA 1997; CELADE, 1998).

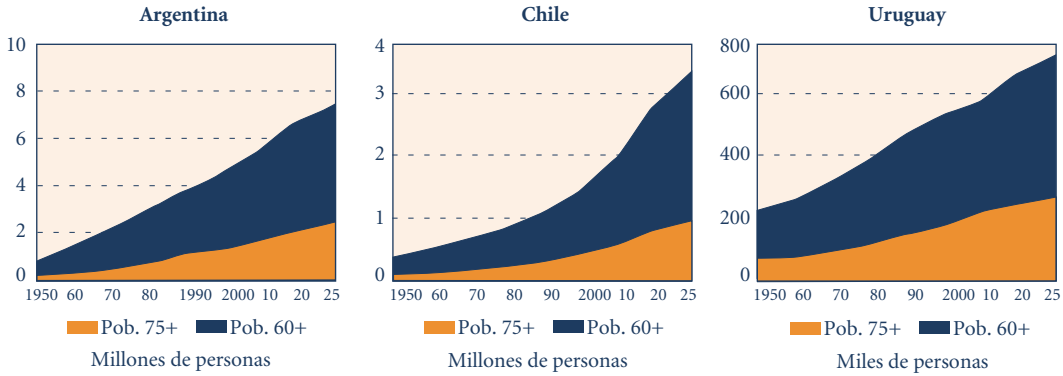
"No contemos los años de un hombre hasta que no tenga nada más que contar."

Ralph Waldo Emerson

Uno de los rasgos característicos de este proceso demográfico, ahora y en un futuro, es el "envejecimiento del envejecimiento", fenómeno que significa que la población de edad más avanzada alcanzará una proporción mucho mayor. Tal como se aprecia en la gráfica 4-1, en 2000 la población mayor de 75 años se acercaba a los 1,4 millones de personas en Argentina, a 400.000 en Chile y a 175.000 en Uruguay, y crecerá aceleradamente hasta alcanzar en 2025 cifras de 2,5 millones, 1 millón y 260.000 en esos países, respectivamente. Estas cifras representan entre el 32 y el 40% de la población mayor de 60 años en estos tres países.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 4-1. Crecimiento esperado de la población de 60 y 75 años y más, Argentina, Chile y Uruguay, 1950–2025



Fuente: Elaboración propia basada en "DemoGraphi '96 & DemoTables '96." United Nations Population Fund, Nueva York, 1997.

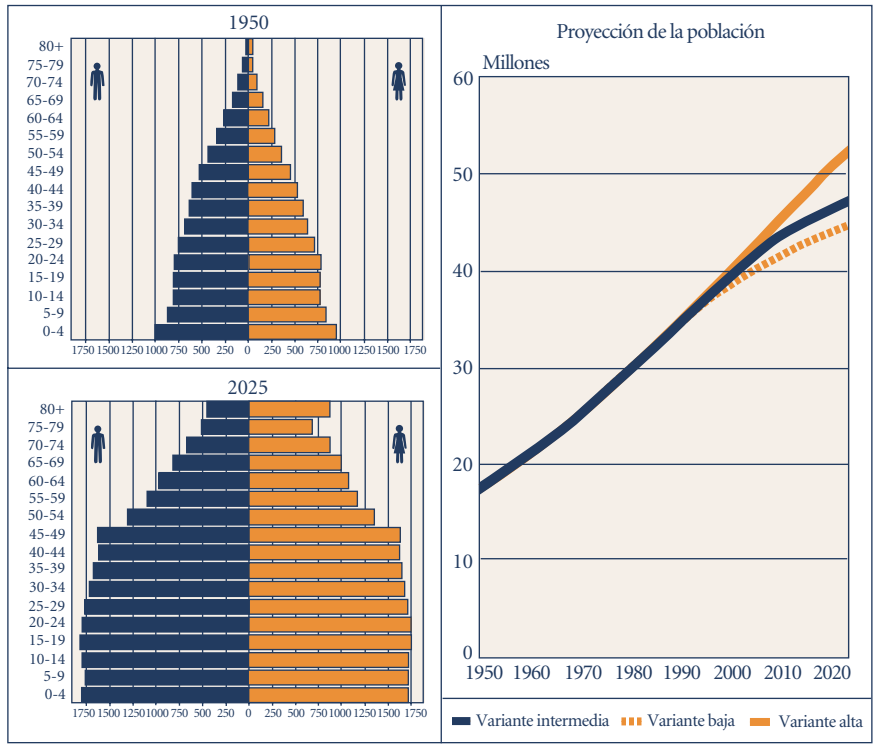
Argentina, durante el período de 1975-2000, ganó 6 años en su esperanza de vida al nacer, y en los próximos 25 años ésta deberá incrementarse 3,4 años más. La fecundidad descenderá progresivamente hasta estabilizarse en 2,1 hijos por mujer a partir del año 2015, garantizando durante el período el reemplazo de la generación anterior. La mortalidad de la población adulta mayor seguirá teniendo como causas principales las enfermedades cardiovasculares, que representan 25% de la mortalidad total. El incremento esperado de la población argentina durante los próximos 25 años será de un 27% y la tasa de crecimiento anual de la población de 60 años y más alcanzará su punto máximo en el año 2010 (2,1%). Así, al final del período habrá 7,8 millones de adultos mayores de 60 años (gráfica 4-2).

Chile, en 1950, partía de un claro desfase demográfico con respecto a los otros dos países del Cono Sur, pero aun así llegará al año 2025 con una de las esperanzas de vida al nacer más largas de América Latina (78,5 años), situándose por encima de Argentina y Uruguay, y la esperanza de vida a los 60 años se incrementará un 7,4%. Chile, al igual que Argentina, alcanzará una fecundidad de 2,1 hijos por mujer en el año 2015. La población mayor mantendrá una tasa de crecimiento ascendente, alcanzando su máximo en 2015 con una tasa de crecimiento medio anual del 3,6%. Así, a lo largo del período 2000-2025, incorporará dos millones más de adultos mayores a su población, pasando de 1,5 a 3,5 millones (gráfica 4-3).

La prolongación de la esperanza de vida en **Uruguay** será de 3,4 años en el período de 2000-2025, con un incremento del 3% de los mayores de 60 años. La fecun-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 4-2. Población total por edad y sexo, Argentina, 1950–2025



Fuente: "DemoGraphic '96 & DemoTables '96". United Nations Population Fund, Nueva York, 1997.

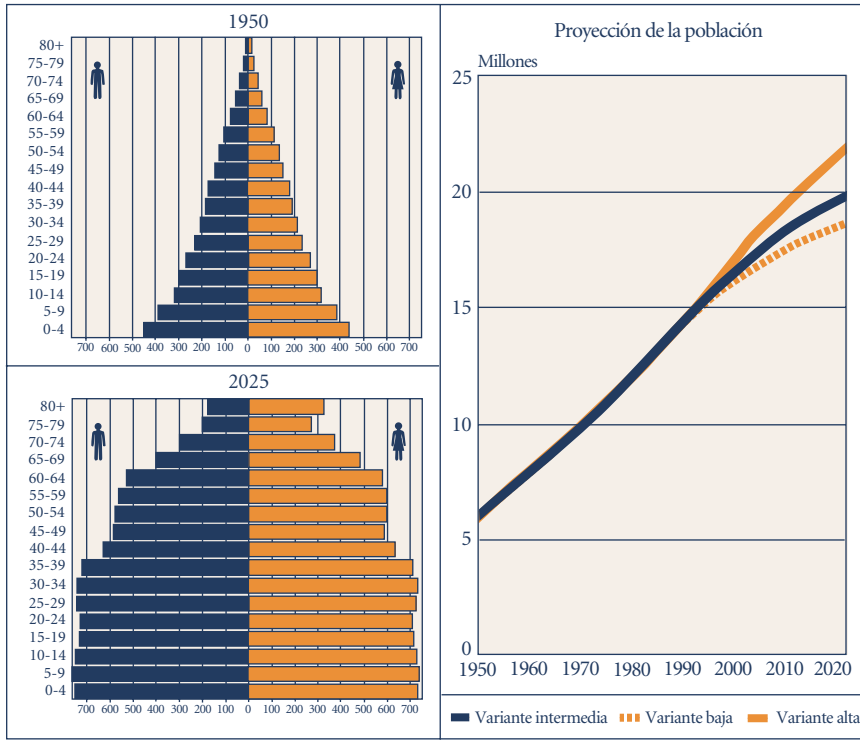
didad se estabilizará en 2,1 hijos por mujer a partir del 2005, siendo su descenso más acelerado que en los otros dos países. Uruguay llegará a 2025 con una tasa media de crecimiento poblacional anual de 0,4%, el más bajo de la Región, mientras que ese mismo año la población mayor habrá alcanzado una tasa de crecimiento de 1,3%. Así, el número de adultos mayores (de 60 años en adelante) aumentará en un cuarto de millón, alcanzando la cifra de casi 800.000 personas (gráfica 4-4). En el año 2025, por cada 100 personas jóvenes habrá 93 de edad avanzada en Uruguay, mientras que en 1995 esta relación era de 100 a 50.

"La juventud no tiene edad."

Pablo Picasso

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 4-3. Población total por edad y sexo, Chile, 1950–2025



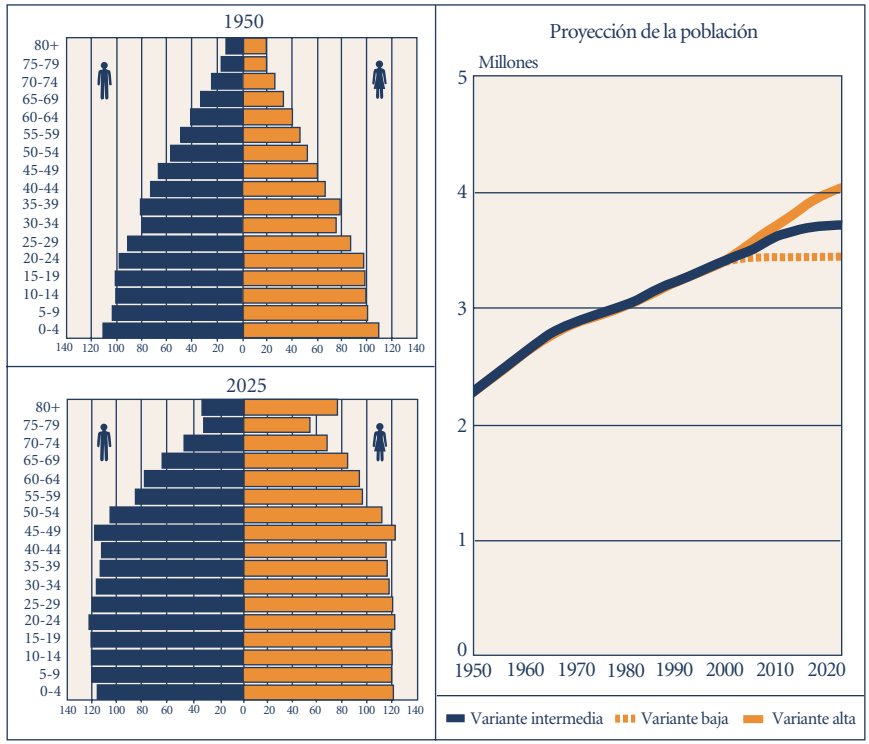
Fuente: Elaboración propia basada en datos "DemoGraphic '96 & DemoTables '96". United Nations Population Fund, Nueva York, 1997.

Futuros escenarios

En las últimas décadas hemos presenciado importantes avances en la investigación médica relacionada con el envejecimiento, además de cambios sociales relacionados con el estilo de vida y el significado de la salud. La disponibilidad de nuevas tecnologías (v.g., la telomerasa, ya en estudio) podría retrasar la muerte celular (Bodnar et al., 1998), lo cual aplazaría la muerte individual y, a la larga, la mortalidad poblacional, hasta edades todavía más avanzadas. Algunos países de Europa y del mundo desarrollado en general han experimentando cambios en el patrón de morbilidad y mortalidad más temprano, y la prolongación de la vida más allá de los límites aceptados del ciclo vital (80 años) parece constituir una reto alcanzable en el medio plazo (Cliquet, 1993). Sin embargo, es poco probable que el acceso a estas tecnologías y estos cambios sea inmediato en los países en estudio —particularmente en los estratos sociales más

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 4-4. Población total por edad y sexo, Uruguay, 1950–2025



Fuente: Elaboración propia basada en datos "DemoGraphic '96 & DemoTables '96". United Nations Population Fund, Nueva York, 1997.

marginados— y, por tanto, su efecto tendrá escasa injerencia en la evolución demográfica anterior a 2015, en el mejor de los casos.

No obstante, la previsión de futuros cambios en la evolución de algunos factores demográficos, como la mortalidad, que podrían acelerar el proceso de envejecimiento poblacional, justifica que se consideren nuevos escenarios demográficos basados en estos supuestos.

Para estudiar el grado de envejecimiento en los nuevos escenarios, se han tenido en cuenta proyecciones de la población basadas en la variante baja de la mortalidad —teniendo en cuenta un descenso anual ajustado por edad de 1,8%—, de acuerdo con el modelo de mortalidad para una esperanza de vida elevada de Coale y Guo (1989). La variante baja de las tasas de mortalidad se basa

"Nadie es tan viejo como para pensar que no va a vivir un año más."

Marco Tulio Cicerón

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

en el postulado de que habrá un rápido aumento en la esperanza de vida al nacer en los tres países del Cono Sur, con un incremento medio de 9 años para el conjunto de la población en el período de 1995-2025, alcanzando los varones una esperanza de vida de 73 años en 2005, 76 años en 2015 y 79 años en 2025, y las mujeres una esperanza de vida de 79 años en 2005, de 82,5 años en 2015 y de 85 años en 2025.

En este nuevo escenario y de acuerdo a la variante baja de la mortalidad, el número de personas en edad avanzada aumentará 23% en Argentina y Uruguay y 19% en Chile. Esto significa que en 2025 habrá una población de personas de 60 años o más superior a 9,5 millones en Argentina, mayor de 4 millones en Chile y cercana a un millón en Uruguay. El aumento de la esperanza de vida al nacer tendrá un impacto más marcado en la población de edad más avanzada, de modo que la población de 75 años o más ascenderá a 3,7 millones en Argentina, 1,3 millones en Chile y 375.000 en Uruguay, cifras que representarán el 38, 32 y 40% de la población mayor de 60 años, respectivamente.

Las estimaciones demográficas basadas en cualquiera de estas hipótesis son aproximadas. En particular las estimaciones basadas en la variante baja de la mortalidad exploran las repercusiones que tendrá un proceso de envejecimiento demográfico más acelerado, cuyo conocimiento permite saber de antemano las necesidades financieras y organizacionales del futuro. Factores macroeconómicos y sociales, tanto como la estructura, organización y financiación de los sistemas de previsión social, y la oferta de servicios sociales, de atención a la salud y de fomento de la vejez activa, influirán de manera importante en la calidad de vida de estas personas. Por esta razón, el análisis de la situación actual y las proyecciones del futuro son elementos importantes para todos los que tienen injerencia en las decisiones que afectan a este grupo.

Tendencias sociales y económicas

La evolución de la población económicamente activa (PEA)[7] permite valorar la tendencia de la oferta de trabajo, siendo sus variaciones reflejo de diversos factores sociales y económicos que inciden en la disposición y oportunidad de participar en la actividad económica.

En los tres países sigue aumentando en números absolutos la PEA, con una tasa de crecimiento superior a la de la población total. Sin embargo, se advierten signos de desaceleración en la tasa de crecimiento de este segmento de la población. Así, en el

[7] La población económicamente activa está compuesta de personas dispuestas a aportar su trabajo para producir bienes y servicios económicos.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

período de 1995-2000, las tasas de crecimiento de la PEA fueron 1,9% en Argentina, 1,1% en Uruguay y 2,3% en Chile, mientras que en 1980-1985 los tres países presentaban tasas superiores al 2% (Argentina 2,3%, Chile 2,8% y Uruguay 2%) (CELADE, 1998; CELADE, 1999). Esta evolución es un indicio de que, aunque sean cada vez más numerosas las cohortes en edad activa, en el futuro esta tendencia quedará frenada, a juzgar por el descenso progresivo mantenido por las bajas tasas de fecundidad de los últimos años (CELADE, 2001).

A pesar del crecimiento económico sin precedentes que ha tenido Chile y las reactivaciones transitorias observadas en las economías de Argentina y Uruguay, los sistemas de protección social para los adultos mayores no han podido garantizar ni la cobertura universal, ni la suficiencia de las pensiones. El monto reducido actual de las pensiones obstaculiza el desarrollo social de la población adulta mayor y limita gravemente las oportunidades estratégicas para crear una economía de servicios diversificada y orientada a cubrir las necesidades de los adultos mayores según su grado de autonomía. Esta situación es particularmente crítica cuando se toman en cuenta las diferencias entre las pensiones de hombres y mujeres, que se han venido profundizando en perjuicio de la mujer de edad, y la situación de los adultos mayores que se mueven en el sector informal, al margen de los regímenes previsionales. Estas personas representan en Argentina un 53,6% de la población económicamente activa (PEA): 27,1% son independientes, 18,7% son pequeños empresarios y 7,8% se dedican al servicio doméstico. En Chile, el mismo grupo representa un total de 50,9% de la PEA: 22,7% son independientes, 21,4% son pequeños empresarios y 6,8% están en el servicio doméstico. Por último, la misma población en Uruguay representa 37,9% de la población total: 21,3% son independientes, 10,3% son pequeños empresarios y 6,3% trabajan en el servicio doméstico.

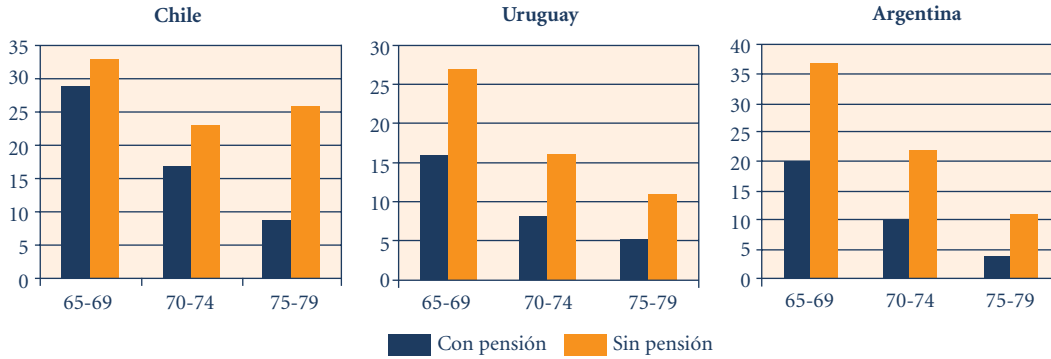
La participación de los adultos mayores en la fuerza de trabajo es un hecho patente en el medio latinoamericano y caribeño. Aunque se entiende por población en edad activa la que tiene entre 15 y 64 años, en la región las personas por encima y debajo de esas edades participan en la actividad económica de una manera importante, con mayor intensidad cuanto mayor es el nivel de pobreza y menor la cobertura de los sistemas previsionales y de asistencia social de cada país.

La tasa de actividad[8] en la población de 70 a 80 años alcanzó el 10% en Chile, 13% en Argentina y 8% en Uruguay (CELADE, 1999). También se observó en la población mayor de 80 años una demanda de empleo por parte de 5% de la población

[8] Se denomina "tasa de actividad" la proporción entre la población económicamente activa y la población total en una fecha determinada.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 4-5. Proporción de la población de 65 años y más que trabaja, según situación previsional



Fuente: Elaboración propia.

de esa edad en Argentina, 4,5% en Chile y 3% en Uruguay. La elevada proporción de adultos mayores que desean participar en el mercado del trabajo parece indicar que necesitan lograr una manera de sobrevivir. Efectivamente, los datos del estudio SABE demuestran que la proporción de personas entre los 65 y 80 años de edad que continúa trabajando lo hace fundamentalmente por necesidad, fenómeno que se asocia estrechamente con el hecho de no recibir ninguna pensión (gráfica 4-5).

A nivel microsocial, el impacto del envejecimiento se circunscribe fundamentalmente al contexto de la familia y del propio adulto mayor. El incremento de las parejas o personas sin descendencia, el aumento de las rupturas y disoluciones entre parejas y la mayor movilidad geográfica de los miembros de la familia, alteran el equilibrio entre jóvenes y adultos mayores en el seno familiar y pueden modificar la provisión del cuidado informal, normalmente suministrado por familiares, especialmente por las mujeres.

El índice de apoyo familiar (Myers, 1992) relaciona el número de hijos o descendientes adultos agrupados en una o varias generaciones, con la generación de sus progenitores. En las generaciones de los cuidadores potenciales, las mujeres se analizan por separado, ya que en los tres países predominan normas sociales que definen la división de tareas del ámbito doméstico en función del sexo, y el cuidado de los adultos mayores suele ser una responsabilidad cumplida por las mujeres de la familia.

En 1950 la red de apoyo de los adultos mayores era de nueve personas, en promedio, en Argentina y Chile, y de cinco en Uruguay, mientras que en el año 2025 esta red será de apenas tres personas, de las cuales una o dos serán mujeres. Por otra parte, los cuidadores potenciales de los adultos mayores de 80 años, aunque serán más

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

numerosos, tendrán a su vez más edad (60 a 69 años), lo cual limita su capacidad potencial para brindar asistencia y cuidados a sus parientes más ancianos. Para 2025 solamente dos de cada tres (60 a 65%) adultos mayores dispondrán al menos de una mujer que los cuide en su red de apoyo social.

Aunque los debates públicos y las políticas sociales que han surgido en los últimos años apuntan a que el hogar familiar es el hábitat más apropiado para el adulto mayor, no está confirmado que convivir con miembros de otras generaciones sea la opción más apropiada. Las circunstancias y condiciones actuales ponen en entredicho los sistemas tradicionales de asistencia a la población anciana basados casi exclusivamente en el apoyo familiar, y reclaman estrategias dirigidas a asistir en esta tarea tanto a los hogares nucleares como a los que están integrados por personas de varias generaciones. De no ser así, el papel irreemplazable de la familia como canal de transmisión y trasferencia entre generaciones se podrá ver sometido a un deterioro inevitable (CELADE, 1997). En España, país que también valora la dependencia entre miembros de la familia como muestra de solidaridad entre generaciones, se ha observado que el hecho de vivir con los hijos se asocia con una buena percepción de la propia salud y con pocos síntomas de depresión, beneficios que son particularmente llamativos para las personas viudas. Sin embargo, para que la familia pueda ejercer su función como fuente de apoyo y refugio en momentos de crisis, es necesario que no se vea amenazada en su bienestar y en su capacidad para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria (Zunzunegui et al., 2001).

El examen de las personas entrevistadas en el estudio SABE permite constatar ciertos cambios sociales asociados a la urbanización e industrialización en cada país, en especial en lo referente a la situación social de las mujeres y a la composición de la familia. Por ejemplo, cuando se compara la generación que tiene entre 60 y 70 años con el grupo de 80 años o más, en el primero se observa un ligero aumento del número de personas que terminaron la escuela primaria, una ligera disminución del número de hijos y un aumento del número de divorciados. Sin embargo, las diferencias más marcadas se observan de un país a otro. Así, el número promedio de hijos es de 4 en Chile, 3 en Uruguay y 2,4 en Argentina y estas variaciones son mayores que las observadas entre distintas cohortes de nacimiento dentro de cada país.

Síntesis

El crecimiento demográfico acelerado y las situaciones socioeconómicas observadas en los tres países que aquí se examinan subrayan la necesidad de profundizar las políticas y los programas ya iniciados en cada caso, fundamentalmente en función del cre-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

cimiento registrado de la esperanza de vida al nacer y a los 60 años de edad. Los colectivos argentinos y uruguayos, que iniciaron su envejecimiento poblacional en la primera mitad del siglo XX, ya sienten el impacto de una longevidad prolongada inadecuadamente atendida, mientras que en Chile apenas se comienza a sentir esta presión. Estos cambios se ven agravados por la reducción progresiva ya observada de la red de apoyo familiar en función de la menor fecundidad; la nuclearización de la familia con la consiguiente reducción y envejecimiento de los cuidadores potenciales, sean hombres o mujeres; la vulnerabilidad económica y social de la mujer de edad, y la participación importante de las personas mayores en la fuerza laboral, vinculada a su pobreza y desprotección social. Los tres países disponen de poco tiempo para ajustar su cultura, dinámica social, planes de seguridad económica y servicios a las necesidades de sus ciudadanos mayores.

"La edad no es un tema interesante. Cualquiera puede envejecer. Todo lo que tiene que hacer es vivir suficiente."

Groucho Marx, cómico estadounidense, 1890–1977

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Bodnar, A.G., Ouellette, M. Frolkis, M., Chiu, C.P., Morin, G.B., Harley, C.B., Shay, J.W., Lichtsteiner, S., Wright, W.E. (1998) "Extension of life-span by introduction of telomerase into normal human cells". *Science*, 279:334–335.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1993, "Población, equidad y transformación productiva", presentado en la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo, México, D.F., 1993.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1995, "América Latina: proyecciones de población urbana-rural, 1970–2025" , LC/DEM/G.163, *Boletín Demográfico* 56.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Banco Interamericano de Desarrollo, 1996, *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: contribución al diseño de políticas y programas*. Santiago, Chile. (LC/DEM/G.161/E)

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1997, *Ageing: four dimensions of a society for all ages*, Adelaide, Australia: World Congress of Gerontology.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1998, "América Latina: proyecciones de población 1970–2050". LC/DEM/G.180, *Boletín Demográfico* 62.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1999, "América Latina: población económicamente activa 1980-2025". LC/G. 2059/E. *Boletín Demográfico* 64.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 2001, "América Latina: fecundidad 1950–2050" , LC/G. 2136-P/E, *Boletín Demográfico* 68.

Cliquet, R. (1993) "The future of Europe's population". *Population Studies* Nº 26, Países Bajos: Council of Europe.

Coale, A. Guo, G. (1989) "Revised Model Life Tables at Very Low Levels of Mortality". *Population Index*, 55, 4:613–643.

Myers, G.C., 1992, "Demographic aging and family support for older persons", en H. Kending et al., eds., *Family support for the elderly: The international experience*, Oxford: Oxford University Press.

Notestein, F.W., 1945, "Population: the long view", en T.W. Schultz, ed., *Food for the world*, Chicago: University of Chicago Press.

Population Reference Bureau (PRB), 1998, *World population data sheet: demographic data and estimates for the countries and regions of the world*, Washington, D.C.

United Nations Population Fund (UNFPA), 1997, *DemoGraphic'96* & *DemoTables'96*. Nueva York.

Zunzunegui MV, Béland F, Otero A., 2001, "Social support from children, self-rated health and depression in Spanish older people", *Int J Epidemiol* 2001, en preparación.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 5

CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA

María Victoria Zunzunegui, Sandra Arlette Pinzón, Tomás Engler, Edith Alejandra Pantelides, Cecilia Albala, Omar Prats

La situación socioeconómica, los estilos de vida y la dinámica y el entorno sociofamiliares de las personas mayores facilitan o dificultan su envejecimiento activo y saludable. Si bien un contingente importante de los ciudadanos de edad avanzada es activo y goza de buena salud, en los tres países examinados en esta obra la elevada prevalencia de factores de riesgo socioeconómicos y biológicos tiende a limitar la calidad de vida de ese grupo. Entre los obstáculos más importantes cabe mencionar la inseguridad económica, la inseguridad ciudadana, el sedentarismo, la falta de prevención y control adecuado de los trastornos crónicos y el aislamiento social. Estos elementos tienen su origen en: a) la insuficiencia y baja cobertura de las pensiones en los actuales sistemas de previsión social; b) el entorno físico y social, incluidos la seguridad personal y el acceso al transporte y a los espacios públicos; c) el tabaquismo y el abuso del alcohol; d) el poco acceso a sistemas eficientes de cuidados y servicios de salud y sociales; y e) la situación de convivencia y las relaciones con la familia y los amigos. El envejecimiento activo y saludable se puede lograr cuando hay condiciones propicias en términos de seguridad económica y personal; estilos de vida en que se practica el ejercicio físico y formas creativas y placenteras de ocupar el tiempo libre; una alimentación suficiente y equilibrada; la religiosidad y ciertas características de la personalidad, tales como la autoestima, la sensación de tener control sobre la propia vida y una buena red social.

"Para conservarse joven, el secreto es vivir honradamente, comer lentamente y mentir sobre la edad."

Lucille Ball, cómica estadounidense, 1911–1989

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

En el presente capítulo se elabora el concepto del envejecimiento activo y se analizan las condiciones en que transcurre la vida de los adultos mayores en Argentina, Chile y Uruguay, su entorno social, sus hábitos de vida y algunos aspectos sicosociales. La perspectiva de lograr un envejecimiento activo y saludable se apoya necesariamente en los elementos que aparecen en la gráfica 5-1: el ejercicio físico, las actividades dentro y fuera del hogar, la participación en la vida familiar y social, el poder disfrutar de momentos de recreo, y la buena salud y capacidad funcional. En términos generales, vemos (gráfica 5-1) que, aun cuando la mayoría tiende a percibir su salud como buena y presta ayuda a su familia, la población adulta mayor de Buenos Aires, Montevideo y Santiago es menos activa de lo que podría ser, observándose un alto grado de sedentarismo. Una mayoría teme salir de su casa, y participa poco en asociaciones y actividades culturales, como se verá en las secciones que siguen. Los sistemas de previsión social y los servicios de salud y de asistencia social serán examinados en otros capítulos del presente libro.

Envejecimiento activo y saludable

El envejecimiento activo y saludable supone poder disfrutar de la última etapa de la vida en condiciones de seguridad económica y personal, con participación activa en la vida familiar y social y con una buena percepción de la propia salud. Este concepto es relativamente nuevo, ya que la vejez siempre se ha visto como un estado de deterioro que precede a la muerte.

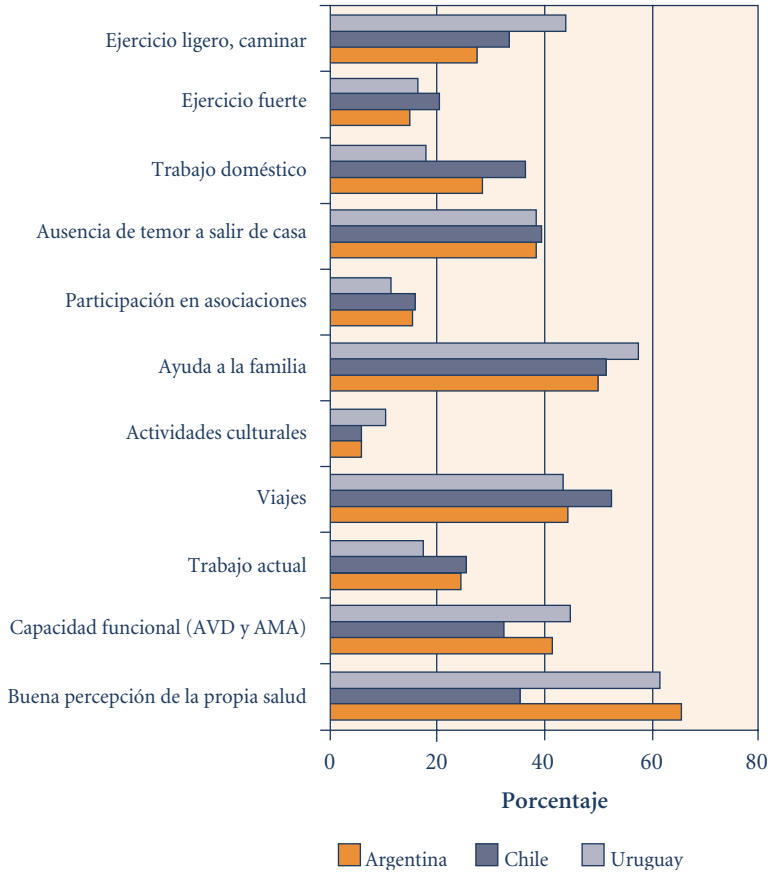
El reconocimiento de que la capacidad funcional no se pierde inexorablemente con el envejecimiento y de que el proceso de discapacidad es dinámico y susceptible de empeorar y mejorar según el medio social donde se presenta, ha estimulado la investigación gerontológica. Actualmente sabemos que la discapacidad en la vejez puede prevenirse mediante un buen control de las enfermedades crónicas y el fomento de la actividad física y social en un entorno que permita intercambios emocionales y asistenciales en consonancia con las circunstancias sociales y el estado de salud de cada persona (Strawbridge, 1996; Seeman, 1995; Guralnik, 1989). Por tanto, explorar maneras de reducir los años de vida con discapacidad y de prolongar hasta un máximo la esperanza de vida activa tiene interés humano y social.

"Cuando me dicen que estoy demasiado viejo para hacer algo, procuro hacerlo enseguida."

Pablo Picasso

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 5-1. Prevalencia de elementos del envejecimiento activo y saludable



La mayoría de las personas mayores desean una vida activa y una muerte rápida, con poco dolor y sufrimiento. Ahora que la supervivencia hasta edades avanzadas es un fenómeno común, las personas le temen menos a la muerte y más a la discapacidad, o a tener que depender de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

La discapacidad depende de muchos factores. Haber tenido muchos trastornos crónicos, una mala posición socioeconómica a lo largo de la vida, un déficit cognitivo y síntomas de depresión frecuentes predisponen a la discapacidad. Al mismo tiempo,

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

la actividad física es el factor que más se asocia con una buena capacidad funcional hasta el final de la vida (Leveille et al., 1999). La actividad física puede reducir el riesgo de discapacidad mediante varios mecanismos: la prevención de algunas enfermedades crónicas, la reducción del impacto funcional de las enfermedades ya presentes y el retraso de los deterioros funcionales y fisiológicos que obedecen al propio envejecimiento (Leveille et al., 1999).

"Pocas personas saben ser viejas."

François La Rochefoucauld, escritor francés, 1613–1680

Otros factores sicosociales, además del estado de salud y la posición socioeconómica, también influyen en las probabilidades de gozar de un envejecimiento activo y saludable. En particular, las redes sociales y el apoyo emocional que se recibe de los seres allegados —hijos, parientes y amigos— tienen un efecto protector en relación con la capacidad funcional de las personas mayores (Seeman et al., 1995), y la participación en actos religiosos se asocia con prácticas saludables, una buena percepción de la propia salud y pocos síntomas depresivos (Idler y Kasl, 1997). Además, la participación en actividades religiosas parece ser especialmente beneficiosa para las personas con discapacidades.

Tiene importancia prioritaria, desde el punto de vista del envejecimiento activo, identificar el grado de actividad de la población mayor, medido en función de la manera en que ésta ocupa el tiempo. El alcance de estos factores en los tres países estudiados se puede apreciar en la gráfica 5-1. Grupos focales de personas mayores en los tres países dieron sus opiniones sobre el alcance de su actividad física y social. Fueron las siguientes: a) hay grupos comunitarios y grupos sociales que luchan por una vejez activa; y b) las actividades de estos grupos e individuos se aprovecharían mejor con una adecuada preparación para la jubilación y la vejez. Muchas de las actividades reconocidas se limitan a las organizadas por asociaciones públicas y privadas de baja cobertura. Consisten principalmente en clases, grupos de baile y música, y deportes. Hasta hace unos años, en los países de América Latina se valoraban poco los estilos de vida activos en la vejez. El presente estudio aporta información sobre cómo pasan el tiempo los adultos mayores.

Ejercicio físico

De las encuestas OPS-SABE hemos tomado alguna información sobre la frecuencia de la actividad física en las poblaciones de Santiago, Buenos Aires y Montevideo. Tal

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

como se aprecia en la gráfica 5-1, entre un 25 y 45% de los encuestados dicen que pasean, caminan o hacen algún tipo de ejercicio ligero o moderado en sus ratos de ocio. La capital uruguaya es donde el porcentaje de personas que hacen ejercicio ligero es mayor (44%). Le siguen Santiago, con 33%, y Buenos Aires, donde sólo el 27% dice caminar o hacer ejercicio ligero. Una minoría de las personas encuestadas hace ejercicio fuerte por lo menos tres veces por semana. En Santiago, el 17% de las mujeres y el 27% de los hombres mayores de 60 años dicen hacer ejercicio fuerte; en Montevideo lo hacen el 21% de los hombres y el 12% de las mujeres, y finalmente en Buenos Aires, el 20% de los hombres y el 10% de las mujeres hacen ejercicio fuerte por lo menos tres veces por semana. En todos los grupos de edad estudiados, las mujeres tienden a hacer menos ejercicio físico que los hombres. La práctica del ejercicio fuerte disminuye con la edad, pero existe un porcentaje poco despreciable —entre el 10 y el 20%, según el país— de los mayores de 80 años que continúa practicando algún ejercicio fuerte por lo menos tres veces por semana. Si se considera que la mayoría de las personas mayores —Santiago es la única excepción— perciben su propia salud como buena, cabe pensar que existe un espacio potencial no aprovechado y viable para que este grupo incremente su actividad física en los tres países.

Otras actividades de ocio

Las personas que participan en actividades en su tiempo libre tienen un menor riesgo de demencia y se mantienen en mejor estado funcional (Fabriguole et al., 1999; Seeman et al., 1995). La participación habitual en ciertas actividades, tales como viajar, hacer trabajos manuales, cuidar del jardín, leer y practicar juegos de mesa, se asocia con un menor riesgo de demencia. Los trabajos de voluntariado comunitario y el cuidado de los niños se asocian con el buen mantenimiento de la función física.

Según los datos arrojados por las encuestas OPS-SABE, los ancianos suelen dedicar su tiempo de ocio principalmente a actividades sedentarias: televisión, labores domésticas y juegos de mesa. Una minoría lee o asiste a actos culturales como el cine, el teatro, o los conciertos. Alrededor de un tercio de los mayores que viven en las capitales de los tres países hacen trabajos manuales durante su tiempo de ocio, según las encuestas. Si se tiene en cuenta la elevada proporción que dice no tener ingresos suficientes, se puede comprender por qué son limitadas las posibilidades de utilizar el tiempo de ocio fuera del hogar. Aun así, la participación en aprendizajes que requieren buena función cognitiva puede servir para mantener íntegras las facultades mentales, y los niveles observados dejan clara la necesidad de emprender actividades de promoción en este sentido.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 5-1.
Porcentaje de adultos mayores encuestados que declara tener actividades recreativas

	Actividades de ocio			
Actividades	Totales	Mujeres	Hombres	Ciudad/País
Trabajos de la casa	36	36	36	Santiago
	28	34	13	Buenos Aires
	18	27	4	Montevideo
Televisión, radio	27	35	10	Santiago
	22	24	19	Buenos Aires
	45	43	49	Montevideo
Contactos sociales, visitas	6	6	7	Santiago
	8	9	6	Buenos Aires
	SC[a]	SC	SC	Montevideo
Caminar	7	8	6	Santiago
	24	21	30	Buenos Aires
	SC	SC	SC	Montevideo
Ejercicio físico, ligero o moderado	28	26	30	Santiago
(para Montevideo, se incluye caminar)	27	24	32	Buenos Aires
	44	39	52	Montevideo
Actividades culturales, cine, teatro, conciertos	5	4	8	Santiago
	5	5	5	Buenos Aires
	10	10	9	Montevideo
Lectura	1	1	1	Santiago
	18	17	20	Buenos Aires
	19	20	18	Montevideo
Juegos de mesa	8	8	9	Santiago
	9	7	13	Buenos Aires
	7	6	8	Montevideo
Cuidado de niños o paseo de animales	7	4	12	Santiago
	10	9	11	Buenos Aires
	10	6	12	Montevideo
Ninguna de las anteriores	7	6	9	Santiago
	22	21	23	Buenos Aires
	16	16	15	Montevideo

[a] Sin contestar.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Los viajes

La vejez habitualmente llega después de una vida larga de trabajo y es cuando se considera que la persona tiene derecho a reposar y a hacer todo lo que ha pospuesto durante su vida laboral activa. Es bien sabido que en los países de Europa y Norteamérica, los viajes de placer agradan a muchas personas mayores. No se trata de viajar continuamente, sino de viajar a algún lugar que siempre se ha deseado conocer, sin que haya habido la ocasión en etapas anteriores de la vida. A pesar de sus limitaciones económicas, cerca de la mitad de los mayores encuestados en el estudio OPS-SABE dijo haber realizado algún viaje de placer en los dos años anteriores. Los viajes tienen una duración mediana de 7 días y el medio de transporte más utilizado es el autobús (50%). En general, los adultos mayores entrevistados viajan con fines de turismo y, en segundo lugar, para visitar a la familia. Suelen viajar acompañados de su cónyuge, cuando lo tienen, o de sus hijos u otros parientes, pero también hay un grupo (de 15 a 20%) que viaja solo. El destino del viaje suele ser algún lugar de vacaciones dentro del país. Así, en Buenos Aires, muchos dicen visitar lugares de la costa. Los países vecinos y Europa o Norteamérica son otros destinos menos frecuentes.

El 60% de las personas que no viajan citan como principal motivo las dificultades económicas, y en segundo lugar la mala salud o el temor (12%). Muy pocas de las personas entrevistadas dicen que no viajan porque no quieren o porque no sienten la motivación.

En España, el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) ha creado un programa de viajes de bajo costo destinado a las personas mayores. El programa se realiza en la temporada turística baja y permite que funcionen durante todo el año numerosos establecimientos hoteleros, especialmente en zonas costeras. Este programa constituye un buen ejemplo de una política social que articula las necesidades de empleo y de ocupación del tiempo libre de distintos grupos de edad. El programa de viajes del IMSERSO cuenta con gran popularidad y su cobertura está limitada sólo por el número de establecimientos que participan, ya que la demanda de los jubilados va en aumento.

Participación social

La participación social tiene efectos beneficiosos sobre la capacidad funcional y la función cognitiva. Se ha observado repetidamente que las personas mayores que tienen una buena red social tienen un riesgo de morir menor que el de personas mayores que viven aisladas o que tienen pocos contactos sociales. En estudios más recientes se han

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

hallado indicios de que la cantidad y el tipo de relaciones sociales influyen en el riesgo de demencia, observándose un aumento de este riesgo a medida que se acentúa el aislamiento social (Bassuk et al., 1999).

A juzgar por los datos arrojados por las encuestas OPS-SABE, la participación en asociaciones comunitarias es muy limitada. En Buenos Aires y en Santiago, sólo el 15% presta ayuda voluntaria en centros comunitarios, principalmente en guarderías infantiles y centros para adultos. En Montevideo esta proporción alcanza sólo el 10%.

Son muchas las barreras que obstaculizan la participación social, como explicaba una persona mayor que formó parte de la discusión en un grupo focal en Chile: "Un 30% de los adultos mayores o de los pensionados, que es el grupo que más conozco yo, están impedidos físicamente para asistir a cualquier evento, un 40% no tiene los medios económicos para ir a ninguna reunión, ni a nada que se parezca, después hay un 5% que está postrado críticamente por un problema muy serio. Así que tendrían posibilidades de asistir a una reunión o a un evento algo así como un 25%".

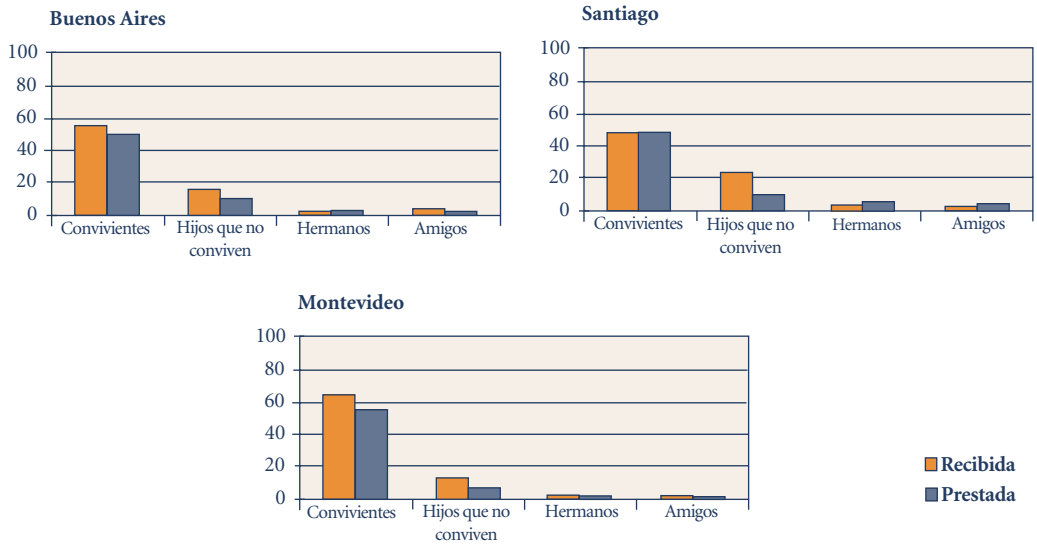
Las personas mayores entrevistadas en los grupos focales coinciden en reconocer la importancia de la participación en organizaciones comunitarias. Representantes de grupos organizados de adultos mayores chilenos consideran que la participación activa de estas personas desempeña un papel clave en la planificación, ejecución y control de los programas dirigidos a ellas. Con este fin se propone estimular y organizar a gran escala grupos de autoayuda para adultos mayores, quienes serán debidamente capacitados para poder influir en la solución de los problemas locales de las personas en su grupo de edad. Los mayores reclaman la administración de los programas que están dedicados a ellos y se quejan de que las administraciones locales, los alcaldes y los gobiernos de los ayuntamientos no destinan los presupuestos sociales a actividades para adultos mayores.

Por otra parte, en los últimos años, en Chile particularmente, ha habido un florecimiento de asociaciones comunitarias. Sólo en la región V de Chile aparecen registrados casi 300 clubes de adultos mayores, con un promedio de 34 socios por club. Mediante estas organizaciones los adultos mayores tienen derecho, como ciudadanos, a ejercer presión sobre las autoridades. Pueden pedir que se adelante un proyecto de ley o que se les permita participar en los plebiscitos comunales o asistir a las reuniones del Consejo Municipal. Más de 100.000 adultos mayores en Chile tienen esta participación ciudadana, según el Catastro Nacional de Organizaciones Sociales del Adulto Mayor.

Ayuda prestada a la familia y a personas allegadas. Un grupo muy numeroso de personas de edad (alrededor del 50% en Buenos Aires y Santiago y del 57% en Montevideo) dice que ayuda a la familia con las tareas domésticas, y de un 10 a un 15% adi-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 5-2. Intercambios de ayuda doméstica entre las personas mayores y sus familias y amigos



cional dice que cuida a los nietos (gráfica 5-2). Se observa que más de la mitad de los adultos mayores participan constantemente en actividades de apoyo a otros miembros de la familia. Se sabe que la interdependencia familiar siempre ha sido muy fuerte en América Latina, y los datos de la encuesta BID-OPS-SABE revelan que una mayoría de las personas mayores trabajan informalmente ayudando a miembros más jóvenes de la familia o cuidando a parientes mayores, por lo menos en Buenos Aires. Aunque las personas mayores proporcionan una ayuda importante, principalmente a la familia con la que conviven, también ayudan, en menor medida, a amigos y familiares con los que no viven.

"La edad no nos protege del amor, pero el amor, hasta cierto punto, nos protege de la edad."

Jeanne Moreau, actriz francesa, 1928

A juzgar por los datos aquí examinados, la participación social de los adultos mayores consiste sobre todo en el intercambio de servicios en el seno de la familia, y el núcleo familiar es el centro de la actividad social de las personas mayores. Esta realidad contrasta con la observada en países anglosajones, donde los adultos mayores participan en la vida social por conducto de organizaciones comunitarias, así como por medio de contactos o por intercambio de servicios intrafamiliares menos fre-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

cuentes que los observados en las encuestas OPS-SABE. Esta diferencia ofrece en nuestros países un contexto más propicio para los programas de apoyo y atención domiciliaria que cuentan con el concurso activo de la familia.

Trabajo remunerado. Durante los grupos focales se destacó el deseo de trabajar como aspecto importante de la sensación de actividad. No obstante, este deseo se ve frustrado por las pocas oportunidades de trabajo que ofrece el mercado laboral, en función de políticas adversas estatales y empresariales de empleo, jubilación y pensiones. No obstante, los empresarios participantes manifestaron su preocupación por la tendencia a contratar a personas jóvenes, quienes reciben salarios más bajos y pueden dedicarse a trabajar más tiempo, dejando a un lado a los adultos mayores que podrían aportar una mayor experiencia con la que también se beneficiarían sus colegas más jóvenes.

Los datos de la encuesta OPS-SABE nos revelan que en Buenos Aires y Santiago, uno de cada cuatro adultos mayores de 60 años trabaja, y esta cifra es de 15% en Montevideo. Es más frecuente que los hombres sigan trabajando. La población laboralmente activa se compone de hombres y mujeres a razón de 2:1. Estas proporciones bajan mucho después de los 80 años, pero cabe destacar que entre los 70 y 80 años de edad la proporción de hombres que trabaja es de 29% en Santiago, 22% en Buenos Aires y 11% en Montevideo, mientras que la proporción de mujeres de ese mismo grupo de edad que trabaja está entre el 6 y el 9%. Es probable que estas diferencias reflejen lo que ya se ha explicado en otros capítulos, es decir, que el nivel de actividad laboral entre las personas mayores es una función de su grado de necesidad económica.

Cuando se investiga por qué trabajan las personas mayores, alrededor del 80% lo hacen porque lo necesitan o para ayudar a la familia. De las que no trabajan, únicamente entre el 6 y el 8% dicen que no encuentran empleo; otras razones citadas con frecuencia son, en primer lugar, el tener una pensión o estar jubilado, y en segundo lugar la mala salud o el hecho de que la familia no les permite hacerlo.

Además, cabe resaltar que las jornadas de trabajo son largas. El grupo de 60 a 64 años trabaja una media de 40 horas por semana; la media de horas laborales por semana se reduce a 30 en el grupo de 70 a 74 años y a 20 en el de personas de 80 años y más que continúan trabajando.

Factores asociados al envejecimiento activo

En la primera parte de este capítulo hemos examinado algunos aspectos del envejecimiento activo, tales como la actividad física, el empleo del tiempo de ocio, la presta-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

ción de ayuda a la familia y la comunidad, y la actividad laboral remunerada. En la segunda parte examinaremos algunos factores asociados al mantenimiento de la actividad en la vejez, tales como la seguridad ciudadana, la existencia de una red social satisfactoria, la calidad de la vivienda, la seguridad económica y un buen estado de salud y capacidad funcional.

Seguridad ciudadana

Entre el 35 y el 40% de los adultos mayores entrevistados sienten temor a salir de la casa. Este temor se relaciona principalmente con el miedo a la agresión y en segundo lugar con el temor a sufrir una caída. El miedo a la agresión no es infundado. Alrededor del 10% de la muestra manifiesta haber sido agredido físicamente y también alrededor del 10% dice haber sufrido agresiones verbales. Este miedo a salir de la casa para enfrentarse a un ambiente hostil es un factor que impide que las personas mayores puedan gozar de una vida activa.

El miedo a sufrir una caída está estrechamente asociado al estado de salud y en particular a la visión. Veremos más adelante (capítulo 7) que una elevada proporción de personas mayores sufre problemas visuales y que la cirugía de cataratas no es tan accesible como haría falta para salvar la visión de muchas personas mayores aquejadas por este problema relativamente fácil de tratar. El miedo a caerse está también asociado al difícil acceso a los medios de transporte públicos. Hemos visto que sólo uno de cada cuatro hogares dispone de automóvil y que el medio de transporte más utilizado es el autobús. Es necesario garantizar la locomoción de las personas mayores mediante autobuses de plataforma baja y conductores entrenados para prestar servicios a personas con discapacidades.

Convivencia

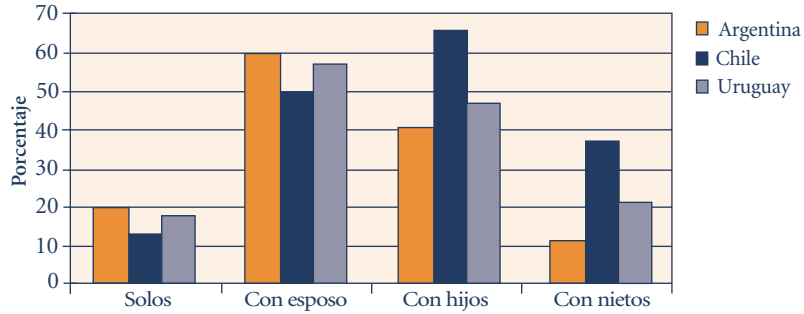
Otro elemento esencial para que las personas mayores se mantengan activas es la convivencia. Los adultos mayores en las tres ciudades tienden a vivir acompañados (apenas entre un 13 y un 20% viven solos). La mayoría de los mayores que viven solos actualmente llevan ya más de cinco años en esta situación. La probabilidad de vivir solo aumenta con la edad, pero en Santiago y Buenos Aires depende poco del sexo, a pesar de que las mujeres viven más tiempo y enviu-

"No se deja de reír porque se envejece, pero se envejece cuando se deja de reír."

Michael Pritchard, activista y humorista norteamericano

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 5-3. Tipo de convivencia de las personas mayores



dan con mayor frecuencia que los hombres. En Montevideo, por el contrario, el vivir solo guarda una mayor asociación con el sexo femenino: viven solos el 9% de los hombres mayores de 80 años y el 30% de las mujeres de la misma edad.

Una gran parte de los mayores viven con su cónyuge, hijos o nietos. Cabe notar que casi todos los entrevistados (94–96%) se encuentran a gusto con las personas con quienes conviven, situación que queda confirmada por la relativa estabilidad de las situaciones de convivencia en los tres países (más del 75% de las personas declaran llevar más de 5 años en la situación actual). Los cambios de convivencia obedecen a eventualidades de fuerza mayor, tales como la defunción del cónyuge o la unión matrimonial de los hijos.

En la gráfica 5-3 presentamos la situación de convivencia de las personas mayores. Las categorías no son exclusivas, es decir, las personas que viven con el cónyuge pueden también vivir con los hijos y los nietos. La forma de convivencia observada es muy distinta a la de Norteamérica y la mayoría de los países europeos, aunque similar a la de las familias españolas.

Las relaciones con los hijos son importantes para el mantenimiento de la salud física y mental de las personas mayores en las culturas colectivistas con orientación familiar (Silverstein, 1991; Silverstein, 1994; Liu, 1995). Este parece ser el caso en los tres países examinados.

Satisfacción con las redes sociales

Además de las personas con quienes conviven, las personas mayores cuentan con una red familiar con la que mantienen un contacto regular. Entre el 50 y el 66% dice tener una buena relación con algún hijo con el que no convive, y entre el 27 y el 40% con

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

algún hermano o hermana. El papel de los amigos en la red social es muy inferior al de la familia. Sólo entre el 3 y el 6% dice tener una relación buena con un amigo o amiga. De nuevo, en estos datos de satisfacción con la red familiar encontramos índices de satisfacción inferiores en la población de la capital chilena que en la de las capitales argentina y uruguaya. Los efectos beneficiosos de la red social son bien reconocidos. Las personas con buenas redes sociales tienen menor mortalidad y menor riesgo de depresión (House y Landis, 1988; Dean, 1990).

"La edad dorada la tenemos por delante, no por detrás."

San Simón

Los datos anteriores nos llevan a concluir que la familia es el eje alrededor del cual gira la vida social de las personas mayores en los tres países.

La calidad de la vivienda

La mayoría de los adultos mayores tienen casa propia, pero aquéllos que no la tienen se encuentran en una situación muy difícil, ya que sus pensiones no les permiten pagar los arriendos actuales. Así se expresan los participantes en los grupos focales:

"Afortunadamente habemos algunos que tuvimos la precaución o la suerte de cuando nos fue bien en nuestra juventud poder tener nuestra casa, poder tener nuestro hogar, que esa es una base principal para toda familia, es la pieza fundamental".

"Ahora, por ejemplo, si yo no tuviera la casa ahora no podría tenerla".

La disponibilidad de una vivienda adaptada a la capacidad funcional de la persona mayor es muy importante, especialmente para las personas con discapacidades. Los datos de la encuesta BID-OPS-SABE nos indican que:

- La mayoría de las personas mayores son propietarias de las casas donde viven.
- Las viviendas cuentan con agua y electricidad y drenaje de aguas residuales.
- Las viviendas cuentan con cocina y baño.

Más del 95% de las viviendas cuentan con refrigerador y televisor. La mayoría de las viviendas cuentan con teléfono (80–85%) y calentador de agua (75–80%). Sólo el 60% cuentan con lavarropas. Otros electrodomésticos, tales como el microondas y la videocasetera, son más raros (20–30% los poseen). Por último, la calefacción central y el aire acondicionado son lujos que la mayoría de la población no tiene. Ahora bien, los electrodomésticos son muy antiguos, la mayoría tienen más de 20 años y alrededor de un 20% de los mayores tiene dificultades para hacerlos funcionar debido

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

a su altura o profundidad, o a la necesidad de manejar perillas o botones pequeños. Muchos nuevos electrodomésticos están adaptados a las personas con pérdida de la movilidad, pero los datos de las encuestas sugieren que los ingresos percibidos son insuficientes para reequipar la casa.

Hemos encontrado que muchos hogares (34% en Buenos Aires, 54% en Santiago y 47% en Montevideo) tienen obstáculos que dificultan la marcha, tales como alfombras móviles y escalones. Estos obstáculos podrían ser eliminados para evitar el riesgo de caídas, si se considera que la mayor parte de las caídas se producen en el hogar y que son las principales causas de discapacidad y mortalidad en la población que se mantiene activa hasta edades muy avanzadas.

El 65% y el 93% no disponen de manija de apoyo en la ducha o en el inodoro, respectivamente. Estas piezas no son caras y su pueden evitar caídas y accidentes. Por último, aproximadamente el 50% dice utilizar una escalera para alcanzar sitios altos, pero el otro 50% utiliza una silla. Todo lo anterior apunta en la dirección de un alto riesgo de caerse en el hogar que se podría evitar mediante intervenciones sencillas y baratas. Las campañas de los medios de comunicación podrían servir para lograr una mayor conciencia de los riesgos en el hogar y poner en marcha las medidas preventivas necesarias.

La seguridad económica

Sin duda, la seguridad económica es una condición indispensable para un envejecimiento digno, activo y saludable. En situaciones donde la población que declara disponer de ingresos insuficientes es numerosa (65% en Buenos Aires, 68% en Santiago y 57% en Montevideo), es imprescindible cubrir las necesidades básicas, tales como la alimentación, el mantenimiento de la vivienda y los gastos de salud. De ahí que, como veremos más adelante en el capítulo sobre la economía doméstica, sólo una minoría afirme dedicar dinero a las actividades de ocio, ya sean trabajos manuales, actividades que requieren transporte, viajes o actos culturales.

Se observa que la proporción que ingiere menos de tres comidas al día es elevada (35% en Buenos Aires, 12% en Santiago y 50% en Montevideo). Este dato concuerda con la pequeña proporción que dice emplear dinero en actividades culturales o trabajos manuales (véase el capítulo 6 sobre la economía social). Se trata de una población con dificultades económicas cuyos problemas de subsistencia son motivo de preocupación a diario.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

El estado de salud y la capacidad funcional

Una proporción elevada de las personas mayores se encuentran en buen estado de salud: el 63% de los mayores de 60 años en Montevideo y Buenos Aires dicen que su salud es buena, muy buena o excelente. La situación es diferente en Santiago, donde sólo el 35% de los mayores afirman disfrutar de una salud buena, muy buena o excelente. La función cognitiva es buena en casi todas las personas mayores encuestadas en Buenos Aires y Montevideo (95–99%), mientras que en Santiago se observa que el 87% tiene buenos resultados en la prueba cognitiva utilizada.

Sólo una de cada cinco personas mayores está libre de los siete trastornos crónicos sobre los que se indagó en las encuestas SABE, pero una amplia mayoría puede realizar las actividades básicas de la vida diaria: el 81% en Buenos Aires, el 83% en Montevideo y el 70% en Santiago.

Las deficiencias sensoriales menoscaban la calidad de la vida y el envejecimiento activo. Las prevalencias de buena visión obtenidas en las encuestas SABE ponen de manifiesto que la visión de los mayores chilenos en Santiago está muy deteriorada, y es posible que un buen manejo de los problemas de la vista redunde en una disminución de su discapacidad funcional. Las mismas diferencias entre países se observan en las prevalencias de problemas auditivos y bucales.

La mala situación de salud que sufren los mayores de la capital chilena puede traducirse en síntomas de depresión. La escasa presencia de síntomas depresivos observada en las poblaciones de Montevideo y Buenos Aires contrasta con la presencia más elevada de estos síntomas en las personas mayores de Santiago.

"De la mitad de la vida en adelante, sólo permanecerá vitalmente vivo quien esté dispuesto a morir con vida."

Carl Jung

En términos generales, los datos de Buenos Aires y Montevideo son similares a los de algunas poblaciones europeas y norteamericanas, mientras que los datos de Santiago reflejan menores posibilidades de un envejecimiento activo debido a una baja capacidad funcional y a un marcado deterioro sensorial, acompañados de una mala percepción de la propia salud y de síntomas de depresión. El esclarecimiento de estas diferencias, debido a la complejidad de los posibles factores involucrados, exige un estudio profundo que sobrepasa el alcance del presente libro, pero que deberá tener prioridad en los planes de investigación.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 5-2.
Indicadores positivos de salud asociados al envejecimiento activo

	Indicadores positivos de salud			
Variables	Totales	Mujeres	Hombres	Ciudad/País
Salud percibida excelente o muy buena	6	5	9	Santiago
	19	15	25	Buenos Aires
	17	16	19	Montevideo
Buena función cognitiva	87	86	91	Santiago
	95	95	97	Buenos Aires
	98	98	99	Montevideo
Sin trastornos crónicos	19	15	27	Santiago
(lista de siete trastornos)	19	16	24	Buenos Aires
	23	19	30	Montevideo
Buena visión de cerca	16	16	16	Santiago
	47	58	51	Buenos Aires
	30	28	34	Montevideo
Buena audición	16	16	17	Santiago
	43	46	39	Buenos Aires
	32	34	28	Montevideo
Salud bucodental buena (GOHAI 58+)	16	15	17	Santiago
	37	35	39	Buenos Aires
	39	39	39	Montevideo
Sin síntomas depresivos (GDS <=5)	27	26	31	Santiago
	84	82	87	Buenos Aires
	80	77	87	Montevideo
Con buena movilidad (sin limitaciones	32	24	48	Santiago
funcionales de las extremidades)	41	35	51	Buenos Aires
	45	36	60	Montevideo
Sin dificultades con las actividades	52	56	44	Santiago
de mantenimiento del ambiente	78	72	89	Buenos Aires
	59	65	48	Montevideo
Sin dificultades con las actividades	70	80	74	Santiago
básicas de la vida diaria	81	79	87	Buenos Aires
	83	81	89	Montevideo

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 5-3.
Indice de envejecimiento activo

Variable	Buenos Aires	Santiago	Montevideo
En cada país	58	33	57
Edad (años)			
60–69	69	39	63
70–79	55	35	55
80+	29	17	39
Sexo			
Mujeres	55	32	55
Hombres	63	37	60
Nivel de instrucción			
Sin primaria	45	17	53
Primaria	64	31	61
Secundaria	69	44	62
Universidad	70	50	57
Ingresos			
Suficientes	64	44	65
Insuficientes	56	29	51
Ejercicio físico, ligero o moderado			
Lo practica	50	38	60
No lo practica	68	31	53
Participación comunitaria			
Sí	71	41	63
No	56	32	56

En resumen, se ha elaborado un *índice de envejecimiento* en buena salud que distingue a quienes pueden realizar todas las actividades de la vida diaria, tienen una visión y audición buena o moderada, y no tienen signos de déficit cognitivo ni de depresión. Mientras que en Buenos Aires y Montevideo seis de cada 10 personas mayores se encuentran en esta situación, en Santiago sólo cuatro de cada 10 personas mayores caben en esta categoría de buena salud y buen funcionamiento.

Los mayores que tienen menos de 80 años y tienen alguna actividad física, han alcanzado una instrucción de nivel técnico o universitario, disfrutan de ingresos suficientes y participan en actividades comunitarias, tienen mayores probabilidades de disfrutar de un buen estado de salud y de buena capacidad funcional. Esto apunta a la

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

necesidad de prestar atención especial en este sentido a las personas mayores que son más carentes y tienen menor nivel educativo.

Conclusiones

La vida social de las personas mayores de los tres países examinados gira en torno a la familia inmediata, hijos, nietos y hermanos. Los amigos raras veces están presentes y la participación en las actividades comunitarias es poca. Los patrones de convivencia favorecen las transferencias económicas y de servicios entre los miembros de la familia.

La participación de los mayores en asuntos ciudadanos es incipiente. Los adultos mayores desean participar pero reclaman el control de los planes de acción y de los presupuestos.

El ejercicio físico fuerte es poco frecuente, pero se observa cierto nivel de actividad física moderada que puede indicar una predisposición llevar una vida activa. Desgraciadamente, alrededor de un tercio de los mayores manifiestan temor a salir de su casa principalmente por miedo a sufrir agresiones. Este problema es grave y merece ser explorado en profundidad.

La disponibilidad de vivienda es alta. Más del 80% de los mayores son propietarios de su vivienda, pero ésta carece de equipo completo y en muchos casos no tiene agua caliente, teléfono o lavarropa. Además los electrodomésticos suelen ser antiguos y un alto porcentaje de las personas mayores dicen tener dificultades para utilizarlos probablemente porque los botones de mando y la profundidad y altura de estos aparatos no han sido adaptados a las limitaciones de movilidad que aparecen en edades avanzadas.

Los viajes son una actividad de recreo apreciada. La mayoría de los ancianos que no viajan dicen que no lo hacen por motivos económicos.

En las tres ciudades examinadas se produce de manera incipiente un movimiento que tiende hacia la asociación de personas mayores en torno al tema del envejecimiento. Este movimiento ciudadano surge como respuesta a la nueva situación del envejecimiento poblacional y a la reforma de los sistemas de previsión social. Por otra parte, la escasa cobertura e insuficiencia de las pensiones y una inadecuada atención a la salud y seguridad de las personas mayores limita enormemente su capacidad de participar en la vida social.

"Vivir es sentir, sin amarguras, todas las edades hasta que llegue la muerte."

María Casares, actriz española, 1922–1996

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Bassuk, S., Glass, T., Berkman L., 1999, "Social disengagement and incident cognitive decline in community dwelling elderly persons", *Ann Intern Med* 131:165–173.

Dean, A., Kolody, B. Wood, P., 1990, "Effects of social support from various sources on depression in elderly persons", *J Health Soc Behav* 31:148–161.

Fabriguole, C., Letenneur, L., Dartigues J.F., et al., 1995, "Social and leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study", *J Am Geriatrics Soc* 43:485–490.

Guralnik, J.M. y G.A. Kaplan, 1988, "Predictors of healthy aging: prospective evidence from Alameda County Study", *Am J Public Health* 79:703–708.

House, J.S., Landis, K.R., Umberson, D., 1988, "Social relationships and health", *Science* 241:540–545.

Idler E.L. y S.V. Kasl, 1997, "Religion among disabled and non-disabled persons: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being", *J Gerontol* 52B:S294–S305.

Leville, S. G., Guralnik, J. M., Ferucci, L., Langlois, J. A., 1999, "Aging sucessfully until old age: opportunities for increasing active life expectancy", *Am J Epidemiol* 149:654–664.

Liu, X., Liang, J., Gu, S., 1995, "Flows of social support and health status among older people in China", *Soc Sci Med* 1995; 41:1175–1184.

Seeman, T.E., Berkman, L.F., Charpentier, P.A., Blazer, D.G., Albert, M.S., Tinetti, M. E., 1995, "Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur studies of successful aging", *J Gerontol* 50A,M177–M183.

Seeman, T. E., Kaplan, G. A., Knudsen, L., Cohen, R., Guralnik, J., 1987, "Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda county study", *Am.J Epidemiol* 126:714–723.

Silverstein, M., V.L. Bengston, 1991, "Do close parent-child relations reduce mortality risk of older parents?", *Health Soc Behav* 32:382–395.

Silverstein, M., V.L. Bengston, 1994, "Does intergenerational social support influence the psychological well-being of older parents? The contingencies of declining health and widowhood", *Soc Sci Med* 38:943–957.

Strawbridge, W.J., Cohen, R.D, Shema, S.J., Kaplan, G.A., 1996, "Successful aging: predictors and associated activities", *Am J Epidemiol* 144(2):135–141.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 6

PREVISION, PROMESAS Y ECONOMIA SOCIAL

Sandra Arlette Pinzón, Cristian Morales, María Victoria Zunzunegui, Tomás Engler, Edith Alejandra Pantelides, Cecilia Albala, Omar Prats

La situación de las personas mayores en Argentina, Chile y Uruguay, al igual que en otros países, es una función de su inserción activa y pasiva en la vida económica y social. Esta situación se ve determinada no sólo por la recepción pasiva de ingresos previsionales, sino también por la participación activa de estas personas en el mercado laboral y por la dinámica de transferencias y ayuda mutua que se produce entre las personas mayores y sus familiares, amistades y comunidades. Todos estos son elementos centrales del concepto de un envejecimiento digno. En el presente capítulo examinaremos cada uno de estos aspectos con base en la oferta previsional, la situación de los hogares encuestados en los tres países, y las opiniones de grupos focales de expertos y dirigentes adultos mayores.

"Nadie puede dejar de envejecer, pero envejecer productivamente es otra cosa."

Katharine Graham, periodista estadounidense, 1917–2000

Previsión y promesas

En Argentina, Chile y Uruguay, los sistemas de previsión, servicios sociales y salud han alcanzado cierto grado de desarrollo. A pesar de las reformas introducidas en años recientes en los sistemas de previsión social en los tres países, éstos aún presentan serios problemas por la insuficiencia y poca cobertura de las pensiones, factores que impiden que una parte importante de la población adulta mayor, particularmente las mu-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 6-1.
Monto de las prestaciones previsionales y costo de la canasta básica (US$), 2000

Variable	Argentina	Chile	Uruguay
Pensión mínima	150	126	120
Pensión contributiva media	331	180	319
Pensión no contributiva media	249	ND	128
Canasta básica (2 personas)	578	190	541
Línea de pobreza	118	38	70
Cobertura de pensiones contributivas	74%	76%[a]	68%
Tasas de reemplazo – pensiones contributivas	45%	50–70%	50–75%
Cobertura de pensiones no contributivas	25%	—	12%

Fuentes: Elaboración propia a partir del *Anuario Estadístico 2000*, Instituto de Normalización Previsional, División de Estudios y Proyectos, Sección de Estadísticas de la Superintendencia, cuadros Nº 92 y 95.

[a] En Chile, la cobertura por pensiones abarca las de tipo contributivo y no contributivo.

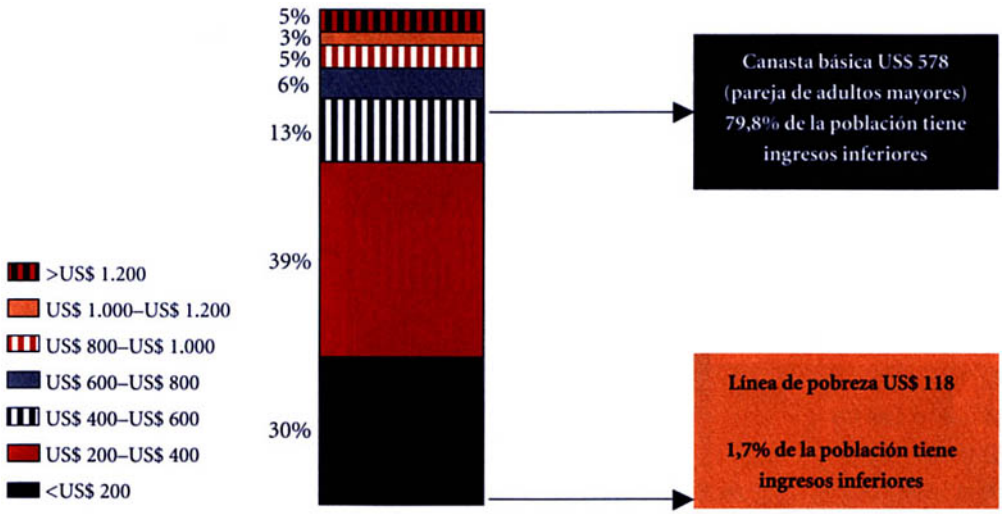
jeres, satisfagan sus necesidades básicas. Más alarmante aún es el hecho de que los regímenes de jubilación excluyen a una fracción importante de las personas mayores (y de las más jóvenes) que trabajan en el ámbito informal, muchas de las cuales no tienen otra alternativa que depender de las pensiones públicas (es decir, de las no contributivas), que suelen estar por debajo del nivel de pobreza. Para un contingente importante de este grupo, esto implica continuar trabajando hasta ya no poder más, o bien depender de familiares y amistades para sus ingresos en la vejez. Esta vulnerabilidad económica se perpetuará en el caso de las personas más jóvenes que pasan toda su vida en la economía informal sin cotizar.

En los tres países estudiados, tanto las pensiones medias (las contributivas y no contributivas) como las mínimas están muy por debajo del costo de la canasta básica para dos personas mayores de 65 años (cuadro 6-1).

En Argentina, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) cubre el 70% de la población de edad de la ciudad de Buenos Aires, pero las prestaciones previsionales individuales del 86% de sus beneficiarios no alcanzan para la canasta de consumo mínimo. Además, siguen estando al margen del sistema un 26% de los adultos mayores, quienes no perciben beneficios directos. En el caso de Chile, en el año 2000, 27,6% de las pensiones de los adultos mayores de 65 y

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 6-1. Ingreso por pensión, costo de la canasta básica y línea de pobreza, Argentina, 2000



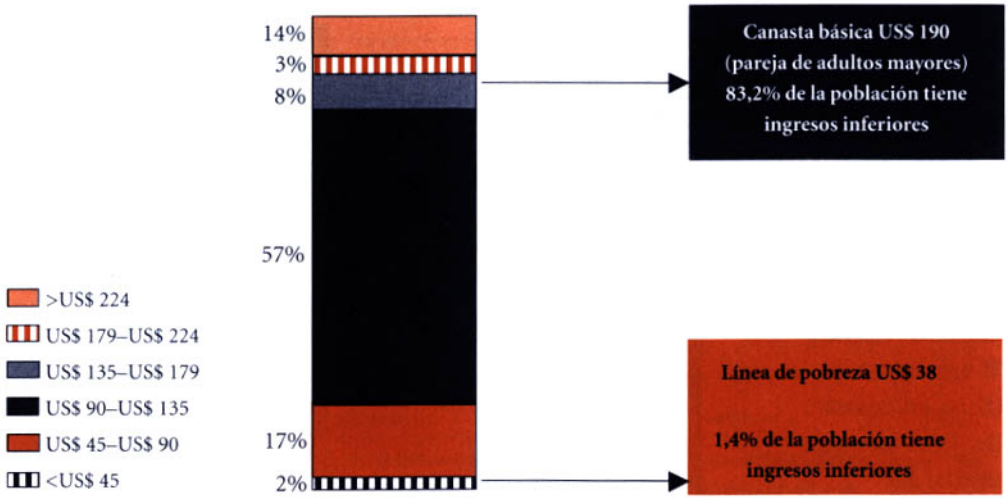
de 70 años no alcanzaban a cubrir el costo de la canasta básica, mientras que en el grupo de más de 70 años esta cifra ascendía a 41,92%. Además, el sistema previsional no tiene incentivos para ampliar su cobertura ni para contrarrestar la evasión. La situación de vulnerabilidad frente al costo de la vida, en términos de la canasta básica, queda claramente reflejada en la encuesta, según la cual la distribución de ingresos por pensiones tiende a ser menor que el costo de la canasta básica para dos adultos mayores, con un 66,5% (Uruguay) y un 83% (Chile) de los encuestados en ese estrato. Esta realidad, que es grave de por sí, sería peor aun si las personas mayores que son propietarias de su vivienda, quienes se encuentran en la mayoría, tuviesen que enfrentar entre sus gastos los de la vivienda. Visto el asunto desde la perspectiva de la línea de pobreza, entre un 2% (Argentina y Chile) y un 3% (Uruguay) de los ingresos por prestaciones previsionales son inferiores a ella.

En Argentina, cerca del 65% de las personas encuestadas de 60 años o más reciben una pensión. No obstante, las prestaciones previsionales individuales de 80% de los beneficiarios son insuficientes para la canasta de consumo mínimo, cuyo costo se calcula en US$ 578 para dos adultos mayores. Además, también se encuentra por debajo de la línea de pobreza (US$ 118) el 2% de las prestaciones previsionales (gráfica 6-1).

La situación en Chile es muy parecida, ya que el 76% de los chilenos de 60 años o más reciben una pensión que en el 83% de los casos es insuficiente para cubrir la ca-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 6-2. Ingreso por pensión, costo de la canasta básica y línea de pobreza, Chile, 2000



nasta mínima para dos adultos mayores. Menos del 2% de las prestaciones previsionales del país están por debajo de la línea de pobreza (gráfica 6-2).

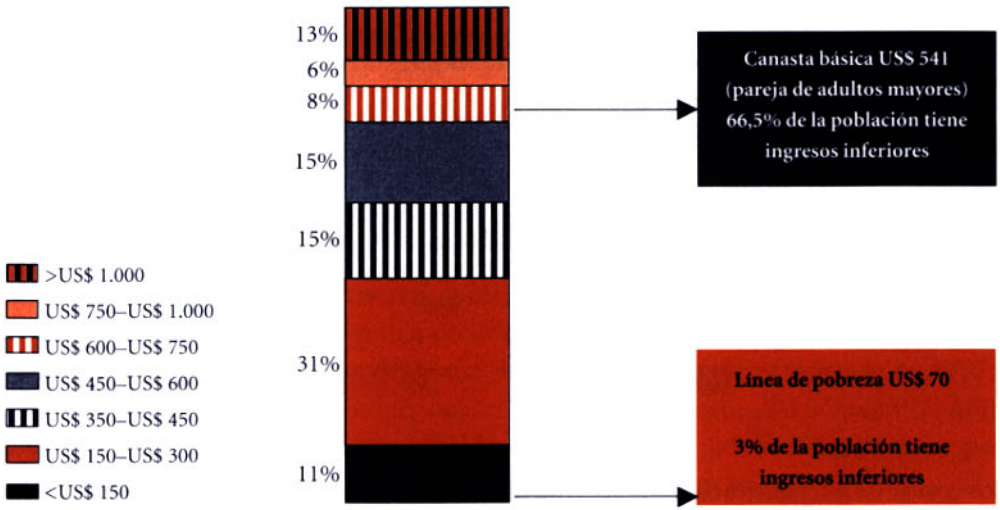
En Uruguay, el 80% de los adultos de 60 años y más reciben una pensión que en el 66,5% de los casos no alcanza para la canasta básica. No obstante, tan sólo el 3% de la población tiene haberes previsionales por debajo de la línea de pobreza (gráfica 6-3).

La cobertura previsional de las muestras de personas mayores encuestadas en las tres ciudades también es congruente con los datos nacionales, pues se observa que en los tres países más del 65% de los encuestados tienen una pensión (Argentina, 65%; Chile, 76%; Uruguay, 81%). De ellos, dos terceras partes son hombres (gráfica 6-4). En el 33% (Chile) y el 40% (Argentina) de los casos, los beneficiarios de las pensiones son mujeres y la situación es similar en los tres países, lo cual refleja los prejuicios que ya hemos comentado en contra de las mujeres mayores.

En Chile, más de 100 regímenes del antiguo sistema de pensiones, ubicados en 30 cajas de previsión, fueron sustituidos a partir de 1980 por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) privadas del nuevo régimen de capitalización individual. De manera similar, el antiguo sistema previsional argentino basado en la solidaridad intergeneracional fue reemplazado en 1994 por el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), que tiene varios componentes, entre ellos la capitalización individual. De hecho, todos los afiliados del SIJP participan de un régimen de reparto y al-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 6-3. Ingreso por pensión, costo de la canasta básica y línea de pobreza, Uruguay, 2000

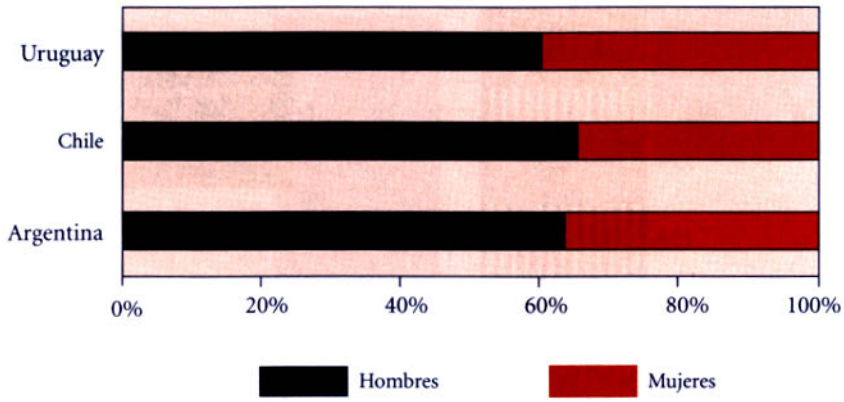


gunos, por elección, lo complementan con un régimen de capitalización individual. Por su parte, el sistema previsional uruguayo, que se considera el prototipo del "estado de bienestar social" en América Latina, con una cobertura universal de pensiones y planes de salud, fue reformado a partir de 1995. Se crearon dos regímenes —uno de reparto y uno de capitalización individual— conocidos como Régimen de Jubilación por Capitalización Individual y Régimen de Jubilación por Ahorro Individual Obligatorio. El primero es administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y el segundo por las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP), que también pertenecen al sector privado, al igual que en Chile y Argentina.

No obstante lo antedicho, los sistemas de capitalización individual, tal como han sido introducidos primero en Chile y después en Argentina y Uruguay, plantean grandes incertidumbres para los afiliados. Se trata de sistemas de aportación obligatoria y no de ahorro obligatorio. La cantidad que quedará disponible en el momento de la jubilación se desconoce, ya que el monto de la pensión dependerá de las circunstancias económicas de cada afiliado y del momento en que se jubile. Además, el riesgo de hacer inversiones con capitalización individual lo corre el individuo, y no la colectividad, lo que deja al beneficiario expuesto a los golpes económicos y a las fluctuaciones del mercado. Esto se produjo en el caso chileno, que en el período de 1998 a 1999 llevó a una parte importante de las AFP a tener rendimientos negativos. Estos, junto con los eleva-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 6-4. Distribución de personas que reciben pensiones, según sexo



dos costos de administración del sistema (alrededor del 20%), afectaron adversamente a quienes se jubilaron en ese período. Por otra parte, en el futuro el Estado deberá asumir la responsabilidad de garantizar una pensión mínima a los afiliados al sistema de capitalización cuyos ahorros no sean suficientes para que la AFP les entregue todo el beneficio previsional; deberá garantizar una pensión asistencial a los adultos mayores inválidos y sin recursos que no han aportado al sistema contributivo, y deberá también atender a la situación especial de la mujer trabajadora, cuyo trabajo no es continuo y cuyos salarios, inferiores a los del hombre, la llevan a necesitar pensiones asistenciales o mínimas. Lo preocupante en este sentido son las dificultades económicas que hasta ahora ha tenido que enfrentar el Estado para cumplir con estas obligaciones.

"La jubilación que se basa arbitrariamente en la edad separa a las personas de su subsistencia, derrocha sus talentos, lesiona su salud, presiona a los sistemas ya sobrecargados de seguridad social y empuja a muchas personas mayores a la pobreza y desesperación."

Claude Pepper, senador norteamericano, 1900–1989

Cualquiera que sea el régimen de previsión social, se desprende que para lograr una protección social viable en estos países, es necesario establecer medidas que reduzcan la evasión fiscal, incorporen a la población que se desenvuelve en el sector informal (descrita en el capítulo 2), y viabilicen la capacidad del Estado para velar por los derechos legales de sus ciudadanos mayores.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Argentina

En Argentina se reconocen dos regímenes previsionales: uno contributivo y otro del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Secretaría de Seguridad Social (Régimen de Reparto) y las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP), entidades de carácter privado y reguladas por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones. El régimen contributivo (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, SIJP), que beneficia a personas en relación de dependencia, y a personas autónomas y en ejercicio simultáneo de actividades, comprende dos sistemas distintos: uno de reparto y otro de capitalización individual. Las contingencias sociales que no están cubiertas por el régimen no contributivo son la vejez, la edad avanzada y la invalidez. El régimen contributivo nacional está regulado por la Secretaría de Seguridad Social y su organismo dependiente, la Superintendencia de AFJP, y gestionado por la ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social) y las AFJP. Además, existen otros regímenes contributivos, como los provinciales, las cajas para profesionales y las cajas para las fuerzas armadas y de seguridad.

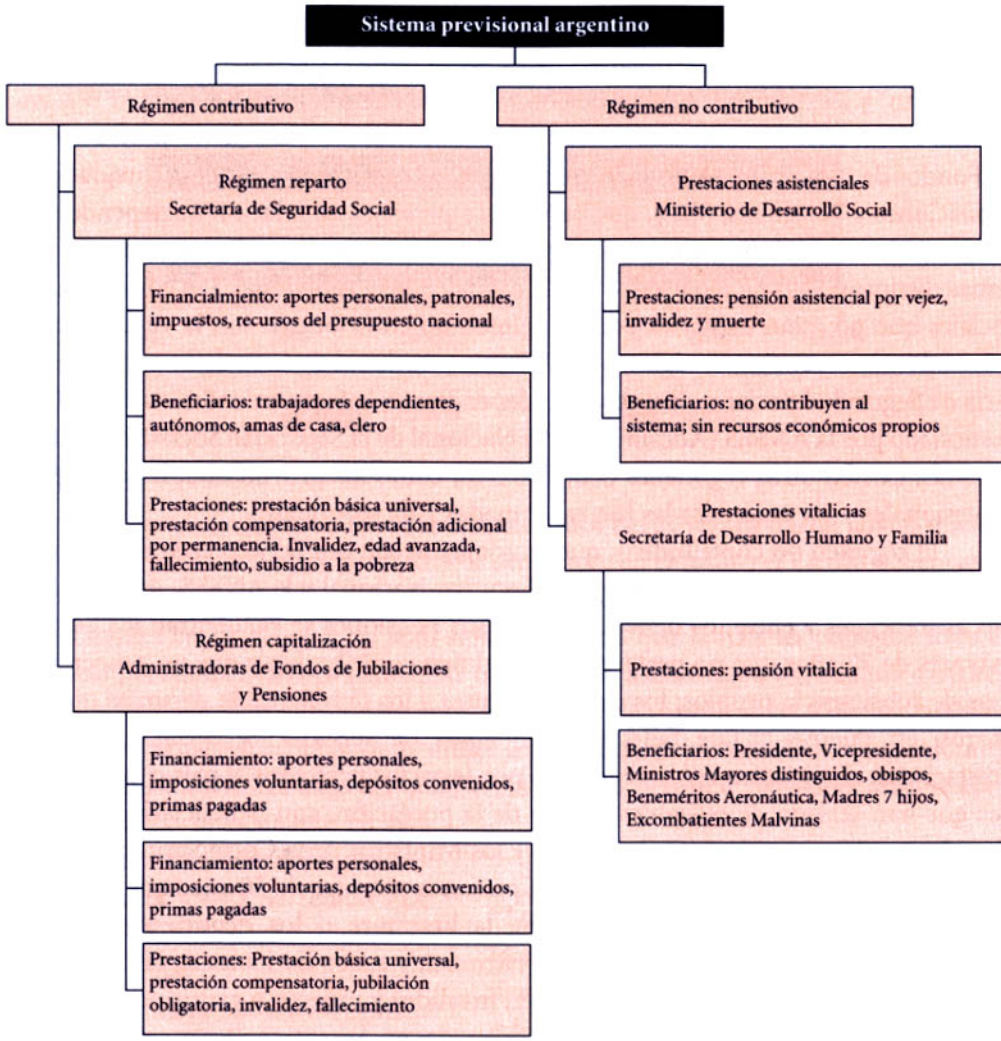
El régimen no contributivo, que es administrado por la Secretaría de Desarrollo Social bajo la jurisdicción del Poder Ejecutivo Nacional y la ANSES, da prestaciones asistenciales y entre los beneficiarios de sus pensiones se encuentran los adultos mayores de 70 años que no pertenecen al régimen contributivo y que no poseen medios de subsistencia propios; los excombatientes y los familiares de personas que lucharon en guerras y que fallecieron en actos de servicio. Se otorgan también prestaciones vitalicias en reconocimiento por servicios prestados al país o por aptitudes que han servido de estímulo al resto de la población, con beneficiarios como el Presidente y Vicepresidente de la Nación y los Ministros de la Corte Suprema; mujeres que son madres de más de siete hijos; personas mayores de 60 años que han recibido premios o galardones en las artes, la literatura o los deportes; obispos y sacerdotes; precursores de la aeronáutica nacional, y excombatientes de las Malvinas. Cubre las contingencias sociales de la vejez, invalidez y muerte, y gastos por sepelio.

En 1999 había 13.665.000 personas ocupadas en Argentina. Por otro lado, el sistema AFJP contaba con 9,6 millones de afiliados, de los cuales sólo 5,3 millones aportaban, de tal manera que la relación entre aportantes y afiliados era de 39/100 ó 0,39.

Se estima que el 26% de los adultos mayores no perciben beneficios previsionales directos y que el 17% de los hogares (aproximadamente 130.000 hogares) donde hay adultos mayores en edad de jubilarse están integrados por personas de edad sin ingresos. Al mismo tiempo, el haber medio del jubilado es apenas el 45% de su salario como trabajador activo. Los jubilados que mantuvieron una relación de dependencia

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Figura 6-1. Estructura del sistema previsional argentino



en 1998 gozaban de una situación mejor que las personas autónomas, ya que sus respectivos ingresos eran, en promedio, el equivalente de US$ 443 y US$ 191.

Más preocupante aún es el hecho de que el 86% de los beneficiarios del SIJP cuentan con haberes previsionales individuales inferiores al valor de la canasta mínima de subsistencia, la cual, como ya vimos, para dos personas mayores de 65 años es de US$ 578 al mes (32%, alimentos; 4%, vestido y calzado; 30%, vivienda; 4%, equi-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 6-2.
Cobertura del sistema de previsión social, Argentina, 1998

Concepto	Personas	%	Base
Población económicamente activa	14.865.000	100	PEA
Ocupados totales	13.165.000	88,6	PEA
Afiliados del SIJP (total)	9.665.000	73,4	Ocupados
Reparto	2.280.000	17,3	Ocupados
Capitalización	6.885.000	52,2	Ocupados
Otros sistemas	500.000	3,7	Ocupados
Contribuyentes (total)	5.358.000	40,6	Ocupados
Reparto	1.136.000	8,6	Afiliados al reparto
Capitalización	3.722.000	28,3	Afiliados a la capitalización
Otros sistemas	500.000	3,7	Afiliados a otros sistemas
Beneficiarios de pensiones no contributivas	1.252.714	25,4	Población total de 60+ años

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo y ANSES, Buenos Aires, 1999.

pamiento del hogar; 15%, salud; 5%, transporte; 4%, esparcimiento, entre otras cosas) (Secretaría de la Tercera Edad, 1999). Más grave aún, el 70% recibía haberes inferiores a US$ 300 y el 50% recibía entre US$ 150 y US$ 300. Un 20% recibía un monto menor de US$ 150. Si bien entre 1995 y 1998 la situación mejoró ligeramente —los adultos mayores con ingresos pensionales superiores a los US$ 300 aumentaron en un 5,3% como consecuencia de la implantación de la prestación básica única (PBU) y de la absorción por la ANSES de las cajas provinciales cuyos haberes superaban a los del sistema nacional—, la insuficiencia y baja cobertura de estos ingresos siguen siendo problemas críticos. Obviamente, el impacto de estos niveles de ingreso depende de que haya o no otras entradas en el hogar, información con la que actualmente no se cuenta. Datos censales de 1991 (que abarcan 8.927.000 hogares) y de la cobertura previsional de 1995 apuntan a que existían en la Argentina en aquellos años: 580.000 hogares de una sola persona integrados por cónyuges supérstites con ingresos previsionales medios de US$ 228; 309.000 hogares integrados por más de un adulto mayor, de los cuales uno, como mínimo, no gozaba de beneficios previsionales (3,5% del total de hogares); y 293.000 hogares integrados por más de una persona, entre ellas por lo menos un adulto de 60 años o más, siendo un adulto mayor el jefe del hogar

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

(3,3% del total de hogares)[1]. Estas restricciones económicas tienen implicaciones importantes, si se considera que en casi uno de cada seis hogares argentinos el jefe del hogar tiene 60 años de edad o más, y que de cada cuatro de estos jefes, uno no cuenta con jubilación, pensión ni ocupación.

Según los datos actuales, los haberes de las prestaciones previsionales no resultan suficientes para atender las necesidades básicas de los hogares donde constituyen el único ingreso (7% de todos los hogares).

Por último, cabe mencionar que el SIJP por sí solo no basta para resolver la problemática que se avizora a mediano y largo plazo; el Gobierno Nacional está empezando a darse cuenta del problema, aunque sólo desde el punto de vista fiscal. Las propuestas que se planteen en esta área deberán hacerse teniendo presente que, en el corto plazo, Argentina enfrenta agudas restricciones fiscales para mejorar las prestaciones previsionales, siendo a la vez necesario mantener una política encaminada a reducir los impuestos sobre las nóminas salariales para promover el empleo y mejorar la competitividad de la producción nacional. Esta realidad constituye un poderoso argumento a favor de la búsqueda de soluciones centradas en el sector informal.

Tanto en el sistema de reparto como en el de capitalización individual se observa que los patronos y trabajadores no cumplen sus obligaciones previsionales situación que pone en peligro la sustentabilidad de las pensiones. En este contexto, la principal preocupación de los adultos mayores parece ser su situación económica y su capacidad para trabajar. De ahí que exista un cuestionamiento cada vez mayor de la edad obligatoria de jubilación.

En conclusión, los sistemas previsionales que rigen en Argentina, unidos a las prestaciones no contributivas, se extienden, por una parte, a casi todos los adultos mayores. Por otra, desde que se incorporó un conjunto de cajas provinciales al sistema nacional y se hicieron reformas simultáneas al sistema (SIJP), los nuevos beneficiarios perciben haberes superiores a los que había bajo el viejo sistema. Se advierte, pues, un aumento gradual del haber medio y, simultáneamente, del grado de concentración del ingreso dentro del propio sistema. Sin embargo, los haberes de esas prestaciones no resultan suficientes para atender a las necesidades básicas de aquellos hogares donde constituyen el único ingreso.

Las situaciones descritas (incorporación de regímenes provinciales, aumento del haber medio, crecimiento del grado de evasión de los aportes) han llevado al régimen público a una posición más deficitaria que la prevista al proyectarse los efectos de

[1] *Fuente:* Elaboración propia con base en "Hogares particulares con adultos mayores: perfil sociodemográfico", Estudio N° 28 INDEC – SIEMPRO.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

la reforma del SIJP, y a una problemática que tiende a acentuarse a mediano y largo plazo, pues una parte importante de la fuerza de trabajo, al no hacer sus aportes, no tendrá los beneficios del SIJP en un futuro, cuando sean adultos mayores. Si continúa esta situación, Argentina dejará de contar con la elevada cobertura que siempre han tenido sus prestaciones previsionales.

Se pueden valorar algunas alternativas desde el punto de vista del financiamiento. Es preciso examinar la factibilidad de establecer un sistema financiado por impuestos generales (como en el caso de Australia), manteniendo el sistema de capitalización como un complemento del anterior; evaluar el establecimiento de un sistema de seguros que permita una renta sobre las viviendas de los jubilados y pensionados, transfiriendo el dominio del bien cuando éstos mueran (p. ej., el caso de Estados Unidos); analizar las características de políticas públicas que permitan una mayor integración familiar de los adultos mayores; y estudiar la creación, por conducto de organizaciones no gubernamentales (ONG), de redes solidarias que podrían complementar los ingresos de las familias con adultos mayores mediante prestaciones primarias de autogestión y un presupuesto asignado públicamente.

Chile

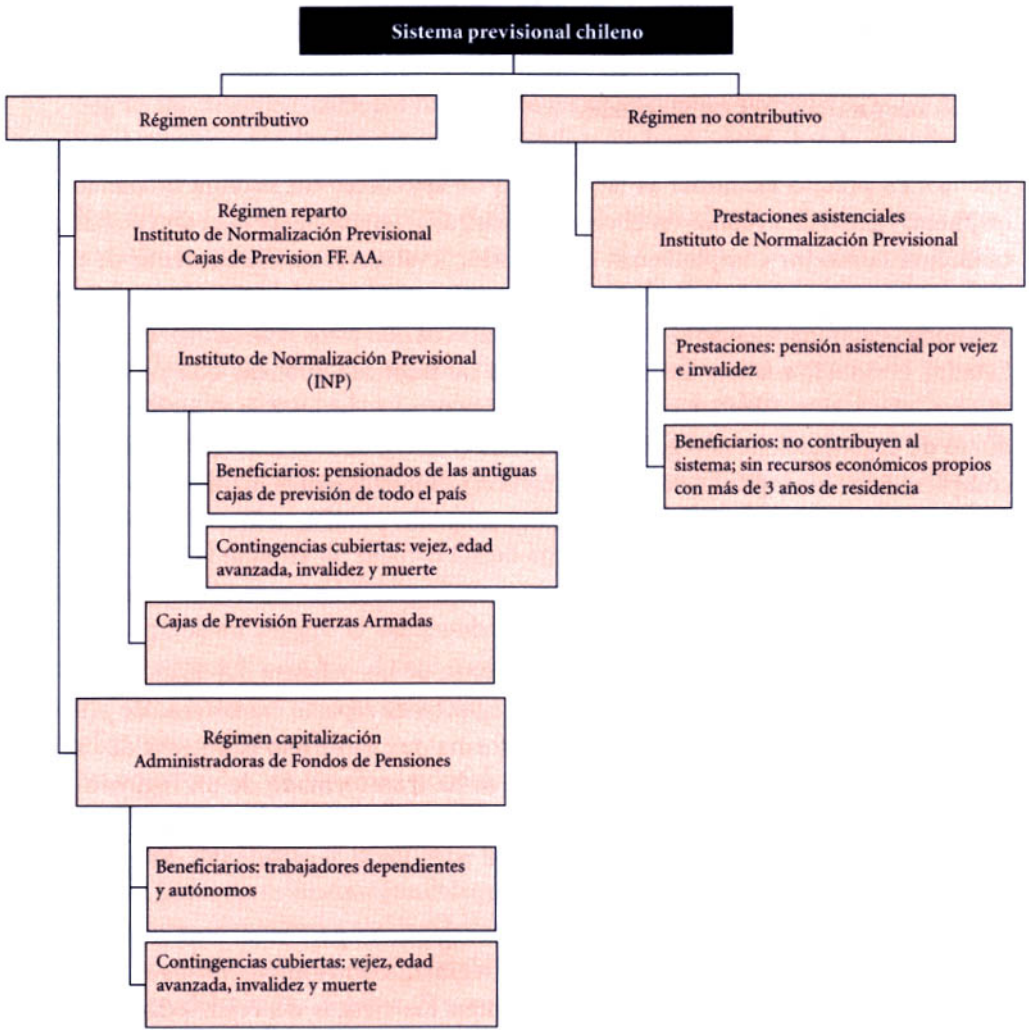
La inestabilidad y crisis económica de la década de los ochenta del siglo pasado dificultaron seriamente el mantenimiento del régimen de reparto del sistema de previsión social establecido en Chile, llevando a la reforma que introdujo el sistema de capitalización. Así, el sistema previsional en Chile se ha transformado de un régimen de reparto a uno de capitalización individual, con una afiliación obligatoria para todos los nuevos trabajadores dependientes y optativa para los independientes. Sólo las FFAA quedaron exentas del paso al nuevo régimen.

Se encuentran vigentes hoy en día dos regímenes paralelos: uno contributivo y otro no contributivo. Coexisten dentro del régimen contributivo varios esquemas de reparto y capitalización individual que cubren los riesgos de vejez, edad avanzada, invalidez y muerte. El régimen no contributivo, en cambio, otorga pensiones de carácter asistencial a la población de menores ingresos, atendiendo las necesidades asociadas con las contingencias de vejez e invalidez.

El 72,9% de las prestaciones previsionales son entregadas por el Instituto de Normalización Previsional (INP), organismo encargado de administrar las obligaciones previsionales del régimen de reparto, adquiridas por la mayoría de las antiguas cajas de previsión, y del régimen no contributivo; el 11,4% corresponde a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) a cargo de administrar el régimen de capi-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Figura 6-2. Estructura del sistema previsional chileno



talización; el 7,2% a las cajas de previsión de las fuerzas armadas; el 3,4% a las compañías de seguros, y el 3,5% restante a otras instituciones.

Del cuadro 6-3 llama primeramente la atención el hecho de que los afiliados totales superan a la población económicamente activa (PEA), con 6,1 millones de afiliados al sistema de capitalización, contra un contingente total de población económicamente activa de sólo 5,9 millones. Este fenómeno se produce porque existen muchos afiliados inactivos. Si a esto le sumamos el hecho de que la relación entre

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 6-3.
Cobertura del sistema de previsión social, Chile, 1999

Concepto	Personas	%	Base
Población económicamente activa (PEA)	5.929.225[1]	100	PEA
Ocupados (total)	5.407.672[1]	91,2	PEA
Afiliados (total)	7.199.301	133,1	PEA
Reparto (INP solamente)	1.093.570	20,2	PEA
Capitalización	6.105.731	112,9	PEA
Contribuyentes (total)	3.504.172	64,8	PEA
Reparto (INP solamente)	229.274	4,2	PEA
Capitalización	3.262.269	60,3	PEA

Fuentes:

[1] Elaboración propia a partir de *Indicadores económicos y sociales, 1990–2000*, Mideplan, página 5, http://www.mideplan.cl/estudios/iesmain.html y *Anuario estadístico 2000,* Instituto de Normalización Previsional, División de Estudios y Proyectos, Sección de Estadísticas de la Superintendencia, cuadros 92 y 95.

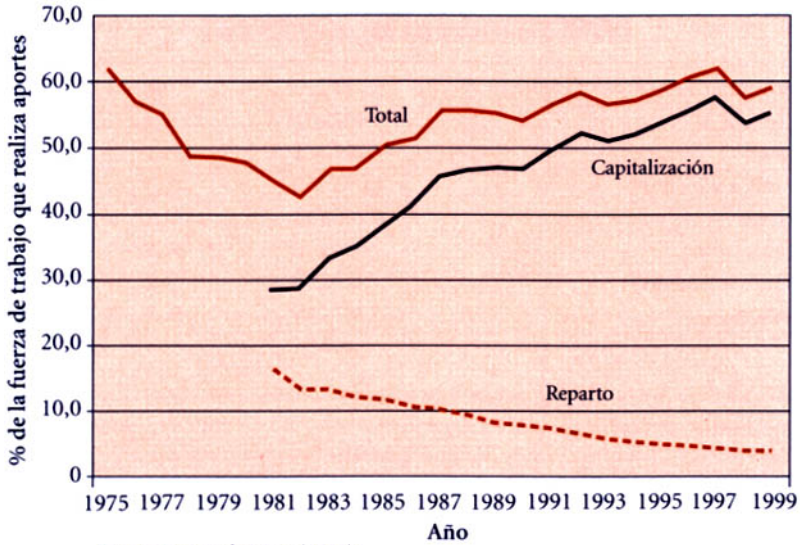
contribuyentes y ocupados en el régimen de capitalización es de 64,8% (60,3% en el sistema de capitalización y 4,2% en el sistema de reparto), se puede afirmar que la evasión constituye un problema importante en el caso chileno, a pesar de que en principio el sistema de capitalización debería incentivar la declaración fiscal, ya que las cotizaciones contribuyen directamente al monto de la pensión de la persona cuando se jubila. Además, según datos del Instituto Nacional de Previsión (INP), 80% de los contribuyentes al sistema de reparto eran trabajadores dependientes, mientras que en el caso de los afiliados al sistema de capitalización, los trabajadores dependientes representaban un 97,3%[2].

Dentro de la categoría de trabajadores autónomos, la cobertura del sistema es mínima (7–8%), llegando a un millón y medio los trabajadores que no cotizan y que no tendrán acceso a los beneficios de la seguridad social. Esto constituye un problema grave, no sólo para el sistema de capitalización individual, sino para toda la seguridad social, y el tema ha sido debatido en Chile desde los años sesenta, bajo el antiguo sistema de reparto. Si bien han crecido los rubros presupuestarios correspondientes, no quedan claras las previsiones fiscales para ayudar en su momento a estas personas cuando soliciten pensiones asistenciales o, si ingresan a la previsión y cumplen con

[2] *Fuente:* Superintendencia de Seguridad Social, Boletín Estadístico 1999, cuadros 2 y 4.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 6-5. Cobertura de la fuerza de trabajo del sistema previsional en Chile



Fuente: Arenas de Mesa (2000).

los requisitos que la ley establece, cuando adquieran el derecho a recibir pensiones mínimas.

La gráfica 6-5 muestra la evolución de la cobertura de la previsión social como porcentaje de la fuerza de trabajo ocupada. La disminución progresiva de este indicador para el sistema de reparto coincide con la introducción del sistema de capitalización a principio de los años ochenta y su consiguiente aumento entre principios de esa década y fines de los años noventa. Ahora bien, un 43% de la fuerza de trabajo se encuentra al margen del sistema previsional. Del total de la población adulta mayor, un 11,5% (260.000 personas) recibe pensiones asistenciales del régimen no contributivo. Un 85,8% de éstos pertenecen a los tres quintiles más bajos de ingreso, y 37,4% de los beneficiarios se encuentran en el quintil de menores ingresos. Cabe anotar que más de 894.000 adultos mayores son jefes de hogar (556.152 hombres y 338.168 mujeres). Estas últimas representan un 43% de las 786.000 jefas de hogar del país.

El Instituto Nacional de Previsión (INP) maneja asignaciones familiares y pensiones, así como programas destinados a la integración social y a resolver el problema de la vivienda de adultos mayores con pocos recursos económicos. La asignación familiar del INP consiste en una suma mensual de dinero por cada dependiente fami-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

liar[3]. Dicha suma es entregada por el INP, a través del empleador, a jefes de familia con un ingreso inferior al 50% del ingreso mínimo mensual y con dependientes familiares que viven a sus expensas. La pensión asistencial de ancianidad (PASIS) del INP, destinada a personas mayores de 65 años sin recursos económicos ni previsión social, consiste en un subsidio de US$ 70,50 (US$ 1= 445,58 pesos) mensuales, reajustado según el IPC. La pensión por edad o vejez del INP consiste en la entrega mensual, permanente y vitalicia, a imponentes del antiguo Servicio de Seguro Social, de US$ 123,52 para los menores de 70 años y de US$ 136,67 para los mayores de esa edad. Como ya vimos, ninguna de estas sumas cubre el costo de la canasta básica.

La reforma previsional chilena transfirió al Estado la responsabilidad total de pagar el déficit para amortizar la deuda con los jubilados y pensionados; pagar bonos de reconocimiento para los aportantes al sistema en la transición; pagar subsidios a la pensión mínima, y pagar pensiones asistenciales. A pesar del ajuste que esto implicó en la estructura del gasto social público, y pese a que redujo la disponibilidad de recursos en otros programas sociales (v.g., educación, salud y vivienda), todavía en 1995 los montos pagados por concepto de subsidios a la pensión mínima (US$ 164,27) y de pensiones asistenciales (US$ 50,79) no alcanzaban el costo de la canasta básica (U$S 200 al mes).

Como hemos visto, el Estado deberá garantizar una pensión mínima a los afiliados al sistema de capitalización que no alcancen a ahorrar suficiente para que la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) les pague la prestación previsional (según las proyecciones). En esta situación podrían encontrarse alrededor del 30 al 40% de los actuales afiliados al sistema, entre quienes figuran las mujeres por su cotización interrumpida y salarios inferiores. Esto, unido a la obligación de garantizar las otras pensiones ya detalladas, representa una tensión fiscal con implicaciones políticas importantes, particularmente si se tiene en cuenta que 92% de los trabajadores autónomos no están cotizando al sistema.

Merece especial consideración la situación de la mujer que trabaja. Aun teniendo presentes escenarios optimistas con altas tasas de reemplazo en el sistema, las estimaciones disponibles indican que los cotizantes hombres, al retirarse de la fuerza de trabajo, tendrían una pensión bruta que se ubica entre el 79 y el 105% del ingreso percibido antes de la jubilación. Para las cotizantes mujeres, esta cifra se ubicaría entre el 57 y el 75%. Esto se debe fundamentalmente al hecho de que la mujer que trabaja

[3] "Dependiente familiar" es toda persona que forma parte de la unidad familiar y que depende del ingreso del jefe u otros miembros del hogar.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

no suele hacerlo de manera continua en virtud de sus responsabilidades en el hogar. Además, el hecho de que las mujeres perciben menores salarios que los hombres implica que el monto bruto de sus pensiones será probablemente inferior al de las de aquéllos. En tales circunstancias, una proporción importante de las mujeres serían candidatas a pensiones asistenciales o mínimas.

Los adultos mayores entrevistados en Chile manifestaron que sus pensiones son insuficientes para cubrir sus gastos adecuadamente. Percibían con gran preocupación su falta de recursos económicos para solventar necesidades de salud o necesidades sociales básicas, como la vivienda y la alimentación. Si el monto de las pensiones es bajo para los adultos mayores que se valen por sí mismos, esta situación se agrava al tratarse de adultos mayores que requieren cuidados especiales. En estos casos, tanto el adulto mayor como quien lo cuida deben sobrevivir con la misma pensión. Se trata, además, de personas con necesidades especiales de atención médica y medicamentos que, con frecuencia, tienen muy escasa cobertura o no tienen ninguna. Las condiciones previsionales del adulto que fue pensionado por invalidez cambian cuando se convierte en adulto mayor, ya que pierde el derecho a muchas prestaciones, con el consiguiente perjuicio para su bienestar personal y familiar.

Los cuidadores formales entrevistados perciben el problema de que las pensiones son insuficientes, ya que entre los adultos mayores a quienes cuidan hay personas que no contribuyeron al sistema previsional —mayormente comerciantes y trabajadores independientes autónomos— y que han llegado a esta etapa de la vida sin ninguna protección económica familiar ni estatal. Los ingresos del núcleo familiar son tan exiguos que con frecuencia estas personas optan por internarse en una institución pública o filantrópica que se haga responsable de satisfacer sus necesidades.

La insuficiencia de las pensiones es percibida también por los profesionales en el momento en que el adulto mayor requiere un procedimiento médico no cubierto por el sistema de atención de salud. Cualquier enfermedad catastrófica puede generar un serio problema de financiamiento, tanto para el adulto mayor como para su familia. El grupo de empresarios entrevistados que prestan servicios a esta franja de la población expresa su preocupación por la insuficiencia de las pensiones y las situaciones críticas a las que se exponen los adultos mayores y sus familias cuando requieren servicios especializados que no están cubiertos por sus seguros de salud. Por otro lado, se percibe con gran incertidumbre el nuevo sistema de previsión social, puesto que al basarse en la capitalización individual, dificulta conocer el valor y la disponibilidad real de la pensión. Es decir, se pone en tela de juicio en cierta medida la base del sistema de pensiones que admite la volatilidad con la esperanza de que ésta sea compensada en el mediano y largo plazo.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Uruguay

El sistema de previsión social en Uruguay es también mixto, ya que incorpora, al igual que en los otros dos países estudiados, esquemas contributivos y no contributivos. Hay tres niveles de cobertura: 1) régimen de solidaridad intergeneracional; 2) régimen de ahorro individual obligatorio, que es más bien de aportes obligatorios; y 3) régimen de ahorro voluntario.

El *primer nivel* corresponde al *régimen de solidaridad intergeneracional*, apoyado en un sistema técnico financiero de reparto que comprende obligatoriamente a todos los afiliados activos por las asignaciones computables o tramos de las mismas hasta US$ 813 mensuales (valores de mayo de 1995, tomando el tipo de cambio promedio del mes), los que generarán el derecho a la prestación básica del sistema.

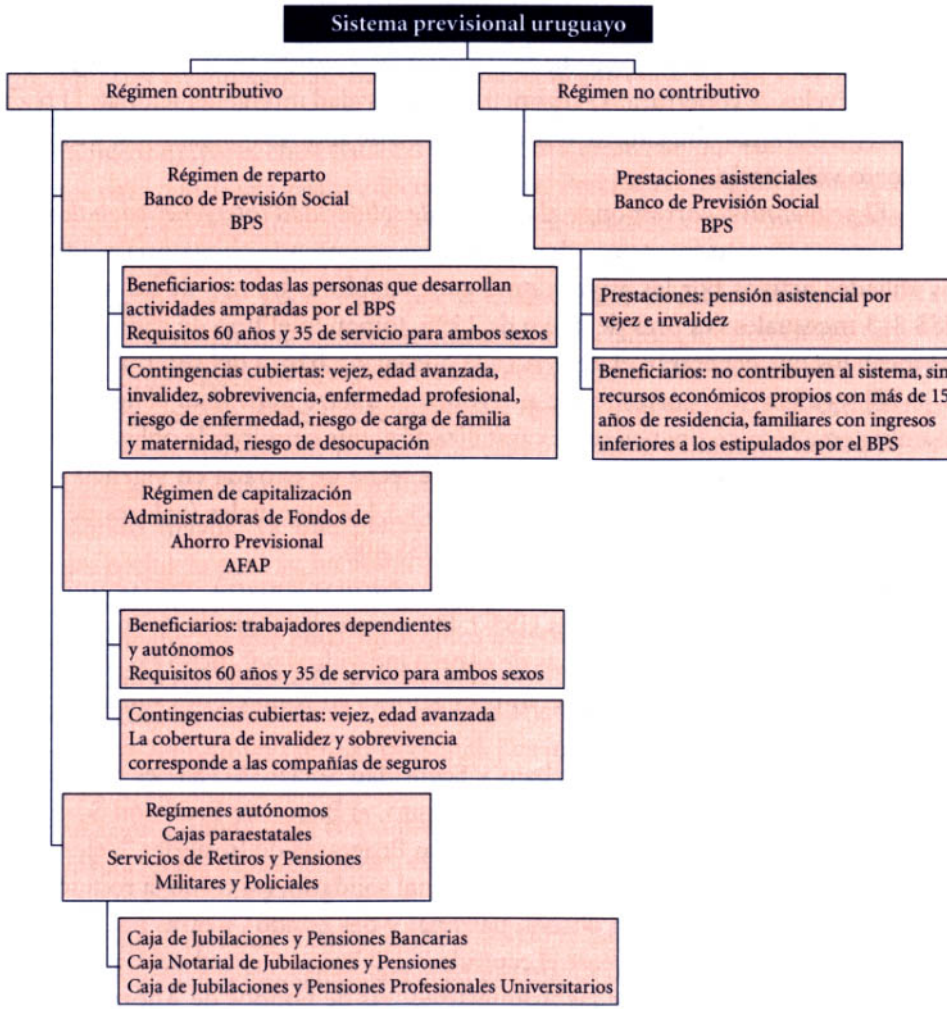
El *segundo nivel* corresponde al *régimen de ahorro individual obligatorio* basado en un sistema técnico financiero de capitalización, que comprende obligatoriamente a los afiliados activos menores de 40 años en la fecha de entrada en vigencia de la ley, con salarios superiores a US$ 813 y hasta US$ 2.438 mensuales (valores de mayo de 1995), con un mínimo de exceso salarial de US$ 406.

El *tercer nivel* corresponde al *régimen de ahorro voluntario,* que comprende a los afiliados cuyos salarios superen los US$ 2.438 mensuales (valores de mayo de 1995). Estos podrán aportar o no a sistemas de ahorro individual por dicho exceso. En el caso de materializarse el aporte, se generan prestaciones en condiciones similares a las del segundo nivel.

Si bien el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) es el responsable de la política de seguridad social en su conjunto, el Banco de Previsión Social (BPS) (creado en 1986) tiene a su cargo, mediante su Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS), la gestión del sistema previsional solidario, así como la recaudación de todo el sistema (contribución obrera, patronal y del Estado) y otras prestaciones sociales para adultos mayores (véase el capítulo 7). El Banco Central del Uruguay (BCU) es el organismo que supervisa las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP). Además se suman las cajas paraestatales y servicios de retiros y pensiones militares y policiales que se dirigen a colectivos particulares. Las cajas paraestatales (Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias, Caja Notarial de Jubilaciones y Pensiones y Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios) son entidades privadas con fines públicos que actúan con autonomía técnica, sin perjuicio del control que ejerce sobre ellas el Poder Ejecutivo. Por otra parte, hay organismos estatales, denominados Servicios de Retiros y Pensiones Militares y Servicios de Retiros y Pensiones

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Figura 6-3. Estructura del sistema previsional uruguayo



Policiales, que dependen de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior y que actúan como servicios desconcentrados.

La reforma del sistema en 1996 trajo consigo cambios e incentivos que permitieron avanzar en la política previsional en el contexto demográfico y fiscal del país de aquel momento, y que en muchos aspectos constituye un punto de referencia importante para América Latina y el Caribe. Se destacan: a) las modificaciones en las *condi-*

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

ciones para calificar (edad jubilatoria de 60 años para ambos sexos con 35 años de servicio); b) la incorporación de *tasas de reemplazo* que deben estimular la permanencia en actividad; c) el aumento del período considerado para el cálculo del *sueldo básico jubilatorio* (*SBJ*); d) la consideración exclusiva de años de servicio e importes registrados en el historial laboral de los trabajadores dependientes, y cotizados efectivamente para los no dependientes; e) la igualdad entre los sexos, admitiendo la pensión para el viudo y divorciado, y limitaciones de acceso a las prestaciones de las viudas en función de la edad y los recursos propios[4]; f) la introducción de un nuevo sistema de pago de la cuota mutual para jubilados de bajos ingresos. La ley también redujo el aporte patronal (del 14,5 al 12,5%) a expensas de los trabajadores cotizantes (a quienes se les aumentó su aporte del 13 al 15%). En el caso del régimen de ahorro individual obligatorio, los recursos previstos para cubrir las prestaciones de la *jubilación común* y los derechos *pensionarios* vienen de la capitalización de los aportes personales por sueldos superiores a US$ 813 hasta un máximo de US$ 2.438 mensuales, aportes patronales por servicios bonificados, depósitos voluntarios de los afiliados o a nombre de ellos, sanciones pecuniarias por infracciones tributarias y la rentabilidad del fondo de ahorro previsional que corresponda.

Bajo los términos de la reforma, toda persona activa afiliada al BPS o que ingrese después de haber entrado en vigencia la nueva ley, tiene derechos previsionales regulados por uno de los tres regímenes aplicables: a) régimen anterior de reparto, vigente hasta el momento en que se aprobó la ley de la reforma; b) régimen de transición; y c) régimen mixto.

La insuficiencia de las pensiones es innegable, aun cuando por mandato constitucional la pensión se ajusta en función del índice medio de los salarios (medida que determinó un enorme y acelerado crecimiento de los egresos del BPS, medidas fiscales correctoras, incluidos los aumentos de las tasas del IVA y de los aportes patronales y personales, e incluso la reforma del sistema): el monto previsional mensual por indigencia en 1998 era de US$150 y la pensión media por jubilación de US$ 365 (con un mínimo de US$ 120 y un máximo de US$ 870); el monto previsional medio por supervivencia era de US$ 132 y la media del subsidio transitorio, de US$ 248. Con la pensión de supervivencia le corresponde al beneficiario entre el 50 y 75% del sueldo básico del derechohabiente, según su parentesco con el causante y la composición del

[4] Para la *pensión por supervivencia,* son beneficiarios con derecho a pensión generada por los jubilados y trabajadores afiliados al BPS, las mujeres viudas y los hijos solteros menores de 21 años, así como los hijos solteros mayores de 18 años sin aptitud para ningún trabajo, padres que no tienen aptitud para ningún trabajo y personas divorciadas. No se habían tenido en cuenta los hombres viudos.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

grupo familiar. El monto de la canasta básica para dos personas mayores en Uruguay se ha calculado en US$ 540.

En el régimen de ahorro individual obligatorio, la aportación es obligatoria pero el ahorro y la prestación que recibirá el trabajador no son definidos, situación que resulta particularmente crítica si se considera que el 44% de los afiliados a las AFAP no cumplen los requisitos de tiempo y forma, y que hasta el momento las AFAP no han comenzado a entregar prestaciones a sus 506.487 afiliados. La prestación en este régimen se da en función del monto acumulado en la cuenta individual (que dependerá del rendimiento de los aportes de las inversiones hechas por las AFAP, que no garantizan ninguna rentabilidad mínima, una vez deducidas sus comisiones), de la esperanza de vida y de la tasa de interés vigente en el momento del cese. En efecto, la ley apenas exige como rentabilidad mínima a una AFAP una cantidad equivalente a la rentabilidad promedio de todas las AFAP menos dos puntos porcentuales. Si esta cantidad es poca o inclusive negativa, los trabajadores absorberán dichas eventualidades en sus prestaciones futuras.

Por otra parte, al trabajador que no complete la causal jubilatoria o cuya familia no tenga condiciones pensionarias de supervivencia, no se le reintegran sus ahorros ni está previsto que dicho trabajador ingrese en el sistema público de financiamiento de la seguridad social. Esto hace que el sistema vigente en el Uruguay dependa de aportes obligatorios y no de ahorros obligatorios, diferencia que, según algunos juristas uruguayos, afecta a la propiedad privada y a los derechos hereditarios de los ciudadanos mayores de ese país.

Por las razones antedichas, el actual sistema no le garantiza al individuo una parte suficiente de sus ingresos en el momento en que entra en su etapa pasiva, con las consecuentes repercusiones sociales que esto implica. Además, la reforma desvió recursos anteriormente captados por el BPS al mercado de valores por conducto de las AFAP, las cuales cobran una tasa elevada (13,7%) de esos aportes por concepto de gastos de administración. Al final, al Estado le toca asumir —sin contar siempre con los recursos para hacerlo— las diferencias entre los ingresos y egresos del BPS.

Los bajos montos de jubilación se perciben como uno de los factores que dificultan la independencia del adulto mayor al no permitirle adquirir los alimentos necesarios, pagar los servicios, y atender a otras necesidades. Las conquistas o beneficios son propios de cada gremio de trabajadores, no tienen aplicación general ni global. Por esta razón, muchos de los adultos mayores se han procurado un colchón provisional por otros medios, como la inversión en una vivienda que puede ser alquilada posteriormente. Lo que más preocupa a este grupo es la insuficiencia de las pensiones, la escasa cobertura de sus necesidades y los magros ingresos que perciben. Frente a la

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

escasa disponibilidad de servicios del Estado, los adultos mayores deben afrontar muchos gastos para atender su salud y mantener su nivel de vida.

Los empresarios son conscientes del costo de los servicios que ofrecen y requieren los adultos mayores. Como estos servicios no son subsidiados, deben ser pagados por el propio adulto mayor o su familia. En la mayor parte de los casos, la escasa cuantía de las pensiones limita la satisfacción de las necesidades más básicas, como la comida, la vivienda y los servicios de salud.

Economía social

Ya a nivel individual, la dinámica encaminada a lograr la inserción social y económica de la persona mayor se centra no sólo en sus ingresos previsionales sino también en su historial y actividad laboral remunerada, la ayuda financiera y en especie que preste a sus familiares y amistades o que reciba de ellos, su voluntariado en actividades comunitarias, y los descuentos otorgados por la sociedad y empresa privada para determinados bienes y servicios, entre otros factores.

La situación económica de los entrevistados resultó ser algo mejor en Uruguay (45% considera que sus ingresos le permiten cubrir sus necesidades), pero en Chile y Argentina un 70 y 65%, respectivamente, se queja de no tener suficientes ingresos para vivir.

Economía doméstica

La economía de la unidad familiar queda bien descrita en las encuestas BID-OPS-SABE. Se observa que los gastos de casa, comida, ropa, atención médica y salidas o paseos son compartidos por la unidad familiar. Menos de la mitad de las personas mayores encuestadas dicen hacerse cargo completamente de estos gastos, ya que la mayoría los comparte con otros miembros del hogar (cuadros 6-4 y 6-5). Estos datos son corroborados por un análisis detallado del consumo de bienes y servicios para el mantenimiento del hogar, los alimentos, la ropa, el calzado y los gastos de farmacia (cuadro 6-5). Se observa que la mayoría son propietarios de su casa (y los pocos que no lo son enfrentan alquileres altos), pero que deben hacer frente a gastos elevados (en comparación con la poca cantidad de las pensiones) por el mantenimiento de la vivienda y el pago de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono. De hecho, una proporción relativamente elevada depende de la ayuda de los hijos para afrontar estos gastos. También se observa que el servicio doméstico es caro y

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 6-4.
Economía familiar según la forma de pagar los gastos de la unidad familiar

Gastos familiares	Paga totalmente (%)	Paga parcialmente (%)	Alguien más paga (%)	No gasta (%)
Argentina				
Casa	34,4	43,4	17,6	4,7
Comida	36,6	46,6	14,3	2,5
Ropa	46,1	33,3	10,6	10,0
Gastos médicos	46,3	31,6	10,4	11,8
Paseos o transporte	43,1	30,2	10,2	16,5
Chile				
Casa	22,0	20,0	16,0	41,0
Comida	36,0	36,0	20,0	7,0
Ropa	50,0	20,0	16,0	14,0
Gastos médicos	47,0	18,0	15,0	18,0
Paseos o transporte	51,0	17,0	16,0	15,0
Uruguay				
Casa	34,4	43,4	17,6	4,7
Comida	36,6	46,6	14,3	2,5
Ropa	46,1	33,3	10,6	10,0
Gastos médicos	46,3	31,6	10,4	11,8
Paseos o transporte	43,1	30,2	10,2	16,5

sólo asequible para una minoría de las familias, lo cual sugiere que el desarrollo de los servicios comunitarios es una solución impostergable para la atención comunitaria a las personas dependientes. Efectivamente, la dependencia es la norma en este tipo de gastos, salvo en lo referente a ropa, calzado y farmacia en Chile y Uruguay, donde un poco más de la mitad de las personas declaran asumirlos sin ayuda de sus hijos o pareja. Esta situación se observa también en el caso argentino, aunque menos que en los otros dos países. La proporción de personas que asumen los gastos de ropa y calzado en Argentina alcanza el 49,3%, mientras que para los gastos de farmacia ascienden a 46,2%.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 6-5.
Consumo de bienes y servicios para el hogar

Artículo o servicio	Comprado o pagado en el último mes (%)	Persona que paga (%) Solo	Con la pareja	Con los hijos	Costo (mediana en pesos)
Argentina					
Alimentos y bebidas	98,2	35	21	13,7	300
Ropa y calzado	24,7	49,3	18,8	11,3	71
Servicio doméstico	14,3	45,1	25,5	11,9	280
Alquiler	5,6	30,3	17,2	16,2	450
Luz	84,5	35	19,5	13,3	42
Agua	59,5	34,7	19,6	13,8	28
Gas	78,3	34,7	21,8	13,6	35
Teléfono	67	30,8	22,3	13,5	70
Farmacia	73,3	46,2	19,9	9,3	50
Chile					
Alimentos y bebidas	93,0	41	16	33	50.000
Ropa y calzado	16,0	60	11	25	3.000
Servicio doméstico	6,6	43	8	25	70.000
Alquiler	10,0	42	12	43	25.000
Luz	87,7	37	14	35	7.000
Agua	88,2	38	14	35	4.000
Gas	89,0	42	14	33	8.000
Teléfono	74,5	30	12	33	6.000
Farmacia	59,5	63	12	30	10.000
Uruguay					
Alimentos y bebidas	94	39	27	14	1,600
Ropa y calzado	22	58	24	5	100
Servicio doméstico	14	47	32	8	700
Alquiler	15	44	22	14	1600
Luz	88	37	27	13	300
Agua	84	37	27	13	100
Gas	82	39	27	12	100
Teléfono	75	35	28	14	300
Farmacia	54	52	27	8	200

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Conclusión

Las experiencias del grupo de ciudadanos mayores con los sistemas previsionales vigentes son fuente de una gran lección: la necesidad impostergable de adoptar medidas claras y decisivas que les permitan a estas personas solventar o por lo menos satisfacer sus necesidades más elementales, cosa que en las circunstancias actuales no consiguen hacer. A pesar del monto del ahorro que generan en términos macroeconómicos, las reformas respectivas aún no han conseguido garantizar la seguridad económica de sus beneficiarios ni incentivar adecuadamente a la gran multitud de personas que todavía viven al margen de los distintos regímenes previsionales a afiliarse a ellos. Este panorama resulta particularmente inquietante al considerar las restricciones fiscales actuales y anticipadas, que menoscaban seriamente la capacidad del Estado de cumplir con su obligación legal de proporcionar pensiones y subsidios a distintos grupos con ingresos por debajo de las pensiones mínimas establecidas. En los planes identificados para el futuro tampoco se contempla ningún incentivo para ajustar las edades de la jubilación en función de los requerimientos actuariales necesarios para conseguir la solvencia de sistemas cuyos jubilados son cada vez más longevos y tienen mayores posibilidades de continuar su vida laboral. Finalmente, la persistencia de importantes diferencias en perjuicio de las mujeres mayores es un tema que suscita gran preocupación.

"No se trata de cuán viejo eres, sino de cómo es tu vejez."

Marie Dressler, actriz canadiense, 1869–1934

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 7

ESTADO DE SALUD, CAPACIDAD FUNCIONAL Y NECESIDADES

María Victoria Zunzunegui, Sandra Arlette Pinzón, François Béland, Edith Alejandra Pantelides, Cecilia Albala, Omar Prats

Conocer el estado de salud de las personas mayores es necesario para la sociedad en el contexto del envejecimiento poblacional que se presencia en los tres países del Cono Sur. En primer lugar, las personas mayores dicen que la salud es su principal preocupación, pese a que continuamente afrontan pérdidas sociales y económicas. Por tanto, conocer el estado de salud de los adultos mayores debe ser un primer paso hacia la formulación de políticas sociales encaminadas a lograr un envejecimiento activo y saludable. En segundo lugar, las personas mayores constituyen el grupo de edad que más utiliza los servicios de salud, y sabemos que el primer factor que determina la utilización de dichos servicios es el estado de salud.

"Si hubiera sabido que iba a vivir tanto, me habría cuidado."

Eubie Blake, compositor estadounidense, 1883-1983, al cumplir los 100 años

En el presente capítulo pretendemos conocer y entender el verdadero estado de salud de los adultos mayores en los tres países del Cono Sur, con miras a identificar tanto su capacidad para llevar una vida activa, como las necesidades de quienes sufren limitaciones de salud o capacidad funcional. Sabemos que la mayoría de los adultos mayores se encuentran bien de salud y que no tienen dificultades para realizar las actividades de la vida diaria. Aun así, se observan importantes variaciones cuya comprensión nos permitirá adoptar una mejor estrategia para conservar la autonomía y la actividad de las personas mayores en el seno de la sociedad. Así, por ejemplo, el cuadro 7.1 muestra las diferencias en el estado de salud entre los tres países, según una serie de indicadores habitualmente utili-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

zados en estudios sobre la salud poblacional. Se observa que los indicadores de Buenos Aires y Montevideo son similares y mejores que los de la población mayor de 60 años en Santiago. A lo largo de este capítulo comentaremos las diferencias encontradas e intentaremos identificar los factores que las explican, según las actuales teorías en torno a la salud poblacional y el estado actual de los conocimientos sobre el proceso de envejecer.

"El gran secreto que comparten todas las personas mayores es que uno no cambia en setenta u ochenta años. El cuerpo cambia, pero uno no cambia en nada. Y, por supuesto, esto causa mucha confusión."

Doris Lessing,
escritora iraní-inglesa, 1919–

La mayoría de las personas mayores (Buenos Aires, 81,2%; Santiago, 74,9%; Montevideo, 77,4%) tienen una enfermedad crónica, pero sólo una minoría sufre incapacidades que le impiden llevar a cabo sus actividades diarias. Esto puede explicar por qué la mayoría de las personas mayores perciben su salud como excelente o buena, aun cuando tienen diagnosticadas una o varias afecciones crónicas. Su capacidad para funcionar diariamente de acuerdo con las expectativas de su medio social las lleva a sentirse fundamentalmente sanas, y la percepción que tienen de su salud será un buen factor para pronosticar su mortalidad (Ilder y Benyamini, 1997).

La capacidad funcional es aquélla que permite llevar a cabo las actividades de la vida diaria según nos lo exige la sociedad donde vivimos y constituye uno de los prin-

Cuadro 7.1.
Salud percibida de los mayores de 60 años en las ciudades del estudio OPS-SABE

Indicadores del estado de salud	Buenos Aires, Argentina (%)	Santiago, Chile (%)	Montevideo, Uruguay (%)
Salud buena o excelente	63,1	35,4	63,2
Salud – igual o mejor que el año anterior	81,5	70,3	79,7
Salud – igual o mejor que la de otras personas	74,4	80,4	82,1
Capacidad funcional: actividades de la vida diaria	80,9	73,5	83,5

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

cipales factores que determinan la calidad de la vida de las personas mayores. El proceso de discapacidad, según lo ha conceptualizado Verbrugge (Verbrugge y Jette, 1994), es la transición progresiva de una deficiencia en algún sistema del organismo (afección crónica) a una limitación funcional (motora, cognitiva, sensorial) y, por último, a la incapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Este proceso está determinado por las condiciones en las que ha vivido la persona (posición socioeconómica, exposición laboral, recursos económicos y sociales), así como por los recursos individuales (características de la personalidad) y sociales (sistema de atención sanitaria, sistema de previsión social, disponibilidad de apoyo familiar e institucional) que la persona mayor disfruta en la vejez (Strawbridge et al., 1996; Kubzansky et al., 1998).

En este capítulo se presentan los componentes físicos y mentales del estado de salud y los distintos componentes del proceso de enfermedad y discapacidad. Entre ellos distinguimos los trastornos crónicos, el deterioro del funcionamiento cognitivo, la depresión, las deficiencias visuales y auditivas, la mala salud bucodental, las limitaciones funcionales de la movilidad y las incapacidades funcionales.

"El envejecer parece ser la única manera de vivir una vida larga."

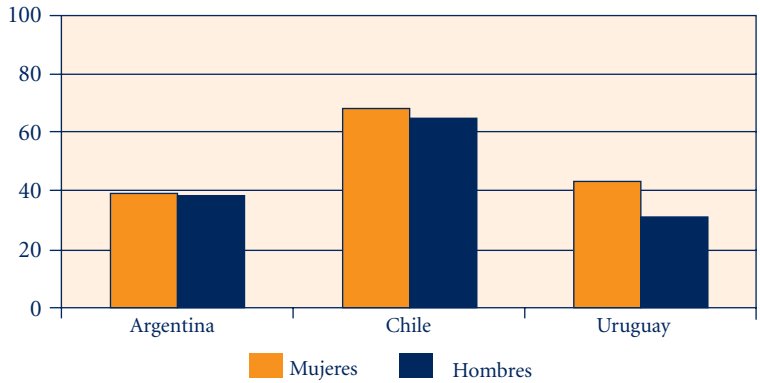
Daniel François Esprit Auber, compositor francés, 1782-1871

Percepción de salud y enfermedad

Como se explicó al inicio del capítulo, se observa que la proporción de personas que dicen tener una salud regular o mala es mayor en Santiago que en Buenos Aires o Montevideo, y esto se confirma en todos los grupos de edad y en ambos sexos (gráfica 7-1). Estas diferencias en el estado de salud de las personas mayores se pueden atribuir a variaciones en el proceso de envejecimiento en los diferentes grupos humanos. La edad cronológica es un indicador tanto de los factores genéticos que influyen en el envejecimiento celular, como de la época y de las condiciones sociales que influyen en la salud. Pero la edad cronológica no explica del todo las diferencias en el estado de salud ni permite identificar los factores que se asocian con una salud buena. A falta de indicadores más precisos, el sexo y la posición socioeconómica constituyen indicadores que ayudan a comprender los factores sociales que influyen en el proceso de envejecimiento. Según algunas fuentes bibliográficas, se asocian con un peor estado de salud

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-1. Porcentaje que afirma tener mala salud, según el sexo



en la vejez el ser de sexo femenino; el haber tenido privaciones en la infancia y la adolescencia; la baja escolaridad; las privaciones económicas; la mayor exposición a sustancias tóxicas ambientales; la inseguridad económica y afectiva, y la falta de autonomía y control sobre la vida propia (Link y Phelan, 1995; Stuck et al., 1999).

En las personas mayores, la morbilidad se ve determinada en gran medida por las afecciones crónicas. Estas personas suelen tener simultáneamente varias afecciones de este tipo (comorbilidad), cuyo número tiende a aumentar a medida que avanza la edad. Las enfermedades degenerativas se superponen, observándose a la vez, por ejemplo, el deterioro del aparato circulatorio, la artritis y las enfermedades respiratorias. Con frecuencia se utiliza el número de trastornos crónicos como indicador de la morbilidad, que es a su vez un buen factor predictor de la discapacidad (Guccione et al., 1994). Alrededor del 20% de la población encuestada dice que no sufre ningún trastorno crónico, y otro 20% dice que tiene tres o más diagnósticos de los siete mencionados (hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad del corazón, artritis o reumatismo, y accidente cerebrovascular). De los encuestados, cerca de la mitad declara sufrir de hipertensión, alrededor del 13% afirma padecer de diabetes, 5% declara haber sufrido un accidente cerebrovascular y otro 5% afirma haber tenido algún tipo de cáncer. Se observan algunas variaciones de frecuencia en las enfermedades del corazón, que afectan a alrededor del 22% de la población de Montevideo y Buenos Aires y al 34% de la población mayor de la capital chilena; en la enfermedad respiratoria crónica, que afecta al 8% de la población encuestada en Buenos Aires y Montevideo y al 12% de los encuestados chilenos; y en la artritis, que afecta a cerca del 50% de los argentinos y uruguayos mayores y al 33% de los mayores chile-

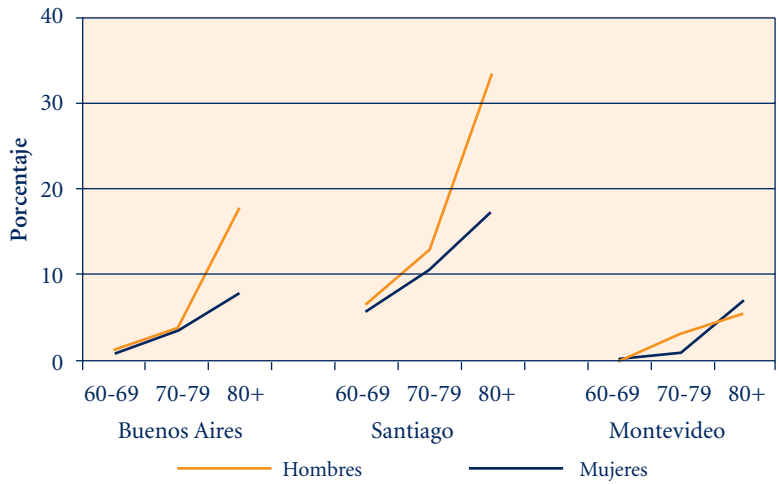
© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

nos en las ciudades capitales respectivas. Estas prevalencias globales que se observan en los mayores de 60 años son similares a las observadas en España y otros países europeos y norteamericanos en personas mayores de 65 años, pero no están estandarizadas por edad. En los países europeos y en Norteamérica, la población de mayores de 80 años representa una proporción más elevada de la población de adultos mayores y contribuye más a la morbilidad. Así, por ejemplo, mientras que en España la población mayor de 75 años constituye el 34% de los mayores de 60 años, en Montevideo esta proporción es del 30%, en Buenos Aires del 28%, y en Santiago del 24%.

Déficit cognitivo

La pérdida de la función cognitiva es un síntoma de un gran número de enfermedades crónicas y en última instancia puede terminar en la demencia. Las pérdidas de la memoria y la concentración tienen un efecto sobre el bienestar físico y mental de las personas mayores. Una versión abreviada del examen de Folstein conocido como *Mini Mental State Exam* o MMSE (Folstein et al., 1975), que ha sido validado en la población chilena, ha sido utilizada en las encuestas OPS-SABE para evaluar los déficit cognitivos. El déficit cognitivo grave (menos de 13 puntos en el MMSE Folstein abreviado) muestra diferencias en los tres países, al situarse en torno al 4% en Buenos Aires, al 1,8% en Montevideo, y al 12% en Santiago (gráfica 7-2). Estas diferencias pueden guardar relación con el menor nivel de instrucción de las poblaciones mayo-

Gráfica 7-2. Prevalencia de déficit cognitivo grave



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

res chilenas, ya que el bajo nivel educativo es un factor de riesgo para el desarrollo posterior de un deterioro cognitivo y la demencia.

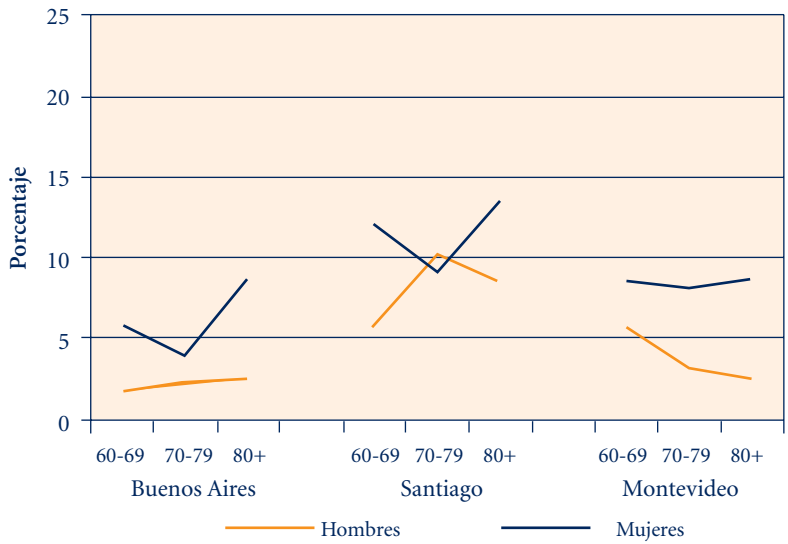
Depresión

La depresión es un factor de riesgo importante de mortalidad y morbilidad por enfermedad cardiovascular y cáncer, y de discapacidad (Lyness et al., 1999; Turner y Noh, 1988). Aunque la depresión mayor es menos frecuente en los adultos mayores que en los adultos jóvenes, un elevado número de síntomas depresivos, aun sin llegar a cumplir los criterios de depresión mayor, tiene fuertes repercusiones sobre la calidad de vida e incluso la mortalidad de los adultos mayores. Para medir la sintomatología depresiva, el SABE utiliza la lista de síntomas depresivos de Yesavage (*Geriatric Depression Scale*), validada en la población española (Sheikh y Yesavage, 1986). La sintomatología depresiva grave (GDS 10+) es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y más elevada en Santiago que en Buenos Aires o Montevideo. En estas dos ciudades las prevalencias de depresión son comparables a las encontradas en Norteamérica (gráfica 7-3). Según la bibliografía, la sintomatología

"Cuando no se han cuidado el corazón y la mente en los años jóvenes, bien se puede temer que la vejez sea desolada y triste."

José Martí

Gráfica 7-3. Prevalencia de sintomatología depresiva elevada



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

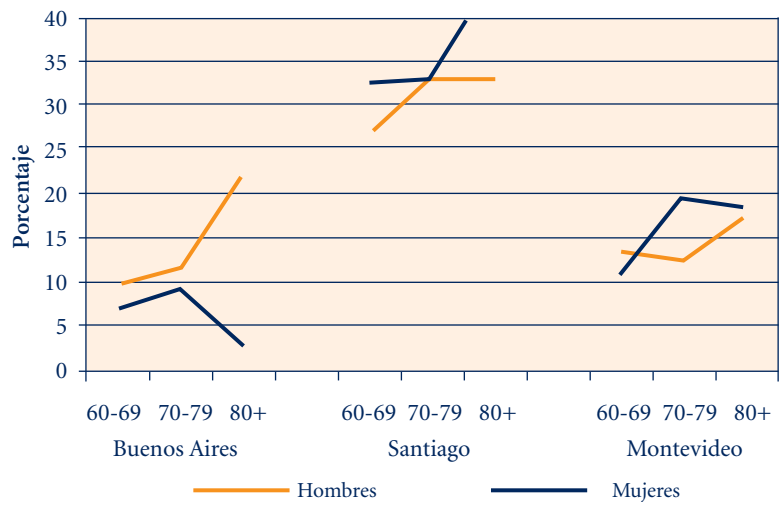
depresiva grave se asocia con una mala percepción de la propia salud (Santiago, 65%; Buenos Aires, 35%; Montevideo, 39%), con mayores prevalencias de discapacidad (Santiago, 26%; Buenos Aires, 19%; Montevideo, 17%), con una mala situación económica (ingresos insuficientes: Santiago, 68,4%; Buenos Aires, 65,5%; Montevideo, 57,5%) y con un bajo nivel de instrucción (educación primaria o menos: Santiago, 71,4%; Buenos Aires, 69,8%; Montevideo, 70,7%). Todos estos factores parecen ser más frecuentes entre los mayores de Santiago al compararlos con los mayores de Montevideo y Buenos Aires.

Deficiencias de la vista y la audición

Las deficiencias sensoriales, en particular las visuales y auditivas, son problemas frecuentes que se agudizan con la edad. Ambas deficiencias aumentan el riesgo de discapacidad y de aislamiento social. Los problemas de la visión son frecuentes en la población encuestada y mucho más frecuentes en Santiago (35% tienen disminuida la visión lejana y 33%, la cercana) que en Buenos Aires (13,6% y 10,6%, respectivamente) o en Montevideo (17,5% y 14,8%, respectivamente).

Esta prevalencia de problemas visuales apunta a una necesidad insatisfecha importante de cuidados correctores de la vista y a una probable falta de acceso a la cirugía de cataratas, a la que nos referiremos de nuevo en el capítulo 10 cuando tratemos el tema de la utilización de los servicios (gráfica 7-4).

Gráfica 7-4. Prevalencia de problemas de mala visión, según grupos de edad y sexo



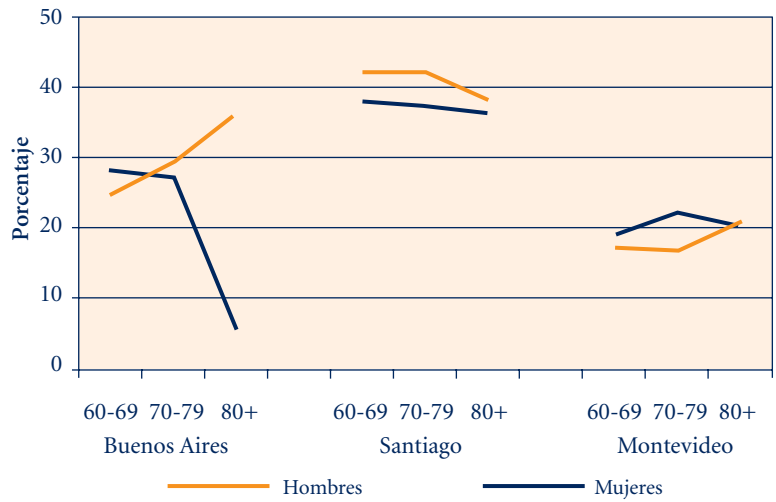
© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

En cuanto a los problemas auditivos, se observa su aumento con la edad y una mayor prevalencia en hombres que en mujeres, como es de esperar si hemos de guiarnos por la bibliografía, debido a la mayor exposición ocupacional de los hombres a la contaminación acústica. También es mayor la frecuencia de los problemas auditivos en Santiago (33,4% de las personas mayores refieren tener una mala audición) que en Buenos Aires (20,7%) o Montevideo (17%).

Salud bucodental

La salud bucodental, que se deteriora con la edad y debido a la ausencia de higiene o cuidados dentales, influye mucho en la calidad de la dieta, y una mala salud oral es fuente de molestias y dolores. Hay índices de la salud oral percibida que pueden utilizarse para determinar la necesidad de atención bucodental que tiene una población. Para la encuesta OPS-SABE se ha utilizado el índice GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*), validado previamente en la población española. Según este índice, las necesidades de atención bucodental son muy elevadas (gráfica 7-5). El 40% de la población mayor de Santiago, el 27% de la de Buenos Aires y el 19% de la de Montevideo requieren atención bucodental, aun cuando el puntaje por debajo del cual se considera necesaria esta atención es muy inferior al utilizado en España y en Estados

Gráfica 7-5. Prevalencia de problemas de mala salud bucodental, según grupos de edad y sexo



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Unidos (GOHAI < 51, frente a GOHAI < 58 y < 57, respectivamente) (Pinzón y Zunzunegui, 1999; Atchinson y Dolan, 1990). Estos datos revelan una situación que podría mejorar si se pusiera en marcha un plan educativo sobre la salud oral desde la escuela primaria hasta la edad avanzada.

"Uno acaba como se merece. En la vejez tendremos que aguantar la cara, las amistades, la salud y los niños que nos hemos ganado."

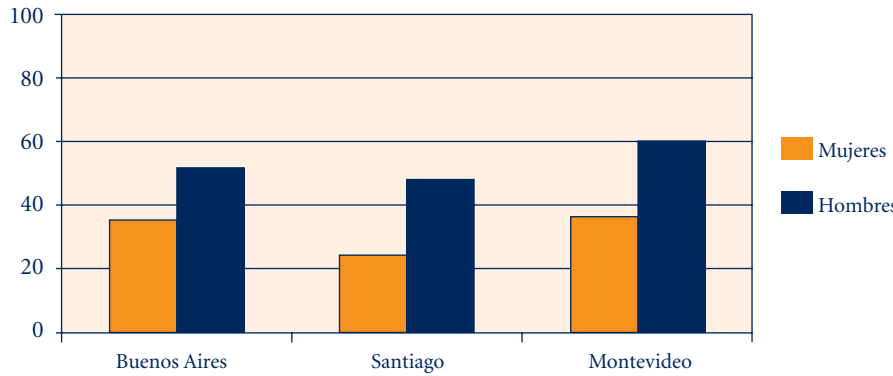
Fay Weldon, escritora inglesa, 1931—

Movilidad

Las limitaciones de la movilidad, especialmente de las extremidades inferiores, predicen con bastante precisión la discapacidad y la mortalidad. Aunque la terminología no está consolidada en castellano, hemos usado la expresión "inmovilidad" para distinguir a las limitaciones de la movilidad de la "discapacidad". Así, por ejemplo, una persona puede sufrir cierto grado de dificultad para flexionar los dedos (inmovilidad parcial) que la lleva a no poder abotonarse la ropa (discapacidad) o a no poder manejar los cubiertos para comer de forma independiente (discapacidad). En la encuesta OPS-SABE se han hecho varias preguntas extraídas del cuestionario original de Nagi (1976) para medir limitaciones de la movilidad de las extremidades superiores e inferiores. De ellas hemos seleccionado cinco para el análisis que se presenta aquí, por ser las más utilizadas en la bibliografía sobre el tema. Estas preguntas son: ¿cuánta difiultad ha tenido para: a) empujar un objeto grande, como un sillón?; b) agacharse, inclinarse, arrodillarse?; c) manipular objetos pequeños?; d) elevar los brazos por encima de los hombros?; y e) subir un piso de escaleras? Las respuestas son: "ninguna dificultad", "alguna", "mucha" o "absoluta". Para combinar estas respuestas, hemos clasificado a las personas en tres grupos: 1) las que no tienen dificultad para realizar ninguno de los cinco movimientos (sin limitaciones de la movilidad); 2) las que no pueden realizar algunos de esos movimientos (inmovilidad grave); y 3) todas los restantes, es decir, las que tienen algún tipo de dificultad pero no son totalmente incapaces de llevar a cabo estos movimientos (inmovilidad ligera). Con esta clasificación, se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres y entre un país y otro. Las mujeres tienen mayores tasas de invalidez que los hombres en Argentina, Chile y Uruguay, hallazgo que es coherente con la mayor prevalencia de enfermedades osteomusculares en el sexo femenino. De nuevo, al igual que en el caso de los otros índices de salud examinados, en Santiago la inmovilidad tiene una prevalencia superior a la observada en

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-6. Porcentaje que dice no tener limitaciones en la movilidad de las extremidades



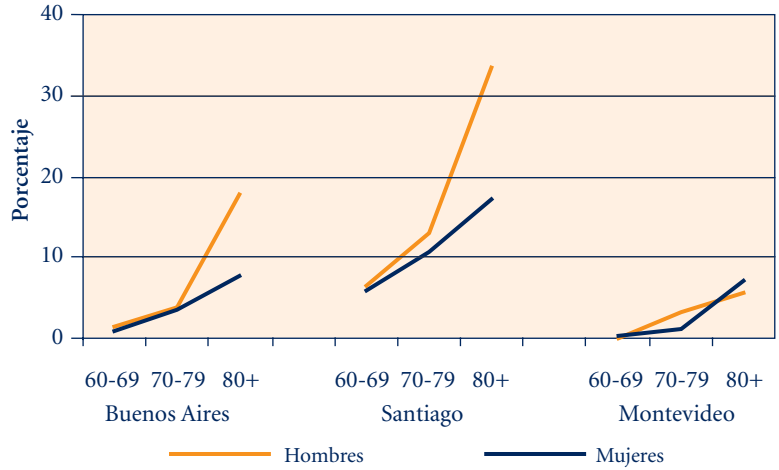
Buenos Aires y Montevideo. En la gráfica 7-6 presentamos el porcentaje de personas que no tienen ninguna limitación para realizar los cinco movimientos. Según la bibliografía, las pérdidas de la movilidad son prevenibles mediante una vida activa, el ejercicio físico y el hábito de caminar por lo menos un kilómetro todos los días (Guralnik y Kaplan, 1989).

Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

La capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD, en inglés ADL por *activities of daily living*) se evalúa mediante preguntas sobre la dificultad para lavarse, asearse, salir de la cama, vestirse y comer, y la capacidad para mantener el hogar y su entorno mediante actividades domésticas (las llamadas actividades instrumentales de la vida diaria, AIVD; en inglés IADL por *instrumental activities of daily living*), tales como la limpieza del hogar, la preparación de la comida, y los contactos esenciales con el exterior (p. ej., ir a la tintorería, al correo, a la zapatería; salir a comprar ropa o comida; usar el teléfono y el transporte público). En el estudio OPS-SABE se pregunta cuál es el grado de dificultad para realizar estas actividades, si se utilizan ayudas mecánicas, y si se recibe ayuda de otras personas. En este capítulo presentamos datos sobre la prevalencia de dificultades para realizar las actividades indicadas y sobre las necesidades de ayuda. En el capítulo 10 presentamos información sobre las fuentes de ayuda familiares y formales.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-7. Prevalencia de incapacidades en actividades básicas de la vida diaria

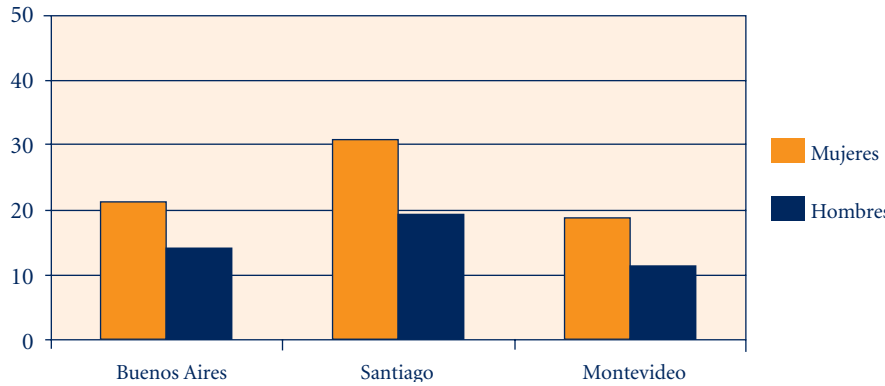


Aun cuando la mayoría de las personas mayores encuestadas no tenían más de 6 limitaciones en AVD que las hubiera clasificado como discapacitadas, se encontró que la discapacidad aumenta marcadamente con la edad (gráfica 7-7). No obstante, una proporción elevada de las personas mayores experimenta dificultad para realizar alguna (una o más) de las AVD (gráfica 7-8). Este tipo de dificultad es mayor en las mujeres que en los hombres y es más frecuente en Santiago (67,8%) que en Buenos Aires (58,9%) o Montevideo (56,7%). No todas las personas que tienen dificultades reciben ayuda para realizar estas tareas: sólo el 5,6% de los mayores bonaerenses, el 13,6% de los mayores santiagueños y el 4,6% de los mayores de Montevideo (gráfica 7-9). Estos datos indican que entre la minoría discapacitada hay necesidades desatendidas importantes.

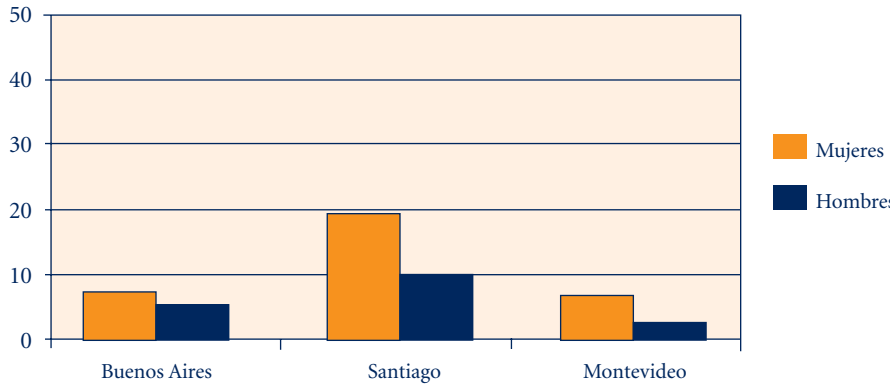
Poder llevar a cabo actividades para conservar el ámbito doméstico y su relación con el entorno es necesario para una vida autónoma y digna. En las ciudades estudiadas, la situación es mejor en el caso de las AIVD que de las AVD, encontrándose que la mayoría no presenta ninguna dificultad (78% en Buenos Aires, 52% en Santiago, 59% en Montevideo) (gráfica 7-10). No obstante, cabe destacar que aunque 22% de los adultos mayores argentinos, 42% de los uruguayos y 48% de los chilenos encuestados tienen una o más dificultades para desempeñar las tareas del hogar y algunos reciben ayuda con ellas, una proporción importante no recibe ayuda de ninguna especie (gráfica 7-11). Aun así, la proporción de personas que no reciben ayuda pese a que les resulta difícil mantener su ambiente es inferior a la de personas que tie-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-8. Porcentaje que dice tener discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria



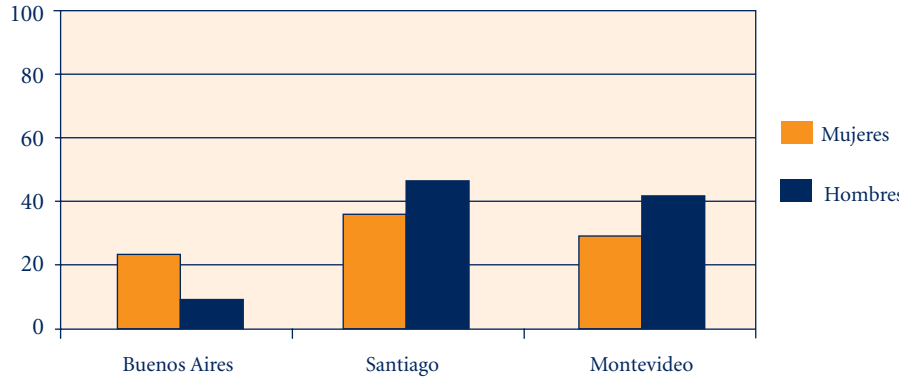
Gráfica 7-9. Porcentaje que recibe ayuda en las actividades básicas de la vida diaria



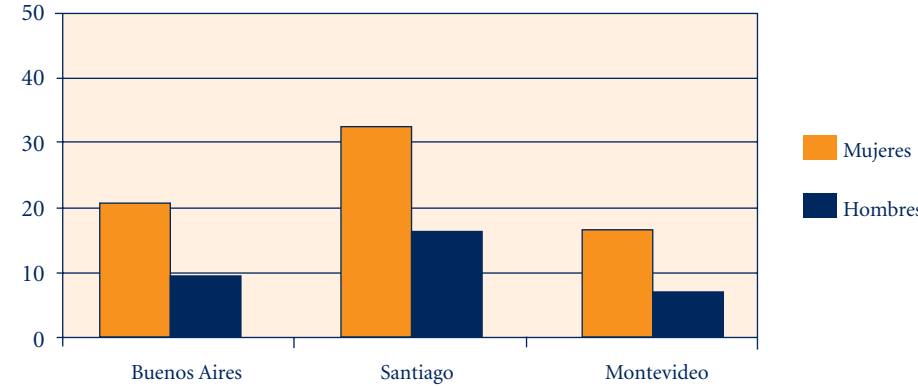
nen dificultad para llevar a cabo las actividades básicas. Es probable que esta diferencia se deba al peso que tienen las formas tradicionales de organización del trabajo doméstico. En ambos casos —las AVD y las AIVD— los datos apuntan a que hay necesidades no cubiertas que merecen atención, y los datos del SABE pueden facilitar la identificación de las personas con necesidades insatisfechas y el establecimiento de intervenciones apropiadas.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-10. Porcentaje que dice tener discapacidad en actividades instrumentales de la vida diaria



Gráfica 7-11. Porcentaje que recibe ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria



Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria figura en la lista de trastornos asociados al envejecimiento (síndromes geriátricos) que conllevan un alto riesgo de discapacidad. Las mujeres tienen una prevalencia de incontinencia urinaria de cerca del 14%, y los hombres de alrededor del 7%. Esto se debe a que las mujeres sufren más infecciones urinarias cuyo manejo clínico deficiente (principalmente en un contexto obstétrico) puede degenerar en incontinencia. Este es un problema grave y poco reconocido que debería ser objeto de mayor cuidado en la atención primaria de salud de los adultos mayores, puesto que influye enormemente en su actividad social y en la calidad de su vida.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Caídas

Alrededor del 30% de los mayores han sufrido una caída durante el año anterior, aunque en la población chilena la cifra es un poco más alta (35%) que en la de los otros países y se observan mayores prevalencias entre las mujeres (alrededor del 37%) que entre los hombres (algo más del 20%). Estas cifras coinciden con las notificadas en la bibliografía internacional para las personas mayores de 65 años. Las caídas forman parte del síndrome geriátrico y son un factor de riesgo importante de pérdidas de la función. No son inevitables y se conocen bien sus causas prevenibles. Algunas intervenciones comunitarias (Close, 1999) han conseguido reducir a la mitad el riesgo de caerse mediante cambios de conducta sencillos, una revisión de la medicación y un examen del domicilio orientado a detectar y corregir problemas de seguridad.

El temor a caerse es una barrera importante que limita la movilidad de los mayores. El 23,5% de las personas de edad en Buenos Aires, el 21% en Santiago y el 10,8% en Montevideo temen salir de la casa porque creen que se van a caer. Estas cifras son muy elevadas. Si uno de cada cinco adultos mayores teme caerse al salir de su casa y si la mitad de esos adultos han dejado de salir debido a esta inseguridad, ello significa que las ciudades no están construidas teniendo presentes las necesidades de sus ciudadanos mayores con problemas de movilidad. Son cada vez más los países que están adoptando medidas para mejorar el medio urbano. Entre ellas figuran ciertas cosas tan sencillas como modificar los ciclos de los semáforos, mantener en buen estado las aceras y vías públicas, colocar plataformas en los autobuses para facilitar la subida y el descenso y construir rampas de acceso a los edificios públicos.

Contrario a lo que se piensa, la mayoría de las caídas y accidentes ocurren dentro del hogar. La seguridad dentro de la vivienda ya ha sido examinada en el capítulo 5. En el capítulo presente sólo deseamos resaltar la importancia de la seguridad en los espacios interiores para evitar accidentes y caídas. Hay estudios de arquitectura urbana y de interiores que se especializan en estos temas.

Estudio de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud en los tres países

El estudio de las desigualdades sociales puede esclarecer hasta qué punto las condiciones de vida asociadas con la posición socioeconómica determinan la salud. En el análisis previo vimos que los adultos mayores de la capital chilena están en peor estado de salud, a juzgar por todos los indicadores, que los argentinos o uruguayos de las ciudades capitales de sus respectivos países. El examen de la distribución de estos indicado-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 7-2.
Distribución porcentual de algunos indicadores de salud según el nivel de instrucción, Buenos Aires, Santiago y Montevideo

	Nivel de instrucción				
Variable	Menos de primaria	Primaria	Secundaria	Técnica y universitaria	Ciudad
Salud percibida	74	69	54	41	Santiago
regular o mala	49	31	25	15	Buenos Aires
	60	43	29	20	Montevideo
Función cognitiva	36	12	5	4	Santiago
con déficit	8	3	1	1	Buenos Aires
	16	2	0,2	1	Montevideo
Visión cercana	42	37	24	20	Santiago
mala	18	7	7	6	Buenos Aires
	33	17	8	3	Montevideo
Trastornos crónicos	30	20	19	18	Santiago
3 ó más	25	18	15	16	Buenos Aires
	25	21	18	13	Montevideo
Salud bucodental	51	41	34	29	Santiago
mala	35	24	25	23	Buenos Aires
	20	23	12	8	Montevideo
Sintomatología	12	10	12	4	Santiago
depresiva	7	5	2	2	Buenos Aires
grave	14	8	4	3	Montevideo
Capacidad funcional	42	28	17	16	Santiago
dificultad en	27	16	12	15	Buenos Aires
AVD[a]	32	19	12	10	Montevideo

[a] AVD = actividades de la vida diaria.

res según el nivel de instrucción y los ingresos ayuda a esclarecer los motivos de estas diferencias.

En el cuadro 7-2 se presentan las prevalencias de los indicadores de salud según el nivel de instrucción, categorizado en primaria incompleta, primaria, secundaria y estudios superiores. Observamos que las diferencias en el estado de salud según el nivel de instrucción son muy grandes en todos los países y sólo se comparan en su magnitud relativa con el efecto de la edad. En el caso de muchos indicadores, una diferencia de edad de 20 años supone una diferencia del estado funcional equivalente a la observada entre personas con una educación superior y personas que no terminaron la primaria, o entre las que tienen ingresos suficientes e insuficientes. Así, por

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

ejemplo, la diferencia en cuanto a función cognitiva entre el grupo de 60-69 años y el de 80 años y más es equiparable a la observada entre las personas con una educación superior (técnicos y universitarios) y las que no completaron la primaria, o entre las que cuentan con ingresos suficientes e insuficientes (cuadro 7-3). Para apreciar estas relaciones, basta examinar la gráfica 7-2 y compararla con el cuadro 7-2. Por ejemplo, en Santiago, el déficit cognitivo tiene una prevalencia de 36% entre personas que no terminaron la primaria y de 4% entre las que poseen una educación universitaria. Estas cifras son similares a las que se observan en el grupo de edad de 80 años y más (30%) y en el de 60 a 70 años (6%). Desigualdades sociales como éstas en el ámbito de la salud están presentes en los tres países y también se reflejan en el nivel de discapacidad sensorial y funcional (cuadros 7-2 y 7-3).

Los indicadores de salud de la población chilena de Santiago, por ser los peores, requieren una atención especial. Según estudios realizados en los países de la OCDE, principalmente del norte de Europa y de América, las desigualdades económicas inciden directamente sobre la salud de la población, su esperanza de vida y su mortalidad (Kawachi et al., 1997). Una medida ampliamente utilizada para representar la magnitud de la desigualdad es el índice de Gini, cuyo valor puede variar de 0 a 1 a medida que se acrecienta la desigualdad (Lee, 1997). En los Estados Unidos, este índice oscila de 0,29 a 0,38 (Berkman y Kawachi, 2000). Aunque no tenemos pruebas procedentes de países más pobres que no están en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *todo parece indicar que si la desigualdad económica tiene graves consecuencias en los países ricos, también las tendrá en los países más pobres*. El peor estado de salud de la población mayor de 60 años en Santiago puede obedecer a que en esa ciudad la riqueza está distribuida menos uniformemente que en Buenos Aires o Montevideo**.** Si bien los índices de Gini para la población total de los tres países parecen respaldar esta interpretación (0,56, 0,49 y 0,44, respectivamente, para Santiago, Buenos Aires y Montevideo), sería conveniente calcular un índice de Robin Hood[1] o Gini para la población mayor de 60 años en cada país donde se ha realizado la encuesta OPS-SABE, a fin de verificar esta hipótesis. No obstante, este tipo de análisis sobrepasa el alcance del presente libro.

Mortalidad prevenible

Entre los indicadores que permiten evaluar la calidad de los servicios y hacer comparaciones entre países figura la mortalidad, que suele estar determinada por factores so-

[1] Indice de Robin Hood: proporción de los ingresos de los hogares con ingresos por encima de la media que deben ser redistribuidos para lograr la equidad.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 7-3.
Distribución porcentual de los indicadores de salud según la percepción de suficiencia de los ingresos, Buenos Aires, Santiago y Montevideo

	Buenos Aires		Santiago		Montevideo	
Variable	Suficientes	Insuficientes	Suficientes	Insuficientes	Suficientes	Insuficientes
Salud percibida mala o regular	19,7	42,2	49,7	71,3	28,7	46,4
Déficit cognitivo grave	2,9	4,0	8,6	13,9	1,5	2,1
Mala visión cercana	7,8	12,2	23,1	38,5	8,4	18,5
3+ trastornos crónicos	16,4	20,8	14,2	24,0	15,0	22,8
Atención bucodental	19,6	30,6	26,2	45,8	11,5	25,3
Síntomas depresivos graves	1,3	5,5	11,2	9,6	3,4	9,9
Dificultad en AVD[a]	14,3	19,8	17,8	30,3	15,9	18,5

[a] AVD = actividades de la vida diaria.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

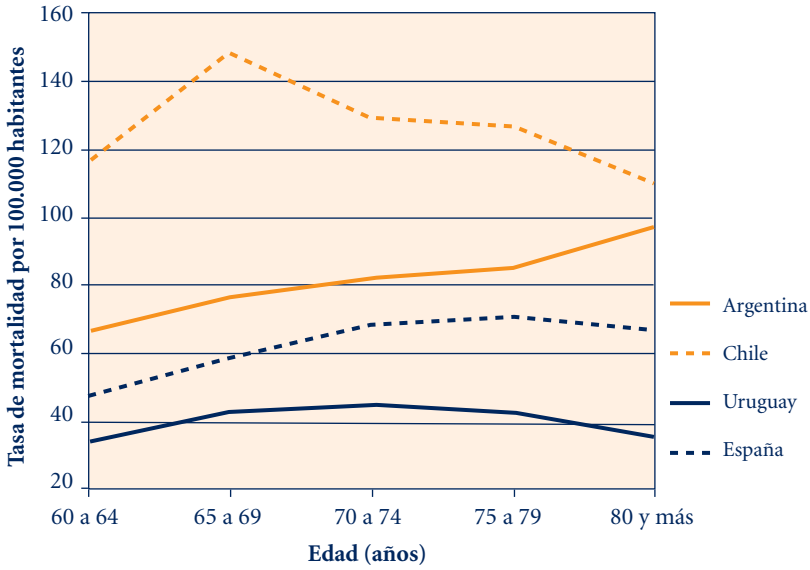
ciales, ambientales y genéticos y por la disponibilidad y eficacia de los servicios de salud. La atención de la salud, desde la prevención hasta la rehabilitación, así como las políticas sociales, pueden modificar la influencia de algunos de estos factores y generar cambios en los patrones de mortalidad. Como sólo una fracción de las muertes que se producen pueden evitarse mediante intervenciones del sistema sanitario, el presente estudio se ha limitado a examinar las diferencias geográficas en la distribución de algunas causas de muerte prematura en adultos mayores que pueden ser modificadas de modo decisivo mediante la actuación de dicho sistema. Las enfermedades del grupo I representan causas de muertes que pueden evitarse mediante intervenciones de prevención primaria; es decir, son enfermedades cuya aparición puede prevenirse totalmente. En el grupo II están aquellas enfermedades que son causas de muerte y que se pueden evitar mediante la detección y el tratamiento tempranos, es decir, la llamada prevención secundaria. El grupo III comprende enfermedades que causan muertes prevenibles mediante el tratamiento médico eficaz y oportuno. Así, por ejemplo, en el grupo I figuran enfermedades cuya evolución responde a intervenciones tales como la reducción del consumo de tabaco o de alcohol, que disminuirán el riesgo de padecer cáncer de pulmón y cirrosis u otras enfermedades hepáticas. En el grupo II hay enfermedades como el cáncer de mama, que causa muertes que pueden prevenirse practicando una mamografía y/o exámenes clínicos regulares a toda mujer mayor de 50 años. Finalmente, en el grupo III están la tuberculosis, enfermedad cuya letalidad se asocia con la falta de acceso al tratamiento médico.

Cuando se examinan las principales diferencias de mortalidad evitable[2] para el grupo I de causas de muerte (gráficas 7-12), llaman poderosamente la atención las tasas más elevadas de mortalidad por cirrosis y tumores hepáticos malignos observadas en Chile, Argentina y España, en comparación con Uruguay, las cuales podrían deberse a un mayor consumo de bebidas alcohólicas en esos tres países o a una mayor prevalencia de los virus de las hepatitis B y C. En el caso del cáncer pulmonar, que suele asociarse al tabaquismo, también llaman la atención las tasas de mortalidad evitable en Argentina, seguidas por las de Uruguay y España, cuando se comparan con las de Chile. Estudios sobre la prevalencia del consumo del tabaco en estos tres países latinoamericanos revelan tendencias que explican los problemas de cáncer de pulmón (da Costa e Silva y Koifman, 1998). Cabe recordar que estas enfermedades se caracte-

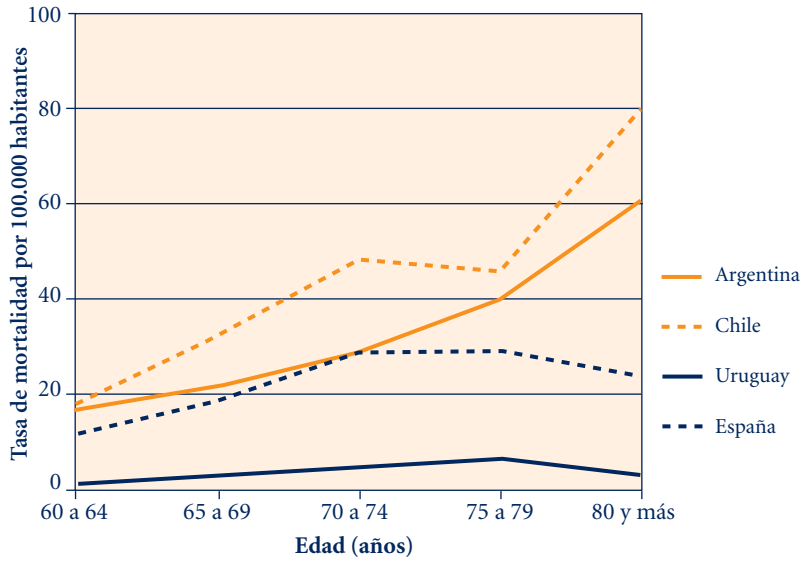
[2] Elaboración propia con base en datos de defunciones de los Institutos Nacionales de Estadística y Ministerios de Salud de Argentina, Chile y Uruguay, correspondientes al año 1996 y codificada según la 9a CIE, y en proyecciones de población por grupos quinquenales correspondientes al mismo año obtenidas del Anuario Estadístico para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-12a. Tasas promedio anuales de mortalidad específica según edad por enfermedad hepática y cirrosis crónicas (*CIE* 9ª Revisión, 571)

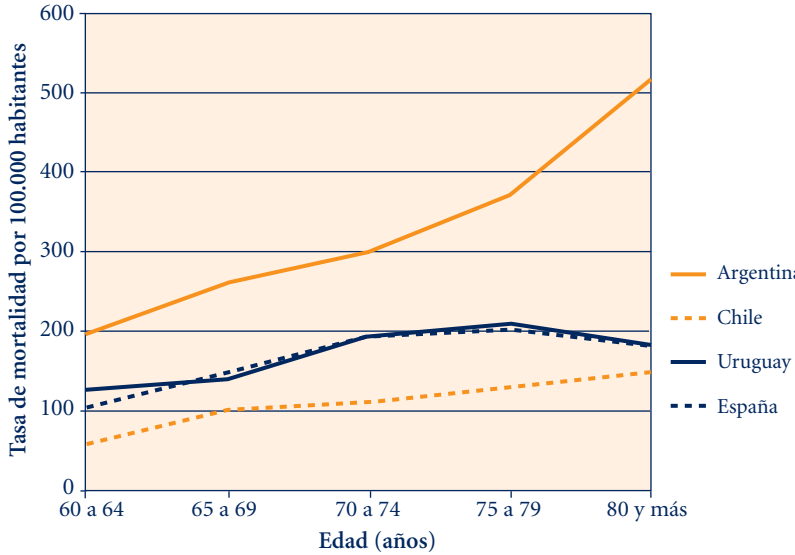


Gráfica 7-12b. Tasas promedio anuales de mortalidad específica según edad por neoplasia maligna de hígado (*CIE* 9ª Revisión, 155)



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-12c. Tasas promedio anuales de mortalidad específica según edad por neoplasia maligna de tráquea, bronquios y pulmón (*CIE* 9ª Revisión, 162)

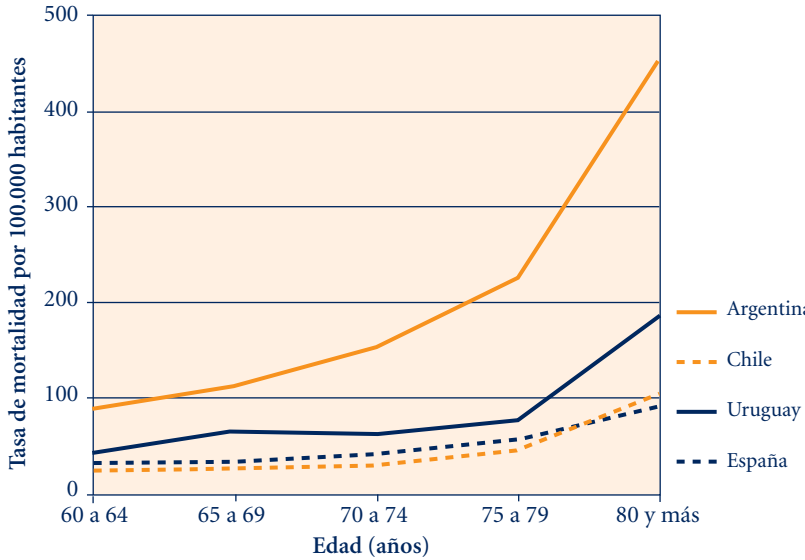


rizan por una larga evolución, grados importantes de discapacidad, la necesidad de cuidados intensivos y una atención de alto costo antes de la muerte. De ahí que los esfuerzos preventivos dirigidos a reducir el consumo de alcohol y tabaco en estos países del Cono Sur podrían tener un notable efecto favorable, no sólo sobre la mortalidad de la población adulta mayor, sino también sobre la morbilidad, el sufrimiento y los costos sociales y económicos asociados con estas enfermedades. También se necesitarían datos sobre la prevalencia de las hepatitis debido a la gran morbilidad hepática asociada con estas infecciones víricas.

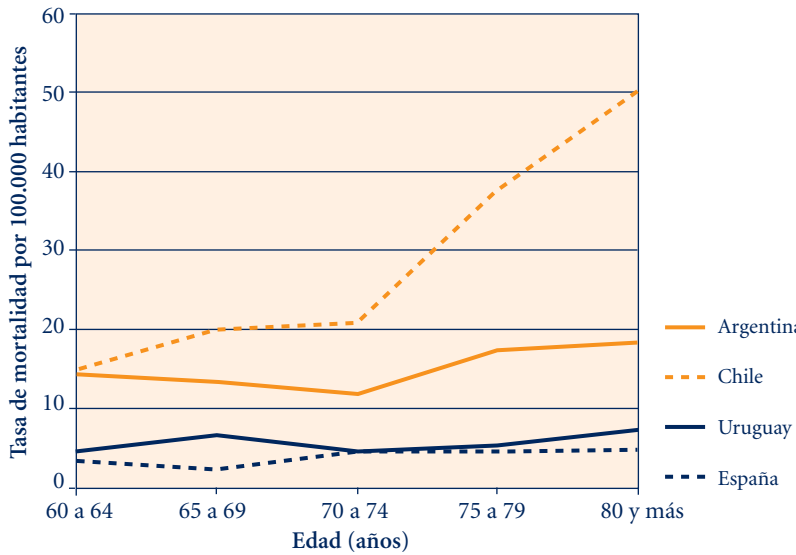
Del Grupo II se seleccionaron tumores malignos femeninos, fácilmente detectables y curables con las tecnologías disponibles (gráficas 7-13). En el caso del cáncer de mama, llama la atención el aumento de la mortalidad con la edad, tendencia que probablemente refleja una baja cobertura con actividades de detección temprana y autoexamen mamario, en particular en mujeres de edades más avanzadas. En este sentido, la mayor mortalidad evitable —la que es consecuencia de la falta de detección temprana de mujeres afectadas— se observó en Argentina, seguida por Uruguay. Chile tiene una incidencia de cáncer de mama más baja que varía menos con la edad, lo cual podría atribuirse a diferencias en el contenido de grasas animales de la dieta y

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-13a. Tasas promedio anuales de mortalidad específica según edad por neoplasia maligna de mama femenina (*CIE* 9ª Revisión, 174)



Gráfica 7-13b. Tasas promedio anuales de mortalidad específica según edad por neoplasia maligna del cuello uterino (*CIE* 9ª Revisión, 180)



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

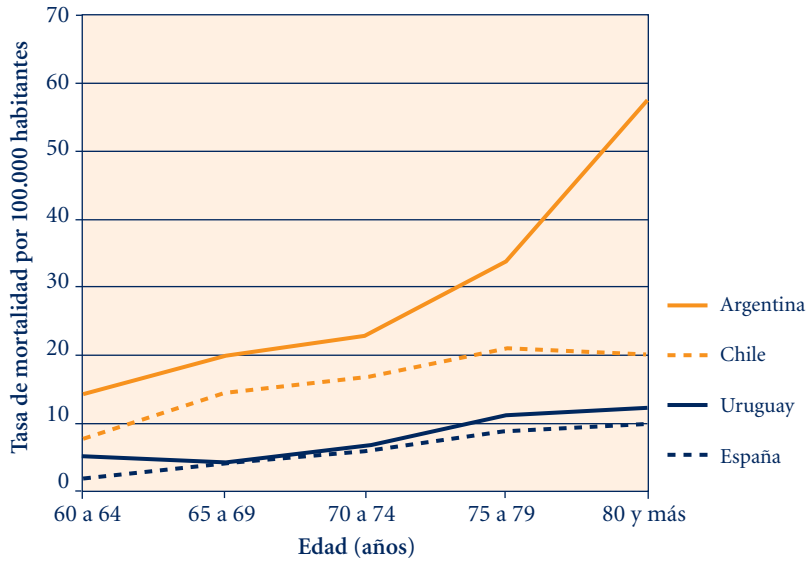
a diferentes antecedentes reproductivos, ya que en Chile una mayor proporción de mujeres tienen su primer hijo antes de los 20 años.

La mortalidad evitable por tumores malignos del cuello uterino muestra una tendencia diferente, siendo mayor su incidencia en Chile y Argentina. Sabemos que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad de transmisión sexual que está ligada a la infección por algunos tipos del virus del papiloma humano (HPV). Sería conveniente aumentar la cobertura de la prueba de Papanicolaou y examinar a los compañeros sexuales de las mujeres con displasia cervical a fin de poder tratar sus infecciones por HPV. Uruguay presenta una mejor situación, semejante a la de España, que refleja una menor prevalencia de la infección por HPV en la población en general y quizás un mayor hincapié en la detección temprana de esta enfermedad. Aunque otras infecciones pueden estar implicadas en el cáncer de cuello uterino, hoy en día se considera necesaria, aunque no suficiente, la presencia de los virus HPV 16, 18 ó 33 (Wallin, 1999). Por tanto, cualquier programa de prevención y control del cáncer de cuello uterino debe abarcar, además del Papanicolaou en las mujeres, intervenciones para tratar a sus compañeros sexuales.

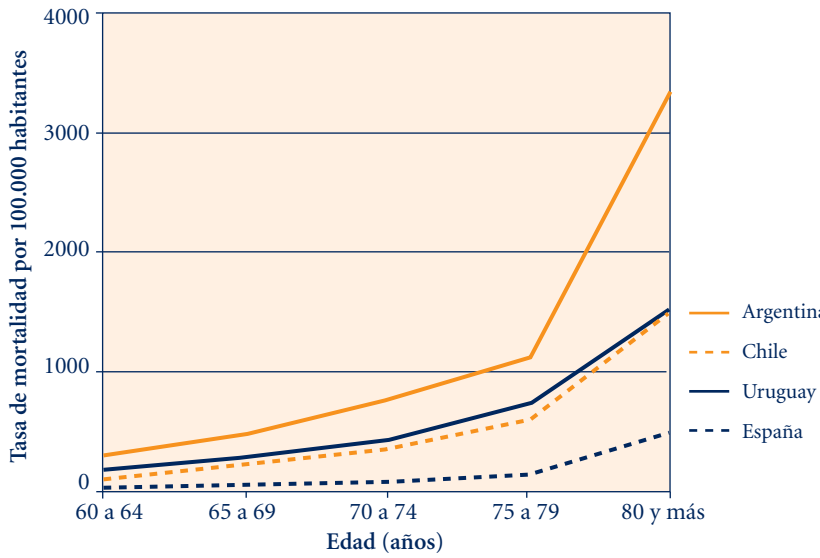
El grupo III también refleja la falta de acceso de las personas mayores a servicios médicos en los cuatro países presentados (gráficas 7-14), que es más notoria en Argentina en el caso de las cuatro enfermedades seleccionadas (tuberculosis, enfermedad isquémica coronaria, enfermedades asociadas con la hipertensión, diabetes). En Argentina y Chile, la falta de atención de la tuberculosis está ligada a la pobreza. La prevención de la muerte por enfermedad coronaria se obtiene no solamente con el tratamiento médico adecuado, sino también mediante un estilo de vida sano (sin tabaquismo o sedentarismo) y sin los factores materiales y sociales (posición socioeconómica subordinada, falta de autonomía en el trabajo, discriminación por razones de sexo o raza) que determinan su incidencia. Así, los altos niveles de mortalidad observados en Argentina probablemente reflejan la conjugación de los efectos de la dieta rica en carnes y quesos, del tabaquismo (en comparación con Uruguay y Chile, cuya situación es intermedia, como la de España), del sedentarismo, de las condiciones de vida en una sociedad que constantemente sufre cambios políticos y sociales, de la inseguridad económica y del poco acceso oportuno que tienen los adultos mayores a una atención médica adecuada. La mortalidad por enfermedades relacionadas con la hipertensión responde mucho mejor al control médico sistemático, que, debido a las condiciones particulares de Uruguay y España, se da mejor en estos países que en Argentina y Chile. Por otro lado, si tenemos en cuenta que el control de la hipertensión arterial es la mejor estrategia para prevenir las enfermedades cebrovasculares, la alta mortalidad prematura por accidentes cerebrovasculares en los tres países, y en parti-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-14a. Tasas promedio anuales de mortalidad específica según edad por tuberculosis (*CIE* 9ª Revisión, 10-12)

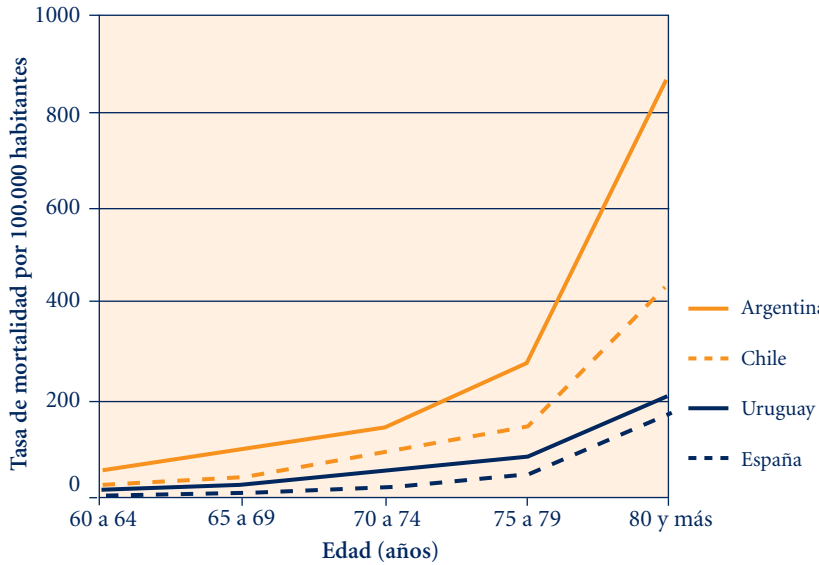


Gráfica 7-14b. Tasas promedio anuales de mortalidad específica según edad por cardiopatía isquémica (*CIE* 9ª Revisión, 410-414)

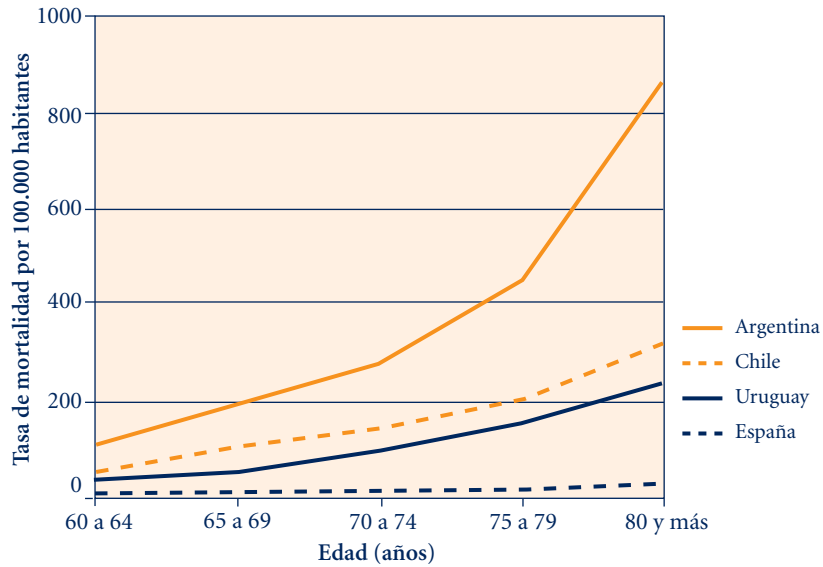


© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 7-14c. Tasas promedio anuales de mortalidad específica según edad por enfermedad hipertensiva (*CIE* 9ª Revisión, 401-405)



Gráfica 7-14d. Tasas promedio anuales de mortalidad específica según edad por diabetes mellitus (*CIE* 9ª Revisión, 401-405)



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

cular en Argentina, refleja que no se controla adecuadamente la presión arterial. Finalmente, la mortalidad asociada a las complicaciones de la diabetes mellitus —que en España es muy baja y no depende de la edad— puede reflejar la creciente falta de acceso a un control médico regular a medida que se envejece, problema que resulta más marcado en Argentina, Chile y Uruguay, respectivamente. Este argumento cobra fuerza a la luz de los datos sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión y la diabetes derivados de las encuestas OPS-SABE que se presentan en el capítulo 10.

"La vejez no es una enfermedad; es fuerza y supervivencia, triunfo sobre toda clase de vicisitudes y desilusiones, pruebas y enfermedades."

Maggie Kuhn, activista, fundadora de las Panteras Grises, 1905-1995

Conclusiones

El número de muertes prematuras evitables es alto y refleja la pérdida de oportunidades para practicar la prevención primaria, que consiste, por ejemplo, en medidas contra el consumo de tabaco y alcohol, aumento del ejercicio físico y alimentación rica en frutas y verduras; la detección temprana y el tratamiento oportuno, que abarca el tamizaje del cáncer mamario y de cuello uterino y la identificación y estudio de lesiones del virus del papiloma humano en compañeros sexuales de mujeres con displasia del cuello uterino; y el tratamiento médico adecuado de los principales trastornos crónicos como la tuberculosis, la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial y la diabetes, y de las deficiencias sensoriales mediante operaciones de cataratas, corrección de la vista y audición, atención bucodental y colocación de prótesis dentales. Un buen manejo de los trastornos crónicos tendría un enorme efecto en la prevención de la incapacidad funcional y de la depresión en las personas mayores.

La prevalencia de trastornos crónicos está dentro de lo esperado para cada grupo de edad, pero la esperanza de vida es inferior a la observada en los países más ricos de Europa y Norteamérica. Hemos visto que la mortalidad evitable es elevada, lo cual es un indicio de que hay deficiencias en el diagnóstico o control de los trastornos crónicos más comunes, tales como la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Los déficit sensoriales son muy frecuentes, mucho más de lo observado en los países de Europa y Norteamérica, y se advierte una gran necesidad de atender la visión, la audición y la boca. El buen control de los trastornos crónicos es un primer

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

paso para prevenir la discapacidad, pero también es imprescindible proteger el buen funcionamiento de los sentidos y la movilidad corporal, fomentando, entre otras cosas, oportunidades para hacer ejercicio con regularidad.

Los datos son un reflejo de que hay grandes desigualdades sociales y económicas que se traducen en desigualdades de salud, y de que las personas mayores son de las más afectadas. Es decir, el peso demostrado del envejecimiento en mal estado destaca la urgencia de tomar medidas preventivas orientadas a lograr que las personas lleguen a la vejez saludables, activas y socialmente productivas. Cabe destacar que, según indican los conocimientos que hoy en día posee la comunidad científica dedicada a la salud poblacional, una mayor equidad en la distribución de los recursos puede mejorar notablemente la salud de toda la población.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Atchinson K.A. y Dolan, T.A., 1990, "Development on the geriatric oral health assessment index", *J Dental Educ* 1990; 54:680-686.

Berkman, L. F. y Kawachi, I., 2000, *Social epidemiology*, Nueva York: Oxford University Press.

Close, J., Ellis, M., Hooper, R., Glucksman, E., Jackson, S., Swift, C., 1999, "Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomized controlled trial", *Lancet* 353:93-97.

Da Costa e Silva, V. L. y S. Koifman, 1998, "Smoking in Latin America: a major health problem", *Cad Saude Publica* 14(Suppl 3):99-108.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R., 1975, "Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician", *J. Psychiat. Res* 1975; 12(3):189-198.

Guccione, A. A., Felson, D. T., Anderson, J. J., Anthony, J. M., Zhang, Y., Wilson, P. W., et al., 1994, "The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study", *Am J Public Health* 84(3):351-358.

Guralnik, J., Land, K.C., Blazer, D., Fillenbaum, G., Branch, L., 1993, "Educational status and active life expectancy among older blacks and whites", *New Engl J Med* 329:110-116.

Guralnik, J. M. y Kaplan, G. A., 1989, "Predictors of healthy aging: Prospective evidence from Alameda County Study", *Am J Public Health* 79:703-708.

Idler, E. L. y Benyamini, Y., 1997, Self-rated health and mortality : a review of twenty seven community studies. *J Health Socl Behavior* 38:21-37.

Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K., Rothrow-Stith, D., 1997, "Social capital, income inequality and mortality", *Am J Public Health* 87(9):1491-1498

Kubzansky, L., Berkman, L. F., Glass, T. A., Seeman, T. E., 1998, "Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur Studies of successful aging", *Psychosomatic Med* 60:578-585.

Lee, W. C., 1997, "Characterizing exposure, disease association in human populations using the Lorenz curve and Gini index", *Stat Med* 16: 729-739.

Link, B. G. y Phelan, J., 1995, "Social conditions as fundamental causes of disease", *J Health Soc Behavior* Spec No.: 80-94.

Lyness, J. M., King, D. A., Cox, C., Yoediono, Z., Caine, E. D., 1999, "The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability", *JAGS* 47:647-662.

Nagi, S. Z., 1976, "An epidemiology of disability among adults in the United States", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 54:439-468.

Pinzón, S. A. y Zunzunegui, M. V., 1999, "Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral", *Rev Mult Gerontol* 9:216-224.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Sheikh, J. I. y Yesavage, J. A., 1986, "Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version", *Clin Gerontol* 5:165-173.

Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., Kaplan, G. A., 1996, "Successful aging: predictors and associated activities". *Am J Epidemiol* 144 (2):135-141.

Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C., J., Hohmann, C., Beck, J. C., 1999, "Risk factors for functional status decline in community living elderly people: a systematic literature review". *Soc Sci Med* 48:445-469.

Turner, R. J. y Noh, S., 1988, "Physical disability and depression: a longitudinal analysis", *J Health Soc Behav* 29:23-27.

Verbrugge, L. M. y Jette, A. M., 1994, "The disablement process", *Soc Sci Med* 38; 1-14.

Walin, K. L., Wiklund, F., Angstrom, T. et al., 1999, "Type specific persistence of human papilloma virus DNA before the development of invasive cervical cancer", *N Engl J Med* 341:1633-1638.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 8

POLITICAS Y MARCO JURIDICO

Sandra Arlette Pinzón y Olga Solas

En los países estudiados, con una sola excepción, las políticas públicas en torno al adulto mayor suelen ser inadecuadas y predominantemente asistenciales, poco coordinadas y disociadas de los recursos y servicios públicos y privados que constituyen la oferta vigente en cada caso. El marco jurídico que fundamenta las políticas parte más bien de conceptos básicos de ciudadanía, poco orientados a la población adulta mayor, y menos a su envejecimiento saludable. Al mismo tiempo, las escasas asignaciones presupuestarias confirman la baja prioridad que se otorga a los problemas del adulto mayor en la vida nacional. La poca información estadística sobre el gasto presupuestario en los programas para adultos mayores nos obliga a concentrarnos en la composición general del gasto público. Las gráficas 8-1, 8-2 y 8-3 muestran los principales indicadores del gasto social para Argentina, Chile y Uruguay.

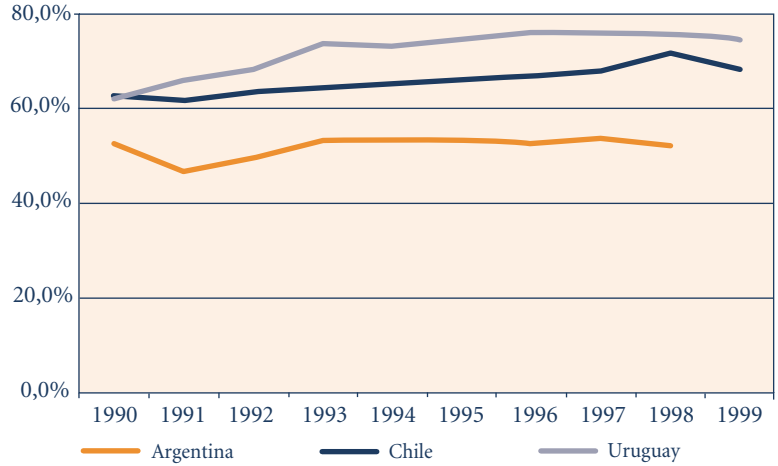
"Envejecer es algo fascinante. Mientras más viejo se es, más viejo se quiere ser."

Keith Richards, músico inglés, 1943–

Pese a la percepción de que el gasto social es relativamente escaso, la gráfica 8-1 muestra asignaciones importantes en el área social y una tendencia ascendente entre 1990 y 1999, así como diferencias entre los tres países en la evolución del gasto social como porcentaje del gasto público en ese mismo período. Mientras que esta proporción se mantiene cercana a 52% en Argentina, en Chile y Uruguay su crecimiento se ha estancado pese a incrementos de 1990 a 1999 (de 62% a 68% y de 62% a 75%, respectivamente), lo cual refleja la tendencia global del gasto público que se aprecia en la gráfica 8-2. La evolución del gasto público como porcentaje del producto interno bruto (PIB) (gráfica 8-2) es indicio de que en materia social Uruguay goza de una situación más favorable que los otros dos países aquí examinados: en Uruguay el

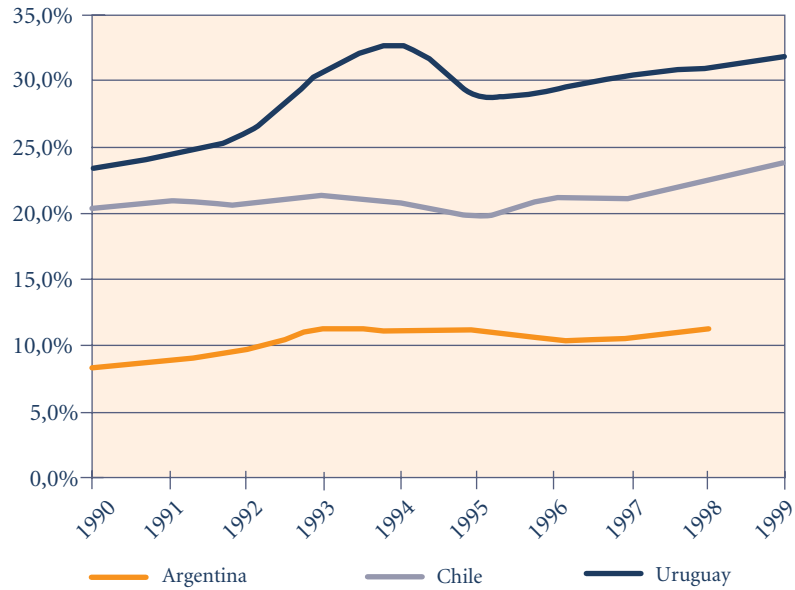
© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 8-1. Evolución del gasto social como porcentaje del gasto público total, 1990-1999



Fuente: Fondo Monetario Internacional, *Anuario de estadísticas financieras gubernamentales.*

Gráfica 8-2. Evolución del gasto social público como porcentaje del PIB, 1990-1999



Fuente: Fondo Monetario Internacional, *Anuario de estadísticas financieras gubernamentales.*

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

gasto público aumentó de 23% del PIB en 1990 a 32% en 1999, mientras que en Chile apenas aumentó del 20,4 al 23,9% y en Argentina, del 8 al 11%.

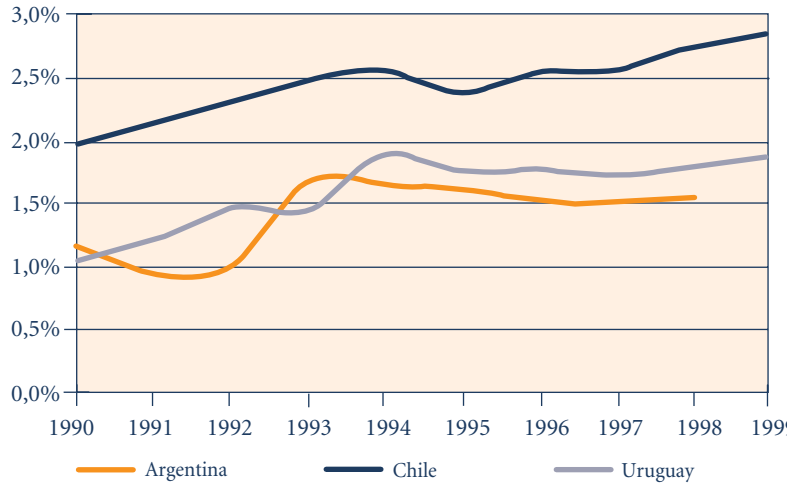
En el caso específico de la salud, la gráfica 8-3 muestra incrementos de la inversión en ella como porcentaje del PIB en los tres países. Estos incrementos fueron más marcados en Chile y Uruguay que en Argentina (en Chile, de 2% en 1990 a 2,8% en 1999; en Uruguay, de 1% a 1,9%; en Argentina, de 1,2% a 1,5%).

Estas tres gráficas confirman que el sistema de seguridad uruguayo es más solidario —si se considera la riqueza total del país— que el de Chile y Argentina. Se constata, además, que la participación del gasto social aumenta cada vez más que la del gasto público, y que el gasto público y el de salud van en aumento en relación con el PIB, tendencia que es más acentuada en el caso de Chile y Uruguay que en el de Argentina. En este contexto, se analizan las políticas principales de cada país en esta esfera.

"La vejez no es tan mala cuando se consideran las otras opciones."

Maurice Chevalier

Gráfica 8-3. Evolución del gasto de salud como porcentaje del PIB, 1990-1999



Fuente: Fondo Monetario Internacional, *Anuario de estadísticas financieras gubernamentales.*

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Argentina

Un aporte importante a la vejez activa fue la introducción de políticas gubernamentales orientadas a proteger los derechos del adulto mayor mediante el Plan Nacional de Ancianidad, implantado por la Secretaría de Desarrollo Social (actualmente Ministerio de Desarrollo Social) para el período de 1996-2000. Este Plan contemplaba acciones prioritarias de asistencia en alimentación, indumentaria, vivienda, atención domiciliaria, actividad física y autocuidado, transporte, uso del tiempo libre), alfabetización y educación no formal, e integración social y familiar. Se aprecia que tanto el INSSJyP como la entonces Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social —hoy Secretaría de Desarrollo Humano y Familia— continúan propiciando diversas actividades que fomentan y facilitan la participación social y la vida activa de los adultos mayores en su medio ambiente, pero con un alcance limitado por las dificultades fiscales severas que actualmente enfrenta el país. La legislación nacional contempla fundamentalmente derechos previsionales y laborales, muchos de los cuales en la práctica no se cumplen a cabalidad debido a las restricciones fiscales antes indicadas y a un mercado laboral adverso.

Los vacíos jurídicos y la falta de políticas que se observan en el nivel nacional han sido subsanados parcialmente en la ciudad de Buenos Aires por ordenanzas municipales. Puesto que el envejecimiento es un proceso condicionado por el entorno inmediato del adulto mayor, los esfuerzos locales por normalizar acciones pueden ser muy beneficiosos a la hora de lograr que las acciones comunitarias sean eficaces y redunden en el bienestar y desarrollo social de los mayores. Al igual que en los otros países estudiados, la legislación no consagra normas específicas para el adulto mayor, pero sí establece la creación de órganos sectoriales en esta área, entre ellos la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia del Ministerio de Desarrollo Social, y el Consejo Federal de los Mayores.

Entre los vacíos detectados, cabe destacar los siguientes:

- La ausencia de legislación y políticas específicas para aspectos críticos de la atención prestada a la población adulta mayor, como las actividades de prevención y rehabilitación
- La falta de un plan nacional gerontológico
- La desarticulación, insuficiencia, subfinanciamiento y falta de focalización de los programas vigentes para atender a las necesidades básicas insatisfechas de las personas mayores que son titulares del régimen público
- La falta de disposiciones e incentivos para corregir los efectos perversos de la desregulación de las obras sociales (mutuales de servicios de salud), que han

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

restado legitimidad al sistema de atención de la salud y limitado su capacidad para responder a las necesidades de los adultos mayores (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, PAMI)
- La falta de regulación de las actividades de capacitación de recursos humanos en gerontología y de las instituciones dedicadas a ofrecer servicios gerontológicos y geriátricos.

En la práctica, el cumplimiento de algunas de las políticas centrales se ha visto afectado por el dramático desequilibrio financiero que enfrenta el INSSJyP en perjuicio de los jubilados argentinos, y cuya resolución no se vislumbra en el corto plazo. Debido a que muchas de las políticas antes descritas no se cumplen, jubilarse en Argentina implica perder la inserción social, la identidad, los ingresos y, en algunos casos, hasta los vínculos y el apoyo familiares.

"Jubilarse significa pérdida."

Los expertos y las personas afectadas en Argentina consideran que se puede mejorar la situación mediante políticas orientadas a garantizar que las personas mayores permanezcan en su ambiente habitual, aun cuando tengan invalidez completa o parcial; que la jubilación sea voluntaria y que haya oportunidades de reinserción laboral vinculadas, cuando sea oportuno, con la creación de microempresas, actividades para prevenir la depresión y otros problemas sociales y de salud, acceso a los medicamentos y a servicios comunitarios esenciales, y una mejor capacitación del personal social y de salud.

Chile

Este país cuenta con una política nacional para el adulto mayor que tiene como objetivo general "lograr un cambio cultural de toda la población en torno a la valoración y el trato de los adultos mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los adultos mayores" (Gobierno de Chile, Política Nacional del Adulto Mayor). Esta política, que se basa en principios de solidaridad intergeneracional y equidad fundamentados en los aportes de los adultos mayores a la sociedad, fue aprobada por el Comité de Ministros del Area Social de Gobierno y es impulsada por el Comité Nacional para el Adulto Mayor. El Comité, creado en 1995 como órgano asesor del Presidente de la República, tiene como funciones principales: a) difundir la política del adulto mayor; b) evaluar y verificar su cumplimiento; c) apoyar y estimular a las organizaciones de adultos mayores e impulsar la participación del sector privado; d) fomentar investigaciones en

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

este campo; y e) apoyar a los Comités Regionales, creados para asesorar a los intendentes en la promoción y aplicación regional de los planes y programas para la población adulta mayor. Se encuentra en el proceso de transformarse en un Servicio Nacional, que aseguraría su institucionalidad y un presupuesto de recursos públicos para su operación.

Entre las estrategias concretas que viene desarrollando el Comité figuran las siguientes:

- la promoción de Uniones Comunales de Asociaciones de Adultos Mayores;
- la búsqueda de impacto social y efectos multiplicadores de las acciones mediante programas de capacitación y encuentros anuales, entre ellos los que llevan el nombre de "Vivir la vida";
- la coordinación de programas y servicios públicos para el adulto mayor, con miras a mejorar la eficiencia de las acciones del Estado; y
- la descentralización de la política social, de tal manera que las distintas regiones del país puedan ejercer autonomía al adoptar políticas sectoriales en beneficio del adulto mayor.

El Ministerio de Salud ha promulgado una política de salud del adulto mayor inspirada en la equidad y solidaridad entre generaciones y en el derecho constitucional a la protección de la salud y a la libre elección del sistema de salud. Los principios que rigen la política son la capacidad para valerse por sí mismo y el envejecimiento activo; la prevención; la flexibilidad en el diseño de políticas; y la descentralización y el carácter subsidiario y regulador del Estado. Los objetivos específicos en el área de la salud son mejorar el potencial de salud de las personas mayores y crear medidas y planes preventivos y educativos.

"La vejez es como todo lo demás. Para alcanzar el éxito, hay que comenzar desde joven."

Fred Astaire

Pese a intentos de ordenar jurídicamente la protección social de los adultos mayores y a la adopción de programas para adultos mayores en varios sectores (v.g., salud, deporte, educación y cultura, vivienda, transporte), sigue habiendo algunas lagunas por falta de legislación específica y medios que aseguren la vigencia efectiva de los derechos a una vejez activa; la cobertura, calidad y acceso a la atención social, nutricional y de salud para este grupo; la definición de ejecutores de las políticas a favor

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

de los adultos mayores; y la asignación de recursos en función de las prioridades enunciadas.

Las políticas previsionales suscitan gran inquietud, pese a la existencia de una Superintendencia de Seguridad Social. En el contexto del derecho constitucional a la seguridad social, la reforma del sistema de previsión hizo al Estado responsable de pagar el déficit para amortizar la deuda con los jubilados y pensionados, bonos de reconocimiento para los cotizantes al sistema durante la transición, subsidios a la pensión mínima y pensiones asistenciales. Esta iniciativa exigió un ajuste importante de la estructura del gasto social público, reduciendo la disponibilidad de recursos para otros programas sociales y de educación, salud y vivienda. En el futuro el Estado deberá garantizar una pensión mínima a los afiliados del sistema de capitalización cuyo ahorro no resulte suficiente para que la Administradora de Fondos de Pensiones les pague la totalidad del beneficio previsional. En un futuro también deberá proteger a personas que vivan más allá del período pactado con su respectiva Administradora de Fondo de Pensiones (AFP). Esta deficiencia, claramente percibida por los afectados, tiene implicaciones serias, puesto que limita la atención de las personas mayores dependientes y margina a sus cuidadores, quienes con frecuencia pierden sus propios derechos previsionales al tener que dejar de trabajar para atender a sus familiares semiválidos o inválidos.

Pese a los grandes esfuerzos que hacen actualmente las instituciones y el Estado, los adultos mayores entrevistados, sus cuidadores y los profesionales y empresarios que les prestan servicios se manifestaron preocupados por la formulación de políticas claras para la atención de las personas mayores en Chile. Se reclama una política de Estado que abarque a los adultos mayores dependientes y que favorezca la mejor capacitación de los recursos humanos dedicados a ellos, especialmente en el área de la salud. Es evidente la demanda de una mayor y real participación de los adultos mayores en la generación de las políticas e instituciones orientadas a satisfacer sus necesidades, fundamentalmente en las organizaciones dedicadas a defender sus intereses.

Los profesionales que trabajan con adultos mayores manifiestan inquietud debido a la inestabilidad de los programas para adultos mayores. Al no haber una política de Estado clara, estos programas están a la merced de la contingencia política y de cambios de gobierno locales y nacionales. Otro aspecto que a juicio de los grupos de profesionales debería someterse a revisión es el tema de las casas de reposo, tanto en lo que respecta a su infraestructura y a la calidad de la atención, como al manejo de las pensiones de quienes las habitan.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Entre los temas reconocidos por los paneles de expertos consultados y las personas mayores, vale la pena señalar la necesidad de: i) ampliar los pasos dados inicialmente para diseñar, regular y ofrecer viviendas y transporte adecuados para las personas mayores; ii) respaldar a la familia en su apoyo a las personas mayores, producto tanto de su vocación y solidaridad familiares como de la ausencia de servicios alternativos asequibles; iii) adecuar los programas ofrecidos por los gobiernos comunales a las necesidades de la población mayor; iv) subsanar la falta de oportunidades de formación para personas mayores; v) atender a la seguridad personal del adulto mayor; vi) fomentar la regulación de los proveedores de atención domiciliaria y de las casas de reposo donde residen muchas personas mayores; vii) apoyar a las organizaciones de adultos mayores; y viii) garantizar la sustentabilidad de los programas recreativos.

Uruguay

En Uruguay, pese a su larga tradición de respuestas legislativas, políticas e institucionales a las necesidades de su numerosa población adulta mayor, el fundamento jurídico de las políticas de Estado parte de una legislación reciente (1999) que reconoce como competencia del Poder Ejecutivo la política nacional en materia de ancianidad. Ha sido sometido a la consideración del Parlamento (véase el capítulo 9) un proyecto de ley titulado "Promoción del adulto mayor" que recoge iniciativas planteadas en la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano. El deseo de establecer un foco de coordinación intersectorial llevó a la creación hace unos años del Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor (INASAM), cuya sede estaba en el Ministerio de Salud Pública. No obstante, este Instituto, a pesar de haber sido creado por ley, no llegó a tener el poder de convocatoria requerido y fue eliminado a fines de 2000.

La Constitución garantiza el acceso de toda persona a la seguridad social en forma de retiros y subsidios adecuados para casos de accidente, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa y muerte. Jerarquiza también la pensión en la vejez como un derecho para las personas que llegan al límite de la edad productiva, después de una larga permanencia en el país, siempre que carezcan de recursos para suplir sus necesidades vitales. Además, la ley establece la responsabilidad civil en torno a la vejez (Código Penal) y la reciprocidad entre miembros de una misma familia en materia de pensiones alimentarias (Código Civil). Como ya se vio en el capítulo 6, en la práctica las necesidades previsionales son atendidas por el Banco de Previsión Social (BPS), que desde 1986 tiene a su cargo la cobertura de los riesgos y las cargas asociados con la maternidad, infancia, familia, enfermedad, desocupación, vejez, invalidez y muerte, con

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

competencias en torno a las personas mayores y a los hogares colectivos sin fines de lucro para ancianos. Tiene como mandato promover la integración social de los adultos mayores más necesitados, crear servicios preventivos, sociales y de vivienda para este grupo de población, transferir bienes y servicios a este grupo para los fines antes indicados, y promover el fortalecimiento de organizaciones de adultos mayores (sociedad civil).

A partir de 1996 se introdujeron reformas generales del régimen previsional que significaron: i) cambios en los requisitos para calificar (edad jubilatoria de 60 años para ambos sexos, con 35 años de servicio); ii) tasas de reemplazo orientadas a estimular a la persona a permanecer activa; iii) ampliación del período estipulado para calcular el sueldo básico jubilatorio (SBJ); iv) acceso a la prestación jubilatoria solidaria exclusivamente con base en años de servicio e importes registrados para los trabajadores dependientes, y cotizados adecuadamente para los no dependientes; v) igualdad entre los sexos, admitiendo pensiones para viudos y divorciados y limitaciones del acceso de las viudas a las prestaciones, en función de su edad y recursos propios; vi) acceso a los beneficios por enfermedad para jubilados y pensionados de bajos ingresos, mediante el pago por el BPS de la cuota mutual correspondiente.

"En el último tercio de la vida el trabajo es lo único que queda. Es lo único que resulta siempre estimulante, rejuvenecedor, apasionante y grato."

Käthe Kollwitz, artista alemana, 1867–1945

Entre las competencias del Estado en materia de salud figuran la regulación del sector sanitario y la prestación directa de servicios a quienes carecen de recursos suficientes para cumplir con el deber constitucional individual de cuidar de su salud. Existe una propuesta de política en torno a la salud del adulto mayor que tendría como objetivos mantener la autonomía de las personas mayores y reducir la mortalidad por causas evitables. Al Ministerio de Salud Pública (MSP) también le corresponde el control y registro de los establecimientos de vivienda colectiva permanente y transitoria con fines de lucro para personas mayores (hogares de ancianos, residencias de ancianos, centros diurnos, refugios nocturnos y servicios de inserción familiar), con el apoyo de una Comisión Honoraria constituida en 1999 con representantes del MSP, la Facultad de Medicina, el BPS, los hogares privados sin fines de lucro, y la Asociación de Jubilados y Pensionistas. Esta labor es reglamentada por varias ordenanzas. Cabe mencionar el mandato legal del Estado sobre la rehabilitación psicofísica e integración social del anciano y la readaptación del trabajador que ha perdido su capacidad laboral, la creación de hogares colectivos para el amparo y la asistencia del

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

anciano, y la colaboración financiera con las entidades asistenciales existentes. Aun cuando se reconocen desde hace muchas décadas las necesidades del adulto mayor, su satisfacción en la práctica se ve limitada por muchos factores cuyo alcance no ha sido estudiado a cabalidad.

En el ámbito social, la Constitución también consagra el derecho de los habitantes a gozar de una vivienda decorosa y la obligación del Estado de dar asilo a los indigentes o a quienes carecen de recursos suficientes por estar inhabilitados para el trabajo. Esto se cumple mediante normas y programas del BPS orientados a adjudicar y construir viviendas para jubilados y pensionistas. Esa dependencia del Estado, que tiene competencias jurídicas sobre las personas mayores y los hogares de ancianos, también tiene entre sus mandatos y políticas promover y apoyar a organizaciones de la sociedad civil, especialmente las que están integradas por los propios adultos mayores.

Entre los aspectos que no están cubiertos por la legislación y las políticas vigentes resaltan los siguientes:

- la ausencia de un ordenamiento jurídico de los derechos y deberes específicos de las personas mayores; y
- las actividades preventivas en el ámbito sanitario, laboral y de desarrollo urbano, educación, cultura y deporte, entre otros.

Los adultos mayores entrevistados y sus cuidadores, así como profesionales y empresarios, señalaron la necesidad de garantizar el acceso a la seguridad social para todas las personas mediante el establecimiento de las prestaciones económicas, en teoría adecuadas, que establece la Constitución uruguaya. Sin embargo, aun cuando las leyes en torno a la jubilación prevén que la jubilación se otorga con 30, 35 ó 40 años de trabajo, no tienen en cuenta períodos de tiempo intermedios, de forma tal que si no se llega al límite máximo establecido, se pierde esta parte del beneficio. Además, los montos previsionales se perciben como insuficientes para vivir con dignidad.

Otro aspecto de la Ley de Seguridad Social que preocupa al adulto mayor es el que establece que la mujer debe tener cinco años más de trabajo

"Las mujeres mayores de 50 años ya constituyen uno de los grupos importantes del mundo occidental. En la medida en que se aprecien a sí mismas, dejarán de ser una minoría oprimida. Para ello, deberán rechazar la trivialización por terceros de quiénes son y qué son. Una mujer madura no debería tener que disfrazarse de niña para permanecer en el mundo de los vivos."

Germaine Greer, feminista y escritora australiana, 1939–

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

como requisito para acceder a una pensión por jubilación. En el caso de las viudas, la jubilación se entrega por dos años si tiene hijos menores de edad, pero pierde el derecho a percibir el beneficio a partir de los 40 años.

Las mayores deficiencias legislativas identificadas por los entrevistados guardan relación con la ausencia de programas y políticas a favor del adulto mayor. Para subsanarla, los adultos mayores proponen, entre otras cosas, una coordinación entre los diversos organismos prestadores de servicios y leyes a favor del adulto mayor en áreas como la atención de la salud, la ayuda domiciliaria y la provisión de apoyo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Síntesis

Si bien en Argentina y Uruguay las políticas de Estado en torno a la temática del adulto mayor abarcan aspectos de importancia crítica, en la práctica dichas políticas suelen ser débiles, son poco coordinadas y planificadas, y se encuentran disociadas de los recursos que constituyen la oferta vigente en cada caso. El marco jurídico que fundamenta las políticas se basa en conceptos básicos de ciudadanía, pero no se dirige específicamente a la población adulta mayor. Los chilenos, por su lado, han tenido visión suficiente para anticiparse a su futuro, habiendo introducido estructuras y políticas multisectoriales que han comenzado a repercutir en las oportunidades sociales que están al alcance de las personas mayores. Un vacío importante viene a ser la falta de regulación de las instituciones geriátricas públicas y privadas, así como de los recursos humanos dedicados a la población mayor.

En los tres países aquí examinados se han sentido los efectos adversos de la desregulación de los servicios privados de salud —las obras sociales, ISAPRE, instituciones de asistencia médica colectiva— que ha propiciado la exclusión de la población adulta mayor de su cobertura, recargando los recursos ya insuficientes de los sistemas públicos. Cabe notar, asimismo, la desarticulación e insuficiencia de los programas vigentes para atender a las necesidades básicas insatisfechas de las personas mayores, a pesar de que éstas son titulares del régimen público en los tres países. En el caso de los regímenes previsionales, resaltan su baja cobertura y la insuficiencia de las pensiones, no obstante que hace varios años se adoptaron reformas en los tres países, pero más concentradas en los mecanismos de financiamiento (ahorro individual frente al reparto solidario) que en la seguridad económica de los afiliados (hasta el punto de llamar "generosas" a las bajas tasas de reemplazo). Un resultado lamentable ha sido la pauperización de los jubilados, particularmente de los que sufrieron la transición

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

entre ambos sistemas, al pasar a depender de diferenciales asignados por ley, pero de un erario público sin la capacidad financiera para asumir esa obligación.

Para poder modernizar y mejorar las políticas, programas y servicios, de tal modo que permitan la inclusión social de las personas mayores y su envejecimiento digno, activo, saludable y productivo, las siguientes condiciones y consideraciones se tornan necesarias:

1) La transformación de la imagen social de la vejez mediante una mejor comprensión de las etapas de la vida, del envejecimiento propio de las sociedades actuales y de la actividad y productividad potenciales de las personas mayores, reconociendo al adulto mayor en su circunstancia (económica, salud, social) como sujeto activo que produce y consume bienes y servicios.
2) La introducción de incentivos concretos que estimulen la incorporación e inclusión social, económica y productiva de las personas mayores más pobres por medio de actividades y servicios multisectoriales que reconozcan y respondan a sus diversas necesidades, desde la generación de empleo y actividades de recreo, hasta la cirugía cardiovascular y la atención domiciliaria especializada para personas que han perdido la autonomía.
3) La regulación, cobertura y calidad adecuadas de la atención social y sanitaria de las personas mayores dependientes.
4) La formación de profesionales en gerontología que puedan impulsar el desarrollo social necesario para atender a las necesidades de los adultos mayores.

"Nunca se es demasiado viejo para fijar otra meta o volver a soñar."

Les Brown, músico estadounidense, 1912–

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 9

SERVICIOS: OFERTA Y OFERENTES

Olga Solas, Sandra Arlette Pinzón, Juan Cabasés

Argentina, Chile y Uruguay presentan diferencias y similitudes en la organización y estructura de los programas y servicios de los distintos sectores que atienden a las necesidades del adulto mayor y a su envejecimiento activo y saludable. En todos se pone énfasis en las actividades de tipo asistencial y es poca la inversión en actividades preventivas y educativas, en el desarrollo de espacios urbanos y rurales accesibles a todos o en la accesibilidad y seguridad de la vivienda. Otro factor que tienen en común es la importancia del sector privado y, salvo en Uruguay, la presencia de abundantes empresas multinacionales en la oferta de planes prepagados de salud. Los tres países presentan, a la vez, diferencias importantes en los avances que han logrado en la cobertura, calidad y contenido de los servicios asistenciales sanitarios y sociales.

En la coordinación también hay diferencias claras entre los tres países. En Chile, el tema del envejecimiento recibe atención a escala nacional en la coordinación de los sectores y programas efectuada por el Comité Nacional del Adulto Mayor. En el caso de Argentina, la coordinación se da más al nivel local, en función de los programas y servicios sociales financiados por la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia (adscrita al Ministerio de Desarrollo Social, MDS) y prestados a través de las obras sociales y los servicios de salud, los municipios y las organizaciones de la sociedad civil, pese a la existencia del Consejo Federal de los Mayores (dependencia del Ministerio de Desarrollo Social) y del Plan Nacional de la Ancianidad, que caducó sin dar lugar a nuevas propuestas federales en este campo. En Uruguay, los servicios sociales, de salud y otros sectores operan de forma independiente, con poca coordinación y comunicación entre sí.

"El problema no es la edad, sino nuestras actitudes en torno a ella."

Marco Tulio Cicerón

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

La composición de la oferta varía en los diferentes países estudiados. Los servicios tienden a concentrarse en los sectores previsional, de asistencia social y de salud, tal como se puede apreciar en el cuadro 9-1, que ilustra la gama de servicios existentes. Hay una mejor cobertura de los regímenes previsionales en Uruguay, donde también se encuentran más desarrolladas la asistencia sanitaria y la asistencia social. No obstante, la calidad de los servicios de salud está mal regulada en los tres países. Chile, pese a que cuenta con un esquema más organizado y dinámico de coordinación central, ha desarrollado poco la asistencia social en el sector público; las personas mayores necesitadas dependen más de organizaciones de la sociedad civil, muchas de ellas religiosas. El apoyo a la vivienda, incipiente aún en Chile y ausente en Argentina, tiene su expresión más clara en los servicios que ofrece el Banco de Previsión Social de Uruguay. El deporte ha recibido alguna atención en los tres países, pero se limita a iniciativas aisladas y fragmentadas. En Argentina se ha intentado sistematizar algunos juegos para personas en la tercera edad, pero estas iniciativas no se han continuado. Otras fuentes para financiar actividades deportivas, físicas y recreativas de manera sistemática y organizada, como propone la Dirección General para el Deporte y la Recreación de Chile (DIGEDER), están destinadas a proyectos municipales y, por ende, dependen de la voluntad del gobierno local. En la esfera recreativa hay muchas actividades de distinta índole, de carácter pasivo en su mayor parte, patrocinadas principalmente por gobiernos locales y organizaciones comunitarias de adultos mayores.

La oferta también es una función de la disponibilidad de oferentes (cuadro 9-2), encontrándose en los tres países déficit importantes de recursos humanos profesionales y de formación media especializados en la atención de personas mayores, situación que se ve agravada por la concentración en las ciudades más grandes del personal existente, el abandono de las zonas rurales, la escasez de programas de especialización y la ausencia de instrucción específica en los programas generales (vg., medicina, enfermería, fisioterapia) que forman al personal que hoy atiende a la gran mayoría de la población adulta mayor. A estas dificultades se suman las distorsiones generales de la formación del personal de salud, es decir, desequilibrios entre sus distintas categorías, con un exceso de médicos y una escasez de personal de enfermería y de otros profesionales de la salud.

"La juventud es un don de la naturaleza, pero la vejez es una obra de arte."

Garson Kanin, dramaturgo estadounidense, 1913-1999

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 9-1.
Tipología de la oferta de programas y servicios públicos en Argentina, Chile y Uruguay

Sector / Programa	Argentina	Chile	Uruguay
Coordinación	Consejo Federal de los Mayores, Secretaría de Desarrollo Humano y Familia del MDSMA	Comité Nacional del Adulto Mayor	Nivel nacional por definirse Intendencia Municipal de Montevideo (IMM): Comisión de Tercera Edad
Educación y cultura Cine, plástica y periodismo	Secretaría de Desarrollo Humano y Familia	No se identificaron	No se identificaron
Alfabetización	Ministerio de Desarrollo Social (MDSMA)	Instituto de Normalización Previsional (INP)	Banco de Previsión Social (BPS)
Capacitación técnica para adultos mayores	Secretaría de Desarrollo Humano y Familia	Comité del Adulto Mayor	BPS
Mejoramiento de la educación	PROSOMA — Ciudad de Buenos Aires	Programa de Mejoramiento de la Educación de Adultos (PROMEDA) Ministerio de Educación Programa para el Adulto Mayor Universidad Católica de Chile	No se identificaron
Canto en grupo	Sociedad Hebraica Argentina	No se identificaron	Comisión de Tercera Edad (IMM)
Trabajo y empleo			
Financiación de iniciativas elaboradas y gestionadas por adultos mayores	Centros de Jubilados – INSSJyP	Fondo de Inversión y Solidaridad Social (FOSIS)	No se identificaron
Microempresa	No se identificaron	No se identificaron	No se identificaron
Desarrollo urbano	No se identificaron	No se identificaron	No se identificaron
Transporte Exención de pago en ferrocarriles	Comisión Nacional de Regulación de Transporte (regula) y Ferrocarriles de la Provincia de Buenos Aires (ejecuta)	No se identificaron	No se identificaron

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 9-1. (cont.)

Sector / Programa	Argentina	Chile	Uruguay
Descuentos en autobuses de media y larga distancia	Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	No se identificaron	No se identificaron
Exención de pago transporte subterráneo	Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	Metro S.A. de la región Metropolitana	N/D
Vivienda			
Soluciones de vivienda	FONAVI — Secretaría de Desarrollo Social	Ministerio de Vivienda y Urbanismo	BPS
Albergues, centros de tránsito	Ministerio de Desarrollo Social	Hogar de Cristo	BPS
Internación geriátrica	Federación de Geriátricos de la Argentina (FEGERA) Caritas Ciudad de Buenos Aires	Instituto Nacional de Geriatría Residencia pública Residencias militares Casas de reposo	Hospital Hogar Piñeyro del Campo(Ministerio de Salud Pública) BPS Hogar Español Casas de Salud
Hogares de día y/o refugios nocturnos	Ciudad de Buenos Aires	No se identificaron	BPS Comisión de Tercera Edad (IMM)
Vivienda asistida	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP)	No se identificaron	No se identificaron
Turismo	Ministerio de Desarrollo Social	Secretaría Nacional de Turismo (SERNATUR)	BPS
Deporte	INSSJyP	Dirección General para el Deporte y la Recreación (DIGEDER)	Comisión de Tercera Edad (IMM)
Recreación	Centros de Jubilados Sociedad Hebraica Argentina	DIGIDER	Comisión de Tercera Edad (IMM)
Salud	INSSJyP	Ministerio de Salud Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Ministerio de Salud Pública Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 9-1. (cont.)

Sector / Programa	Argentina	Chile	Uruguay
Asistencia Social Alimentación	PROBIENESTAR del INSSJyP ASOMA del Ministerio de Desarrollo Social y los Centros de Jubilados	PACAM (programas de apoyo alimentario) Ministerio de Salud Municipalidades	No se identificaron
Vestuario	Ministerio de Desarrollo Social	No se identificaron	No se identificaron
Apoyo a cuidadores Capacitación en cuidado domiciliario	Ministerio de Desarrollo Social, PROSOMA Sociedad Hebraica	No se identificaron	BPS
Atención domiciliaria	INSSJyP PROSOMA (Ciudad de Buenos Aires) Sociedad Hebraica Argentina	No se identificaron	No se identificaron
Otros servicios Subsidios	INSSJyP Ministerio de Desarrollo Social	Instituto de Normalización Previsional	No se identificaron
Integración social	INSSJyP	No se identificaron	No se identificaron
Sepelios	INSSJyP	No se identificaron	No se identificaron
Información y estadística	Secretaría de Desarrollo Humano y Familia	Secretaría de Salud región Metropolitana (SEREMI)	No se identificaron
Tarjeta de descuentos	No se identificaron	INP	No se identificaron
Financiación a hogares, clubes y asociaciones de jubilados y pensionistas	Dirección General de la Tercera Edad, Ciudad de Buenos Aires	FOSIS	BPS

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 9-2.
Profesionales gerontológicos en Argentina, Chile y Uruguay

Tipo de personal	Argentina	Chile	Uruguay
Médicos geriatras[a] (Total 697 o 1/10.500[a])	600 1/8.700[b]	7 1/227.000[b]	90 1/6.000[b]
	11 programas de formación	1 programa de formación	1 programa de formación
Enfermeras universitarias	4.000	10.000	2.000
Enfermeras geriatras (especializadas)	No hay No hay formación	8	No hay En pregrado hay módulo dedicado
Gerontosiquiatras	N/D	6 No hay formación	N/D No hay formación
Sicólogos geriátricos	700 No hay especialización	N/D	N/D Formación
Kinesiólogos dedicados a pacientes mayores	2.250	360	No especializados
Terapeutas ocupacionales	1.400 no especializados	N/D	N/D No hay formación
Nutricionistas para pacientes mayores	175	No especializados No hay formación	No especializados No hay formación
Trabajadores sociales para adultos mayores	50 dedicados de los 1.000 que existen	No especializados No hay formación	No especializados No hay formación
Cuidadores domiciliarios	3.000 Formación	N/D Formación	N/D Formación por la Universidad Católica y el BPS
Agentes gerontológicos	1.000	N/D	N/D

Fuente: Informes de consultoría de P. P. Marín (Chile), Ramón Gutmann (Argentina) y A. Pintos (Uruguay).

[a] Se calcula que hay unos 100.000 médicos en Argentina, 17.000 en Chile y más de 12.000 en Uruguay.

[b] El denominador está constituido por habitantes de 60 años o más.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Geriatría

Los 600 geriatras argentinos representan el 0,6% de los médicos de ese país y la razón de geriatras a habitantes de 60 años de edad o más es de 1:8.700. En Argentina, la formación de posgrado tiene diversas modalidades según la institución que la ofrece. El posgrado se cursa en dos años en las facultades de medicina de las Universidades de Buenos Aires y Rosario y en la Sociedad de Gerontología y Geriatría. La especialidad tiene una duración de tres años en la Universidad Pontificia de Santa María, con sede en Rosario. La Universidad Nacional de Córdoba ofrece una especialización en geriatría con 30 módulos que se cursan en tres años. El Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires ofrece cursos para obtener el título de Médico Geriatra. La Universidad John F. Kennedy dictó durante ocho años un curso de formación en geriatría que en 1985 se convirtió en la carrera de Especialista en Medicina Geriátrica. Este curso también se imparte en la Escuela del Litoral para las Provincias de Santa Fe y Entre Ríos. Asimismo, existe un proceso de recertificación de la especialidad, que garantiza que el médico ha completado en los últimos cinco años un programa de actualización. Se ofrece formación en gerontogeriatría en Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, en un curso que dura dos años. También hay cursos de formación en gerontología en las Universidades de Belgrano, Luján y Buenos Aires como materia optativa para alumnos de cualquier carrera. La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) imparte formación de posgrado en investigación en gerontología mediante cursos que tienen una duración de un año. La Universidad de Córdoba ofrece el curso de Magíster en Gerontología, que es interdisciplinario, con una duración de dos años. Otra iniciativa en esta área fue el Curso Superior Internacional de Gerontología organizado por la Asociación Interprovincial de Geriatría y Gerontología de la Argentina y por la Municipalidad y la Universidad de Rosario, además de la carrera técnica superior en gerontología, con una duración de dos años, que dicta el Instituto Superior de Ciencias Humanas de la misma universidad. Más recientemente, la Fundación Universitaria ISALUD también ha comenzado a ofrecer una maestría en gerontología.

En Chile el déficit es dramático, ya que apenas hay siete geriatras formados (1 por cada 227.000 habitantes de 60 años de edad o más, y 0,04% del cuerpo médico nacional) y un único programa de posgrado (dos años en la Universidad Católica) con un prerrequisito de especialización en medicina interna, además de actividades formadoras incipientes para los médicos generales de atención primaria.

Solamente 90 de los 116 médicos uruguayos especializados en geriatría ejercen activamente su profesión (1 por 6.000 habitantes de 60 años o más, y menos de 1% de los médicos en el país). De ellos, un 86% se concentra en Montevideo. La formación

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

en Uruguay se centra en el programa de geriatría que ofrece la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. También hay cursos para médicos generales y una creciente formación de especialistas, aunque todo ello aún se encuentra lejos de suplir las necesidades.

Enfermería geriátrica. La situación del personal de enfermería es más crítica aún, ya que hay un enorme déficit de personas con formación universitaria. Los tres países en conjunto tienen escasamente un total de 16.000 enfermeros y enfermeras (4 por 10.000 habitantes, lo que equivale a alrededor de 4.000 enfermeras en Argentina, 10.000 en Chile y 1.995 en Uruguay), entre los cuales no se registra personal de enfermería especializado en geriatría. Así, el ejercicio de esta especialidad queda a cargo de personal de enfermería y personal auxiliar en los centros geriátricos, y los conocimientos de estos trabajadores en este campo dependen fundamentalmente de su iniciativa individual —hay profesionales que se ocupan de su propia capacitación— y de actividades aisladas de formación continuada. Hay, además, mucho personal de enfermería y auxiliar que ofrece cuidados domiciliarios a personas de edad, sin que existan normas de certificación ni acreditación para ello. En algunos casos, los programas generales de formación contemplan cursos de capacitación en este campo, pero tampoco hay una formación sistemática de posgrado en gerontología. En Argentina las instituciones formadoras ofrecen cursos de capacitación, como el Curso Universitario de Enfermería Geriátrica de la Universidad Católica Argentina, el de Enfermería Comunitaria y Enfermería Geriátrica de la Universidad de Tucumán o el de Enfermería del Adulto y del Anciano de las Universidades de Córdoba y Entre Ríos, mientras que en Chile se cuenta con un programa de posgrado en enfermería gerontogeriátrica (Pontífica Universidad Católica) que ha formado a apenas seis personas hasta ahora. En Uruguay no existe formación en enfermería geriátrica ni hay recursos especializados con capacitación formal. Desde 1995 existe un módulo[1] con 600 horas teórico-prácticas en el pregrado del Instituto Nacional de Enfermería (INDE). La actividad práctica se introduce en las pasantías que los estudiantes realizan por diferentes servicios donde se asiste a ancianos, destacándose que no hay pasantía sistemática por un servicio de geriatría, excepto breves experiencias informales para estudiantes de diferente nivel curricular. No hay ninguna formación de posgrado en enfermería geriátrica ni recursos especializados con capacitación formal. Desde 1997 se han realizado cursos de educación continua, de los cuales el último contó con docentes del Departamento de Geriatría en distintas materias. Los cursos de educación continua realiza-

[1] Módulo Atención de Enfermería en el Adulto y Anciano.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

dos con financiación puntual son los de Enfermería Geriátrica (1997) y Enfermería Geriátrica: un Enfoque Preventivo (1998). De acuerdo con los docentes, la baja demanda de formación en esta área y el escaso desarrollo en el pregrado se vinculan con la ausencia de servicios de geriatría en Uruguay, tanto públicos como privados, lo cual redunda en una escasa demanda de recursos de enfermería calificados. Tampoco hay sociedades ni publicaciones específicas de enfermería geriátrica. El Colegio de Enfermeras y su revista carecen de sección específica en ésta o cualquier otra especialidad. Las personas licenciadas en enfermería pueden afiliarse a la Sociedad de Geriatras y Gerontólogos del Uruguay con voz y voto, pero no pueden ser miembros lectivos en los niveles directivos de dicha sociedad. En la mayoría de los casos, el déficit de personal de enfermería profesional se ve suplido parcialmente por auxiliares de enfermería.

Gerontosiquiatría y sicología. Aun cuando la carrera de sicología y otras disciplinas afines tienen gran demanda en Argentina, y pese a que los adultos mayores constituyen el 14% de la población, apenas un 2% de los graduados en estas especialidades se dedican a la atención de personas de edad (los 700 sicólogos indicados en el cuadro 9-2), desconociéndose el número de siquiatras especializados en gerontosiquiatría o que siguen esa inclinación. En Chile no existe la especialidad de gerontosiquiatría y sólo seis médicos siquiatras se dedican al tratamiento de los ancianos. Uruguay tiene aproximadamente 4.000 sicólogos, pero no hay datos sobre el número que se especializa en trabajar con adultos mayores. Existe una unidad académica especializada (Sicología de la Vejez) destinada a la investigación, docencia y extensión universitaria.

Kinesiología, fisiatría, fisioterapia y terapia ocupacional. Pese a que los pacientes de edad son atendidos en los servicios generales, no hay profesionales con formación especial o dedicados en particular a estos pacientes. Al mismo tiempo, la formación de pregrado es pobre, limitándose prácticamente a rotaciones en las carreras indicadas. En Argentina, un 5% de los 45.000 kinesiólogos se dedica específicamente a personas mayores; en Chile ninguno de estos profesionales lo hace, como tampoco en Uruguay. En general, los fisiatras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales en Argentina, Chile y Uruguay tampoco se dedican a la población mayor ni reciben formación en el tratamiento de este grupo. En Uruguay, el programa de posgrado en fisiatría incluye un módulo de rehabilitación geriátrica de carga horaria variable.

Nutrición. Se calcula que hay 3.500 nutricionistas en Argentina (5% trabaja con la población mayor), 2.500 en Chile y 959 en Uruguay. En general, no existe formación específica en gerontología como parte de esta disciplina.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Trabajo social. Argentina cuenta con unos 1.000 trabajadores sociales (5% de ellos dedicados específicamente a la vejez) distribuidos tanto en zonas urbanas como rurales; Chile tiene 10.500 y Uruguay, 1.200. No hay contenidos en materia de geriatría y gerontología en el pregrado ni tampoco cursos de especialización. Los trabajadores sociales se concentran en las capitales.

Cuidado domiciliario. Pese a que en los tres países hay un amplio mercado informal de este tipo de personal que no está cuantificado ni regulado, son pocos los cursos de formación organizados. En Argentina hasta el momento se han graduado más de 3.000 cuidadores en programas organizados por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y por la antigua Secretaría de Desarrollo Social (hoy en día Ministerio de Desarrollo Social, que ha dejado de formar este tipo de personal). Además, se ha capacitado a unos 1.000 agentes comunitarios gerontológicos. En Chile existe una oferta privada en cuidados domiciliarios muy costosa, complementada por una oferta más modesta que proveen las organizaciones religiosas específicamente destinadas a ayudar a las personas mayores sin recursos. En Uruguay, el Programa de Gerontología Social de la Universidad Católica organiza tres cursos anuales. Estas iniciativas se ven complementadas por jornadas de sensibilización y de Gerocultura, cursos de capacitación para funcionarios de hogares de ancianos, capacitación para dirigentes voluntarios y cursos de preparación para la jubilación. No existen programas de posgrado ni cursos de formación orientados específicamente a cuidadores de adultos mayores con discapacidades físicas o mentales.

El tercer elemento de la oferta consiste en recursos financieros, cuya disociación de las prioridades enunciadas ya se señaló en el capítulo anterior (gráficas 8-1, 8-2 y 8-3).

La gráfica 9-1 muestra el gasto social y el producto interno bruto (PIB) por habitante para Chile y Uruguay en 1999 y Argentina en 1998). El gasto social cubre los rubros de salud, previsión social, vivienda y educación.

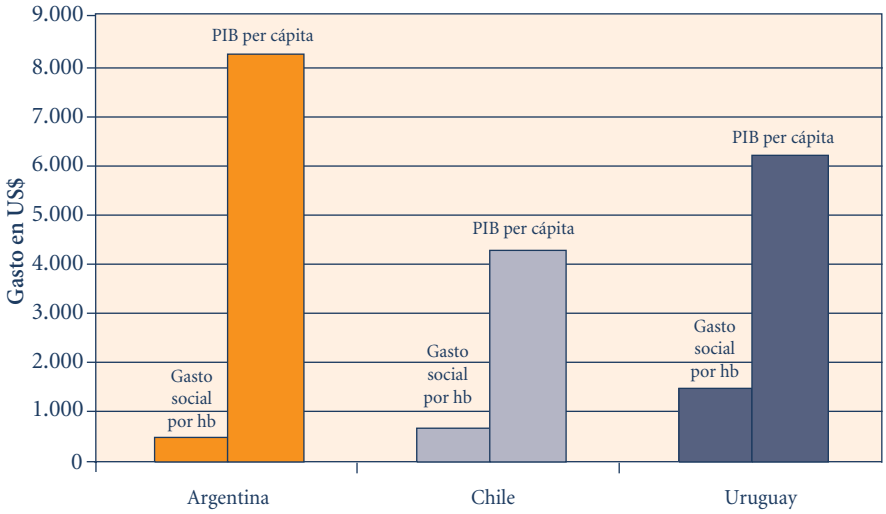
En la gráfica 9-1 se aprecian diferencias importantes del gasto social por habitante entre los tres países. Si bien Argentina posee un PIB por habitante más elevado que el de sus vecinos (US$ 8.200 vs. US$ 6.200 en Uruguay y US$ 4.300 en Chile), en ese país las asignaciones por persona para fines sociales son las más bajas (US$ 485 frente a US$ 705 en Chile y US$ 1.400 en Uruguay). Estas discrepancias reflejan diferencias en la prioridad que

"Pagamos en la vejez los excesos de la juventud."

Proverbio

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 9-1. Gasto social por habitante, año 1999 (US$ de 1999)



Fuente: Fondo Monetario Internacional, *Anuario de estadísticas financieras gubernamentales.*

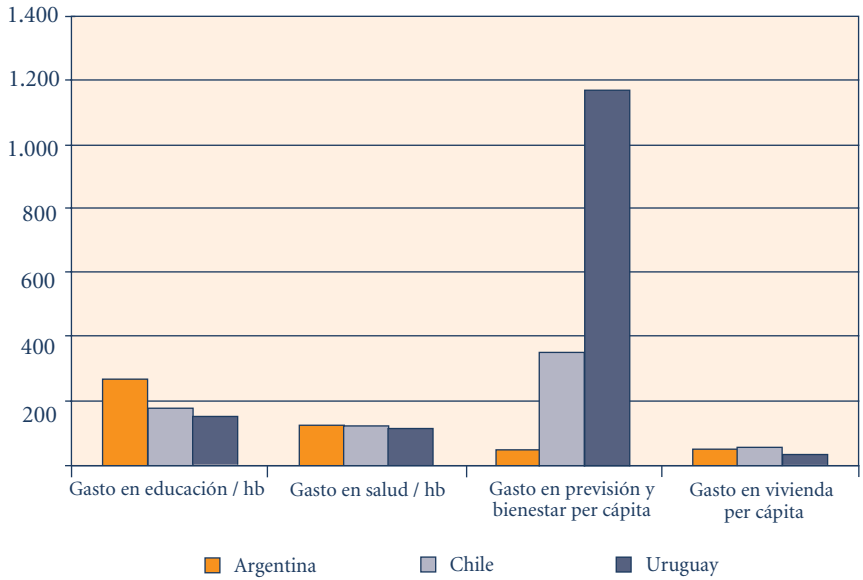
se da a problemas de índole social, lo cual también se manifiesta en la composición del gasto social en sus categorías principales.

La gráfica 9-2 muestra que el gasto por habitante en educación, salud y vivienda es similar en los tres países (alrededor de US$ 200 por persona en educación, $120 en salud y $40 en vivienda). Lo más importante, sin embargo, para efectos del presente análisis, es que el gasto en previsión social per cápita es mucho más alto en Uruguay, país que a su vez tiene la mayor proporción de personas de edad y el más alto nivel de cobertura previsional de los tres países. Así, vemos que en Uruguay este rubro supera los US$ 1.000 per cápita, cifra que contrasta con los US$ 50 y US$ 350 en Argentina y Chile, respectivamente. De todos los indicadores examinados hasta ahora, éste viene a ser el más importante, dado que una alta proporción, o quizá la mayoría, de los beneficiarios de este gasto son precisamente las personas mayores.

El financiamiento de la oferta de servicios de salud se realiza a través de los recursos públicos y privados detallados más adelante, cuya cobertura es casi total en Uruguay, pero que en Chile y Argentina deja desprotegido a un 16 a 18% de la población. No contamos con datos desglosados de atención de salud para las personas mayores que permitan hacer precisiones más exactas.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 9-2. Composición del gasto social por habitante, año 1999 (US$ de 1999)



Fuente: Fondo Monetario Internacional, *Anuario de estadísticas financieras gubernamentales.*
Nota: Los datos de Argentina no pueden compararse con los de los otros dos países porque no incluyen las cifras de los gobiernos provinciales y municipales.

El financiamiento de los servicios sociales es más complicado, ya que está disperso en múltiples instituciones públicas y privadas de ámbito nacional, regional y local. Muchas veces los presupuestos no están dirigidos a las personas mayores, sino a actividades en determinadas áreas. Este es el caso de los municipios en Chile. La ciudad de Buenos Aires, que constituye una excepción, ha creado una Dirección de la Tercera Edad, donde se concentran los servicios sociales para este segmento de la población. Los programas de servicios sociales que existen para adultos mayores no cubren a la población en su totalidad. Los criterios para ingresar a estos programas varían mucho y pocas veces se basan en la situación económica o capacidad funcional de las personas mayores que son sus beneficiarias. Los resultados de las encuestas BID-OPS-SABE confirman que la verdadera cobertura de estos programas es ínfima, aun en las tres capitales, tal como se puede apreciar en el capítulo 10, y que se limita al campo nutricional y al seguimiento. No aparecen casos de ayuda a domicilio. Por último, hay un sistema de subsidios que está destinado a paliar las carencias extremas y los casos urgentes.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Oferta de la sociedad civil

Esta visión de la oferta no quedaría completa sin una breve descripción de las organizaciones de la sociedad civil que ocupan un lugar importante en la prestación de servicios sociales y sanitarios, así como de otros servicios esenciales para el bienestar de las personas mayores. Estas organizaciones son más relevantes aun, en virtud de que están integradas en la mayoría de los casos por los mismos adultos mayores, que así asumen una buena parte de la solución de sus propios problemas y aspiraciones. En los tres países, pese a que existen más de 10.000 organizaciones de base integradas por personas mayores y otras ONG que están a su servicio, su baja cobertura (Argentina, menos del 30%; Chile, 14%; Uruguay, 25%) se ve condicionada por el carácter incipiente de la formación de asociaciones por este grupo poblacional y la heterogeneidad de sus intereses. Por conducto de estas organizaciones, las personas mayores tienen la oportunidad de expresar su potencial, participando en actividades laborales, científicas, recreativas, culturales y deportivas. No obstante, la conquista de otros espacios para la población adulta mayor requerirá el fortalecimiento de su autonomía y de su capacidad de gestión y planificación, esfuerzo que reviste importancia crítica si se considera que la solución de muchas de las necesidades de las personas mayores más carentes van a depender del voluntariado que ofrecen estas organizaciones.

Se hace evidente en los tres países la falta de mecanismos formales para incentivar a los grupos de adultos mayores a participar en actividades mediante la financiación de proyectos autogestionados por ellos mismos. Una excepción es la del programa FOSIS, que ha sido muy utilizado por las ONG de adultos mayores en Chile.

Las compañías multinacionales aseguradoras de servicios han irrumpido en el mercado de salud en Argentina, Chile y, en menor medida, en Uruguay. Este sector ofrece seguros privados prepagos a los ciudadanos, a los sindicatos y a la seguridad social médica, así como a las administraciones estatales, penetrando de esta manera en los tres subsectores (el privado, la seguridad social médica y el estatal). Las principales empresas multinacionales que operan en los países que estudiamos son Aetna, Cigna, Exxel Group y Blue Cross Blue Shield. Esta participación de capitales extranjeros indica la alta rentabilidad del sector, reforzada por la ausencia de leyes contra la exclusión con base en la edad o en el estado de salud de las personas que aspiran al seguro. Cabe destacar la importancia de los copagos que acompañan a los planes de seguro privados y a algunas modalidades de atención en el sector público, los cuales se convierten en importantes barreras de acceso a la atención de salud.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Síntesis y conclusiones

Los tres países presentan diferencias y similitudes en la organización y estructura de los programas y servicios en los distintos sectores relacionados con las necesidades del adulto mayor y su envejecimiento activo y saludable. Comparten un mismo énfasis en lo asistencial, con poca inversión en actividades preventivas, educativas, espacios urbanos y rurales fácilmente accesibles para todos, y la seguridad de la vivienda, entre otras cosas. Presentan, a la vez, diferencias importantes en los avances logrados en la coordinación, cobertura, calidad y contenido de los servicios asistenciales, tanto de tipo sanitario como los de carácter social. Chile ha avanzado más en materia de liderazgo y coordinación intersectorial, pero menos en lo referente a la cobertura de servicios de asistencia social. Pese a la existencia de políticas sectoriales específicas en dos de los tres países (Chile y Uruguay), en el ámbito de la salud, la cobertura y calidad se han visto limitadas en todos por la desregulación ya comentada en la sección sobre políticas. Además, los pocos recursos públicos destinados a las personas mayores tienden a ser absorbidos por residencias u hospitales geriátricos, que frecuentemente tienen marcadas deficiencias de calidad, poca diferenciación de la atención y una notable ausencia de otras modalidades más costo-efectivas. Los servicios de asistencia social en los tres países son escasos, pero tienen mayor presencia en Argentina y Uruguay y, en este último país abarcan la provisión de servicios de apoyo para la vivienda. La participación del adulto mayor en la sociedad civil organizada ha crecido en los tres países, principalmente a través de "clubes" locales de adultos mayores, pero sigue siendo minoritaria. La oferta de recursos humanos tiende a ser dominada por personal médico, mientras que hay una carencia importante de personal especializado en gerontología en campos como la enfermería, asistencia a domicilio, planificación urbana, sociología y trabajo social.

"La preparación para la vejez debe comenzar a más tardar en la adolescencia. Una vida vacía, en la que no hay metas, llegados los 65 años no se llena de repente cuando uno se jubila."

Arthur E. Morgan, ingeniero y educador estadounidense, 1878-1975

La situación en los tres países se asemeja a la descrita en la literatura internacional (capítulo 1). Es decir, apenas una minoría de las personas de edad consumen la mayor parte de los servicios sociales y de salud (Wollinsky, 1995), mientras que el resto, que cuenta con buena salud y capacidad funcional, requiere pocos servicios especializados o muy costosos, y principalmente servicios preventivos. A algunas de estas personas les hacen falta prendas de vestir especiales y aparatos auxiliares adapta-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

dos a sus necesidades. Algunas mantienen actividades remuneradas, y otras se dedican a actividades de voluntariado social o de ayuda a la familia, contribuyendo con ello de manera importante a la producción de bienes y servicios de la economía (Joshi et al., 1997). También tienen actividades de ocio que implican gastos personales y que exigen una oferta adecuada de actividades de recreo.

En materia de servicios sociales, la oferta es insuficiente y la regulación de los servicios que hay es casi inexistente o no se cumple. En este sentido, la situación más crítica se encuentra en Chile, particularmente en materia de vivienda y recursos comunitarios para personas que han sufrido pérdida de la autonomía. Si bien Argentina ofrece una gama más amplia de servicios diferenciados (v.g., subsidios, atención social de urgencias, programas de servicio comunitario, vivienda, descuentos en otros servicios, internación geriátrica y ayuda alimentaria ofrecida por el INSSJyP), la reducida asignación presupuestaria para estos servicios, que es apenas de US$ 36 anuales per cápita, limita su alcance y calidad. La oferta, también limitada, de la Secretaría de Promoción Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y del Ministerio de Desarrollo Social (MDS) en otras partes del país, ayuda pero tampoco alcanza a cubrir la brecha. El Banco de Previsión Social de Uruguay también financia y maneja una oferta diversificada para sus afiliados (v.g., vivienda, orientación técnica y capacitación, turismo social, investigación, publicaciones), que, complementada por programas de asistencia social y recreación de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), constituye una valiosa iniciativa.

La oferta de atención a la salud de las personas mayores actualmente proviene de entidades, tanto públicas como privadas, en los tres países: en Argentina, obras sociales privadas y provinciales, servicios municipales y servicios federales; en Chile, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRE) privadas; en Uruguay, la Administradora de Servicios de Salud del Estado y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. No obstante, diferentes grados de selección adversa de parte de los planes prepagos y las aseguradoras, más algunos esquemas onerosos de copago, han hecho que una proporción importante de los adultos mayores recurran para su atención a las instituciones estatales, recargando así los escasos presupuestos públicos en los tres países. Más del 15% de los adultos mayores en Argentina no tienen la cobertura de una obra social, ni un plan médico, ni están afiliados a una mutual; en Chile, el 93% de las personas mayores son atendidas en el sistema público (FONASA), y cerca del 30% de los adultos mayores uruguayos dependen para su atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Aunque en algunos casos el presupuesto insuficiente del sistema público hace que se canalicen los subsidios cruzados de los menos pobres (que hacen copagos) hacia los más pobres, el

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

resultado es más bien la producción de subsidios perversos que benefician a las mutuales.

Cabe destacar el predominio del enfoque curativo, a expensas de las acciones preventivas. En la esfera asistencial, la mayor carencia se observa en el ámbito de los servicios comunitarios —centros de salud, atención a domicilio, etc.— dirigidos a adultos mayores dependientes, siendo notoria en los tres países la ausencia o falta de cumplimiento de las regulaciones en torno a residencias geriátricas privadas y públicas.

Se cuenta con poca información sobre las acciones afines de otros sectores en estos campos, más allá de algunos descuentos, planes y medidas incipientes en Chile y Argentina y de las actividades en Uruguay, que están mejor descritas y han avanzado más en su cobertura y alcance. Resulta evidente que hay un espacio importante para ampliar y profundizar acciones que faciliten tanto la accesibilidad como la seguridad de los medios de transporte público, de los espacios públicos, fundamentalmente urbanos, y de la vivienda.

En general, en los tres países el personal calificado en gerontología y geriatría es notablemente deficiente, y el que hay se encuentra concentrado en las ciudades capitales. Entre el personal que existe predominan los profesionales de la salud y particularmente el personal médico. Al mismo tiempo, hay escasez de personal de enfermería, trabajadores sociales, sicólogos, fisioterapistas y otros profesionales esenciales para que los adultos mayores mantengan y recuperen su autonomía. En Chile se prevén nuevas iniciativas para capacitar a médicos de atención primaria en geriatría, pero el plan es incipiente. La acción de las asociaciones profesionales y gremiales tiende a concentrarse en la esfera académica y en la capacitación, y hay grandes posibilidades de ampliar su dinámica frente a la sociedad en la promoción del envejecimiento activo y saludable.

"Un anciano saludable que no es tonto es la criatura más feliz entre los seres vivos."

Sir Richard Steele, escritor inglés, 1672-1729

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Joshi, A., Denton, M., Gafni, A., et al., 1997, *Evaluating unpaid time contributions by seniors: A conceptual framework,* Hamilton, Ontario: McMaster University.

Wolinsky, F. D., Stump, T. E., Johnson, R. J., 1995, "Hospital utilization profiles among older adults over time: Consistency and volume among survivors and decedents", *J Gerontol* 50:S88-S100.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 10

SERVICIOS: UTILIZACION, PERCEPCIONES Y PREFERENCIAS

María Victoria Zunzunegui, Olga Solas, Sandra Arlette Pinzón, Tomás Engler, Edith Alejandra Pantelides, Cecilia Albala, Omar Prats

Hasta ahora hemos identificado una serie de factores sociales, económicos, institucionales y políticos que condicionan la vida y el envejecimiento saludables, la capacidad y las limitaciones funcionales de las personas mayores, así como el espectro de las políticas y oferta de servicios para esta población, con todas sus bondades y limitaciones de enfoque, cobertura y calidad. La interacción de todos estos elementos se traduce en la demanda y utilización de los distintos servicios y recursos disponibles. Estas, a su vez, se ven moldeadas por los derechos y las responsabilidades de la persona mayor, de su familia nuclear y extendida, de su círculo social y su comunidad, del Estado y sus órganos prestadores, de la sociedad civil, y de las organizaciones dedicadas a representar y servir a las personas de edad. La reflexión sobre la realidad observada en los países aquí estudiados pretende, en esta etapa, identificar los factores facilitadores e inhibidores de la demanda, accesibilidad y utilización efectiva de los servicios, así como las percepciones y preferencias en torno a los mismos. Se prestará atención especial a la dinámica de la prevención —como demanda espontánea o inducida— y a las modalidades de ayuda y cuidado personal preferidas por los adultos mayores que hayan perdido la capacidad para valerse por sí solos, en el contexto de las oportunidades y realidades de su medio.

Con estos fines, analizaremos principalmente el uso de determinados servicios preventivos por los encuestados durante los dos años anteriores a las entrevistas, los tipos de servicios solicitados por episodios de enfermedad o lesiones en los cuatro meses anteriores a la encuesta (seis meses en Buenos Aires), y los mecanismos de control usados por personas con las enfermedades crónicas más comunes. Asimismo, se

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

examinarán la demanda de exámenes complementarios y el uso de medicamentos. Se explorarán, para cada uno de los bienes y servicios ya descritos, el efecto de la cobertura por seguros de salud, los niveles educativos y de ingresos, y las fuentes de pago de los servicios, entre otros factores.

"Malgasté mi tiempo; ahora el tiempo me malgasta a mí."

William Shakespeare

Utilización de servicios de salud

Servicios preventivos

En nuestra época, la prevención de enfermedades evitables mediante la modificación de comportamientos vinculados con su aparición y persistencia constituye el mayor desafío para los planificadores y gerentes de los servicios de salud. Como se pudo ver en la primera sección de este libro, el siglo XXI nos ha encontrado en una encrucijada entre la posibilidad real de aspirar a un envejecimiento activo y saludable, sabiendo que la calidad de vida en la vejez depende mucho de la manera en que vivimos a lo largo de toda la vida, incluso desde antes de nacer, y el tener que lidiar durante las próximas décadas con el rezago de discapacidades, comportamientos y ambientes insalubres asociados con la pobreza que agobia a tantos latinoamericanos y caribeños. En este contexto, nuestros esfuerzos deben concentrarse en comprimir la morbilidad, es decir, en retrasar su inicio a los momentos más cercanos posibles a la muerte, atacando las causas más importantes de mortalidad prematura, discapacidad evitable, productividad recuperable y sufrimiento innecesario.

"Jamás un hombre es demasiado viejo para recomenzar su vida y no hemos de buscar que lo que fue le impida ser lo que es o lo que será."

Miguel de Unamuno

Así, las respuestas de las personas mayores entrevistadas en Buenos Aires, Santiago y Montevideo arrojan luz sobre sus comportamientos íntimos, algunos saludables y otros riesgosos, y nos ayudarán a diseñar intervenciones que aprovechen ese gran poder de adaptación que tiene el ser humano de cualquier edad para cambiar su estilo de vida y aumentar la demanda y utilización baja de servicios preventivos que hoy observamos en el Cono Sur y en otras latitudes de las Américas. Cuando se diseñó

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

el presente estudio, se seleccionaron algunas enfermedades susceptibles de prevención primaria, es decir, cuya aparición se puede evitar, junto con otras cuyos efectos se pueden evitar o reducir a un mínimo mediante la llamada prevención secundaria, es decir, el reconocimiento temprano y tratamiento oportuno. En la primera categoría se encuentran la influenza, la osteoporosis y otros trastornos asociados a la menopausia femenina, y las consecuencias cardiovasculares y pulmonares bien conocidas del tabaquismo y del sedentarismo en ambos sexos (que ya han sido comentadas en el capítulo 5, destacándose la importancia de tomar medidas desde la niñez y adolescencia para evitar el inicio de estos hábitos insalubres). En la segunda categoría figuran la hipertensión arterial y la diabetes, el cáncer de mama y de cuello uterino en las mujeres y el cáncer de próstata en los hombres.

Prevención de la influenza

Es preocupante, particularmente si se tienen en cuenta las variaciones climáticas en las tres ciudades estudiadas y otros puntos del Cono Sur, que la vacunación contra la influenza haya alcanzado a proteger a sólo 30 a 45% de las personas mayores encuestadas (si bien es cierto que no todos los mayores la necesitan), siendo más alta la protección a edades más avanzadas. La demanda se satisfizo en mayor medida en el caso de las mujeres en Buenos Aires y de los hombres en Montevideo. Los vacíos de la cobertura total, teniendo presentes sus dimensiones de género, deberán ser motivo de reflexión para las personas responsables de llevar a cabo las campañas que actualmente se realizan anualmente en los tres países. La contaminación atmosférica en Santiago, bien conocida por la población y las autoridades sanitarias y reflejada en las cifras de enfermedades respiratorias presentadas en el capítulo 7, exige que se complete urgentemente la protección de las personas de edad contra las infecciones respiratorias causadas por virus.

Prevención de osteoporosis y tratamiento hormonal sustitutivo para la menopausia

Una medida de prevención primaria es la administración de estrógenos a las mujeres durante la menopausia y después para prevenir la osteoporosis (reduciendo así el riesgo de fracturas asociadas con las caídas y otros traumatismos comunes en la ancianidad) y los malestares que con frecuencia se asocian con este período de la vida.

La utilización de hormonas sustitutivas en la menopausia sigue siendo baja. Sólo el 8% de las uruguayas, el 9% de las argentinas y el 23% de las chilenas en las capitales de sus respectivos países declaran haber tomado estrógenos para paliar los efec-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

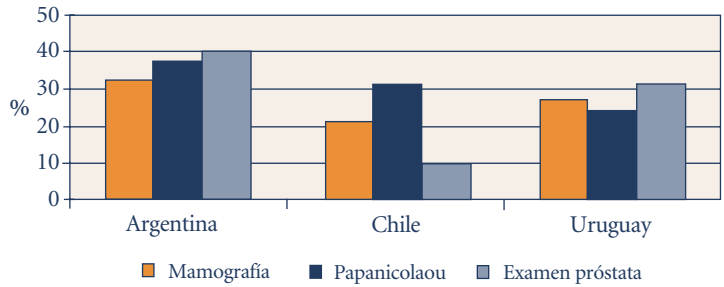
tos de los cambios hormonales que se producen en la menopausia. Estos porcentajes también varían mucho según el tipo de cobertura sanitaria y el nivel de instrucción de la mujer. Por ejemplo, en Santiago reciben tratamiento hormonal sustitutivo 14% de las mujeres que no terminaron la primaria y 37% de las mujeres con una educación universitaria, y en Montevideo sólo 6% de las mujeres cubiertas por la salud pública y 10% de las mujeres cubiertas por las mutuales privadas. Aunque se puede postular que no todas las mujeres menopáusicas requieren este tipo de tratamiento y que el mismo puede ser riesgoso para algunas, sus beneficios preventivos, ampliamente demostrados, justifican cualquier esfuerzo por mejorar su disponibilidad y accesibilidad a las mujeres mayores de bajos ingresos.

Prevención del cáncer de mama, cuello uterino y próstata

A nivel de la prevención secundaria (detección temprana y tratamiento oportuno), los exámenes para la detección de las enfermedades anteriormente indicadas son la mamografía, el examen clínico del seno y el examen de Papanicolaou en la mujer, y el examen de la próstata en el hombre. Como se puede apreciar en la gráfica 10-1, la mayoría de las personas no llegan a hacerse estos exámenes, lo cual aumenta la carga de enfermedades prevenibles en sus respectivos países.

Las personas sin ninguna cobertura sanitaria tienden a no hacerse exámenes preventivos, factor que subraya la importancia de extender la cobertura de salud a toda la población. Además, en los tres países la utilización de los exámenes varía mucho según el nivel de instrucción. Así, en Buenos Aires declaran haberse realizado una mamografía en los dos últimos años el 62% de las mujeres con una educación técnica o universitaria, pero sólo el 18% de las mujeres que no completaron la escuela primaria.

Gráfica 10-1. Demanda satisfecha de exámenes preventivos



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible y tratable mediante la detección temprana de alteraciones celulares (displasia) a partir de una prueba sencilla de tamizaje conocida por el apellido de su inventor, el doctor Papanicolaou. El cáncer de cuello uterino tiene una incidencia que es elevada en Chile, intermedia en Argentina y baja en Uruguay. Las coberturas por pruebas de tamizaje son inferiores a las cifras de incidencia de la enfermedad, ya que solamente entre un cuarto y poco más de un tercio de las mujeres mayores encuestadas informan haberse hecho un Papanicolaou en los dos años previos a la encuesta (Buenos Aires 35%, Santiago 30%, Montevideo 25%). El haberse hecho la prueba de Papanicolaou en los últimos dos años varía mucho según el nivel de instrucción (v.g., en Buenos Aires el 25% de las mujeres que no han completado la primaria frente al 66% de las mujeres con una educación universitaria) y, como en el caso de la mamografía, el tamizaje del cáncer de cuello uterino prácticamente no se efectúa entre las mujeres sin seguro de salud y su cobertura también varía según el tipo de seguro. Por ejemplo, en Santiago, el 20% de las mujeres atendidas en el FONASA, el 31% de las mujeres atendidas en las instituciones de las fuerzas armadas y el 45% de las mujeres atendidas en las ISAPRE refieren haberse hecho un Papanicolaou en los últimos dos años.

Las pruebas de tamizaje para el cáncer de próstata son algo más frecuentes, encontrándose que entre el 30 y 40% de los hombres mayores entrevistados se han hecho un examen de próstata en los dos años anteriores (40% de los argentinos, 30% de los chilenos y 32% de los uruguayos encuestados). No obstante, estas cifras siguen siendo insuficientes, puesto que entre un 60 y 70% de los hombres nunca se examinan. En este caso también se observan variaciones según el tipo de seguro y el nivel de instrucción. Así, en Buenos Aires es notable el efecto del nivel educativo sobre la demanda de este examen: en los dos años anteriores se lo han hecho apenas el 29% de los hombres que no terminaron la primaria, a diferencia del 75% de los que egresaron de una universidad. También llama la atención la variación según el tipo de cobertura sanitaria, observándose en Montevideo, por ejemplo, que un 30% se examinó en la red del Ministerio de Salud Pública y un 49% en las mutuales privadas.

Servicios de rehabilitación

Se desconoce la magnitud de la demanda de servicios de prevención terciaria, es decir, de rehabilitación (que previenen y reducen la discapacidad asociada a determinadas enfermedades y lesiones), fundamentalmente debido a la oferta limitada de estos servicios y a las deficiencias de los sistemas de información. Esto también pudo apreciarse

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

en el grado de desconocimiento detectado entre las personas mayores encuestadas en las tres ciudades en relación a la existencia y utilidad de este tipo de servicios, así como a su cobertura por los seguros respectivos de salud. No obstante, su impacto potencial y real sobre la reinserción funcional de las personas mayores con lesiones o limitaciones motoras es importante.

Deficiencias y ayudas visuales y auditivas

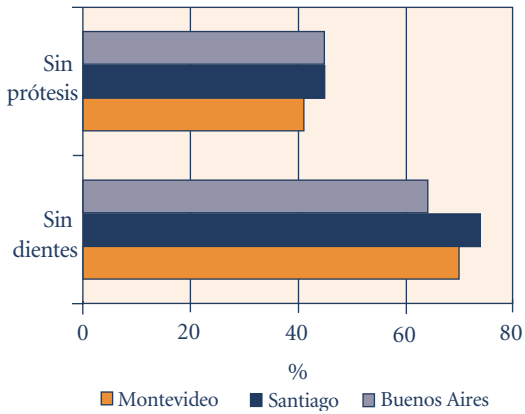
Se observa que el uso de ayudas para corregir déficits sensoriales es bajo cuando se consideran las prevalencias de los problemas de visión y audición examinados en el capítulo 7. Los lentes para la visión cercana son ampliamente utilizados en Buenos Aires (86%) y Montevideo (83%), pero la proporción que los utiliza en Santiago es más baja (67%), pese a los esfuerzos de FONASA por atender a estas necesidades. Por otro lado, la proporción que ha tenido cirugía de cataratas es muy baja comparada con la proporción elevada que dice tener una mala visión cercana y lejana, situación corregible que tiene una incidencia directa sobre la movilidad independiente y capacidad funcional general de las personas así afectadas. Asimismo, los audífonos son escasamente utilizados en las tres poblaciones (3 a 4%), lo cual indica que casi todas las personas con limitaciones auditivas (57 a 84% de las personas mayores de 60 años) tienen algún grado de sordera no corregida. Cabe subrayar que este déficit constituye una auténtica barrera a la comunicación e integración eficaz de las personas afectadas a su medio familiar, social y laboral, y las expone a un riesgo elevado de caídas y otras lesiones.

Deterioro bucodental y demanda insatisfecha de prótesis dentales

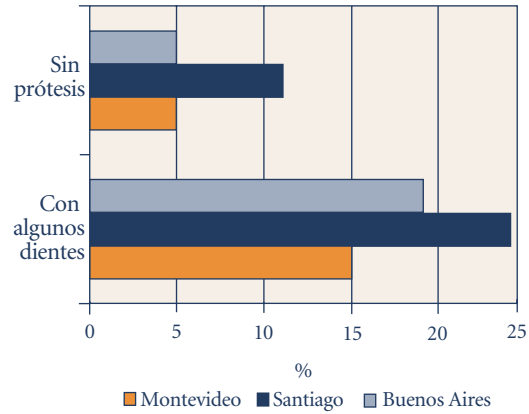
Llama poderosamente la atención, tal como se puede apreciar en la gráfica 10-2, que a casi tres de cada cuatro personas mayores (64 a 74%) les falte su dentadura completa, y que más de la mitad de ellas no tengan ninguna prótesis, lo cual menoscaba su capacidad de alimentarse bien. También es preocupante la situación de las que han perdido algunas piezas dentales (15 a 24%) (gráfica 10-3), aun siendo menor su demanda insatisfecha de prótesis (4% a 6%). Así vemos que a 73 a 98% de las personas mayores les falta una buena parte de su dentadura, y que alrededor de la mitad de ellas (45 a 56%) carecen de prótesis. Si bien quienes más necesitan atención bucodental son los adultos mayores santiagueños, a juzgar por las bajas puntuaciones obtenidas en el índice de salud oral (GOHAI) presentadas en el capítulo 7, los efectos de la falta de higiene y salud oral también son muy evidentes en Buenos Aires y Montevideo y ameritan la atención prioritaria del sector de la salud.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 10-2. Mayores sin dientes: Demanda insatisfecha de prótesis dentales



Gráfica 10-3. Mayores con algunos dientes: Demanda insatisfecha de prótesis dentales



Servicios curativos

La demanda de servicios curativos continúa siendo más alta que la preventiva y, tal como se aprecia en el cuadro 10-1, la gran mayoría de los encuestados (74 a 84%) refieren haber utilizado algún servicio en el transcurso de los 12 meses anteriores a la entrevista. No obstante, en Buenos Aires y Montevideo 1% de los mayores no lo han hecho aun necesitándolo, y esta cifra asciende a 10% en Santiago. Este nivel de utilización de servicios es similar al observado en los países europeos y norteamericanos.

"Los necios echan la culpa de sus vicios a la vejez."

Marco Tulio Cicerón

Llama la atención que la demanda de la consulta médica especializada sea casi igual que la de la consulta general, independientemente de la edad. Esta tendencia encarece la atención sin necesariamente mejorar su calidad. Un indicador importante del acceso a los servicios es el período de espera para ser atendido después de haber pedido una cita y una vez que se llega al consultorio. Según la encuesta, en este sentido no hay diferencias importantes entre las tres ciudades, y —por lo menos en las capitales— los encuestados no enfrentan barreras importantes para acceder a los servicios de consulta. La espera mediana para obtener la cita es de un día y el 90% espera menos de 30 días. Una vez que se ha llegado al consultorio del médico, el tiempo

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 10-1.
Utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios en los últimos meses

Tipo de servicio utilizado	Buenos Aires %	Santiago %	Montevideo %
Utilización de algún servicio de salud en los últimos 12 meses	83,6	73,7	76,3
Consulta profesional de salud en los últimos 4 meses (6 meses en Buenos Aires)	56,7	53,0	53,7
Consulta general	68,4	53,5	41,9
Consulta especializada	73,6	49,7	40,8
Medicación prescrita en última consulta	58,3	74,6	65,2
Exámenes complementarios pedidos en última consulta	32,3	26,3	25,1
Hospitalización en últimos 4 meses (Ultimos 6 meses en Buenos Aires)	4,9	4,4	4,7

de espera es de 10 a 15 minutos y el 90% de las personas son atendidas en menos de media hora.

Por otro lado, el uso indicado de los exámenes complementarios, que oscila entre 25 y 32%, no es tan alto como la gente piensa. Finalmente, es menor la demanda de hospitalización (4 a 5%), como cabe esperar.

Uno de los hallazgos que más llaman la atención, aunque no es sorprendente, es la prescripción tan frecuente de medicamentos (en 58 a 75% de las consultas médicas) y su consumo elevado entre las personas encuestadas (78 a 83%), particularmente si se tiene en cuenta la baja cobertura de este rubro por los seguros de enfermedad (7 a 9% en Buenos Aires y Santiago, 33% en Montevideo). Al mismo tiempo, cabe resaltar que el acceso a los medicamentos es limitado, en buena medida por factores económicos. En Buenos Aires, Montevideo y Santiago, 8,5, 7,5 y 4% dicen de las personas encuestadas dicen no haber conseguido los medicamentos prescritos en su última consulta, principalmente porque son caros y en segundo lugar porque no estaban disponibles. De hecho, en Buenos Aires y Santiago se observa que el pago de los medicamentos por los adultos mayores directamente de su propio bolsillo asciende a niveles importantes (29 y 60%, respectivamente), pero no así en Mon-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 10-2.
Utilización de controles y tratamientos de algunas enfermedades crónicas

Enfermedad / Tratamiento	Buenos Aires (%)	Santiago (%)	Montevideo (%)
Hipertensión arterial			
Control de la enfermedad	91,0	80,0	90,0
Dieta y control de peso	41,3	44,9	40,7
Tratamiento farmacológico	80,0	72,3	80,0
Diabetes mellitus			
Control de la enfermedad	88,1	84,6	90,0
Dieta y control de peso	62,8	57,1	57,6
Tratamiento farmacológico oral	65,8	70,3	52,0
Tratamiento farmacológico con insulina	10,3	6,3	9,5

tevideo (1%). Esto refleja, como veremos en mayor detalle más adelante, que la baja cobertura de los medicamentos por los planes de seguro médico en Buenos Aires, y Santiago impone necesidades que no se observan en Montevideo, donde es alto el nivel de cobertura.

Calidad de la atención a los trastornos crónicos

Las encuestas proporcionan información indirecta sobre la calidad de la atención de personas con enfermedades crónicas (42 a 52% de los encuestados con hipertensión arterial y 13,0% con diabetes). Como se aprecia en el cuadro 10-2, que si bien la mayoría (70 a 80%) de los hipertensos reciben tratamiento farmacológico, apenas 40% reciben tratamientos basados en la dieta y el control del peso. Estos datos podrían reflejar una falta de confianza, por parte del médico prescriptor o del propio paciente, en la eficacia de las medidas higiénicas y dietéticas para el manejo de la hipertensión arterial. Aun así, la proporción que declara tener bien controlada su hipertensión es bastante alta, cercana al 90%. En el caso de los diabéticos se observa algo parecido, aun cuando el cumplimiento de medidas dietéticas es algo mejor

"Lo que importa no es los años que tengas, sino como los tomes."

Proverbio chino

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

que en el caso de la hipertensión, y la proporción de medicación oral parece algo baja.

Es importante resaltar también que en los tres países un tercio de los hipertensos y poco más de un tercio de los diabéticos perciben haber mejorado durante los 12 meses anteriores a la encuesta, encontrándose sin cambios importantes alrededor de la mitad de estas personas en ambos casos (49 a 58% de los hipertensos y 44 a 49% de los diabéticos). Más aún, mediciones de la presión arterial realizadas en Santiago durante la encuesta mostraron valores medianos (diastólico y sistólico) dentro de límites normales, con apenas una fracción pequeña (10%) con un valor diastólico superior al normal. Todo esto confirma el valor del buen control de estas dos enfermedades prevalentes.

Cobertura financiera de la atención de salud

Un factor que determina la utilización de la atención de salud es la cobertura financiera de los distintos elementos que la integran (v.g., consulta, exámenes, medicamentos, hospitalización). Los sistemas de asistencia varían en los tres países y, en consecuencia, también varía su cobertura. En términos generales, los niveles nominales de cobertura en los tres países no son bajos y los datos revelados por la encuesta en las tres capitales tienden a confirmar los datos oficiales presentados en el capítulo 6. No obstante, en Buenos Aires un 18% de las personas mayores carecen de cobertura sanitaria y en Santiago, la renuencia del sector privado a retener a las personas una vez que llegan a la edad de la jubilación ha dado lugar a que un 93% de las personas mayores hoy en día se encuentren afiliadas al FONASA. En Uruguay la cobertura es alta; apenas un 2% de los adultos mayores han quedado sin ella. Estas diferencias también son congruentes con los datos acerca de la cobertura de las pensiones examinados en el capítulo 6, reflejando así las diferentes disposiciones de las sociedades nacionales respectivas.

Las diferencias aludidas entre los países estudiados también se reflejan en la distribución de la cobertura entre los distintos componentes de la atención de salud, tal como se puede apreciar en el cuadro 10-3 (obsérvese que los datos de Santiago únicamente corresponden a la población cubierta por las fuerzas armadas y las ISAPRE, la cual representa apenas el 9% de las personas mayores chilenas).

La cobertura por planes de prepago o seguro médico responde, a su vez, a diversos factores condicionantes. Así, vemos (gráficas 10-4 a 10-9) que la cobertura en los tres países suele ser mayor entre personas con mayor escolaridad, (variable que viene a ser también un indicador indirecto o *proxy* del nivel de ingresos), y que a me-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

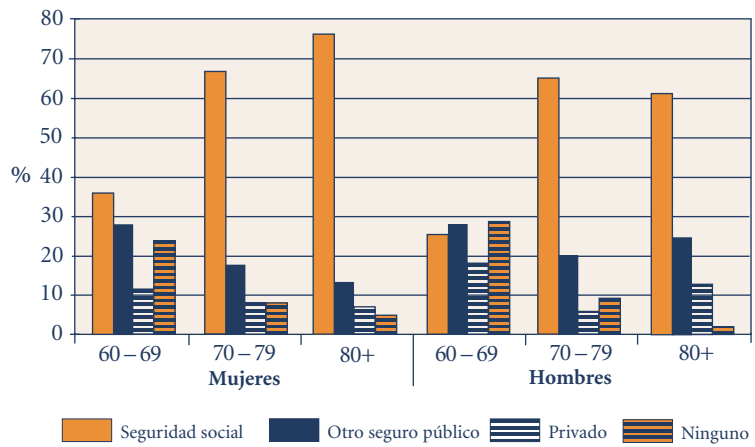
Cuadro 10-3.
Cobertura de componentes de la atención de salud

Componentes cubiertos total o parcialmente	Buenos Aires (%)	Santiago (FFAA e ISAPRE) (%)	Montevideo (%)
Hospitalizaciones	61,0	13,6	77,7
Consultas al médico general	75,6	13,6	41,9
Consultas a un médico especialista	73,6	13,6	40,8
Exámenes complementarios	70,9	13,6	37,1
Medicamentos	6,7	7,2	33,3

dida que avanza la edad, la cobertura de las personas mayores tiende a concentrarse en el ámbito público.

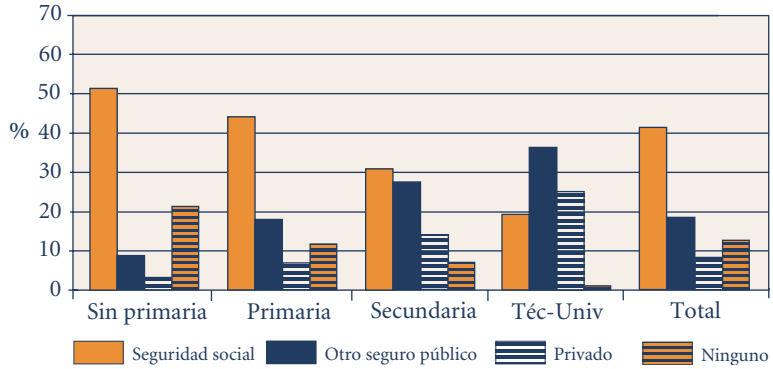
En Buenos Aires alrededor del 18% de las personas mayores no tiene ningún tipo de cobertura sanitaria. La gráfica 10-4 nos muestra que la probabilidad de recibir atención sanitaria por parte de la seguridad social (PAMI) aumenta con la edad, mientras que las mutuales públicas y los seguros privados atienden a las personas más jóvenes. También se observa que la proporción que no recibe ningún tipo de cobertura disminuye con la edad. En edades superiores a los 80 años, la mayoría recibe atención del PAMI. En la gráfica 10-5 se ve que la cobertura de las personas mayores con un bajo nivel de instrucción proviene del PAMI, mientras que los seguros privados atienden fundamentalmente a la población con una educación superior. Es probable que

Gráfica 10-4. Tipo de cobertura por edad y sexo, Argentina



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

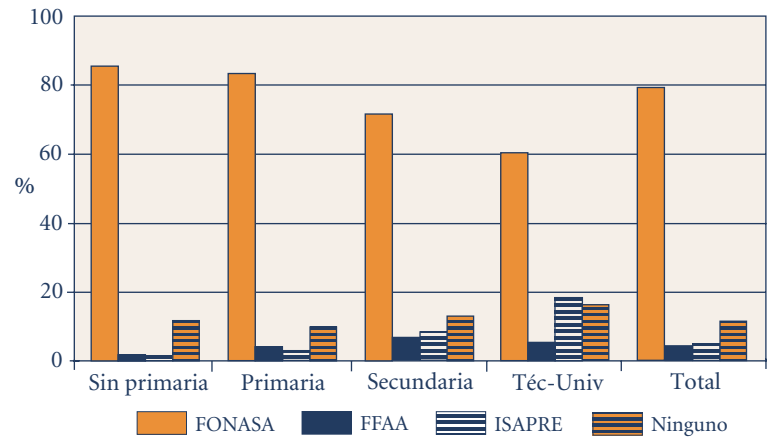
Gráfica 10-5. Cobertura de salud según nivel de instrucción, Argentina



esta estratificación influya sobre la calidad de los servicios que recibe la población de menor preparación e ingresos.

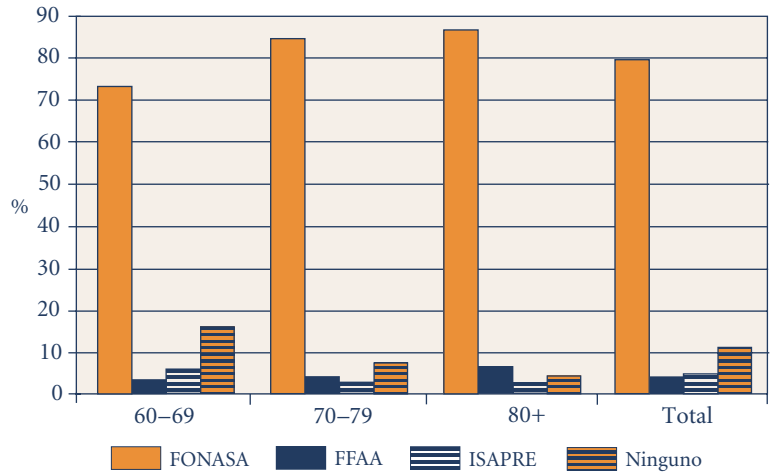
Debido a la práctica ya mencionada del "descreme" de las ISAPRE, en el caso de Chile la población mayor adscrita al FONASA abarca todo el espectro educativo, tal como se puede apreciar en la gráfica 10-6, siendo mayor la afiliación a las ISAPRE

Gráfica 10-6. Cobertura de salud según nivel de instrucción, Chile



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

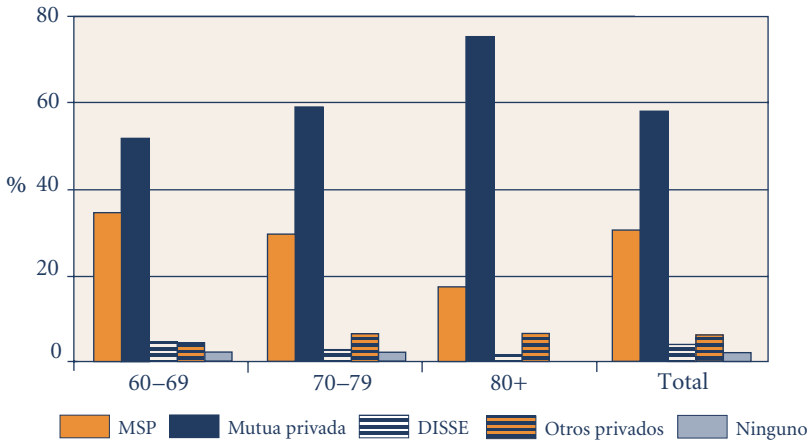
Gráfica 10-7. Tipo de cobertura de salud según edad, Chile



mientras más alto el nivel educativo y más frecuente la falta de afiliación (o de cobertura) en grupos con una educación superior y de edad más avanzada (gráfica 10-7).

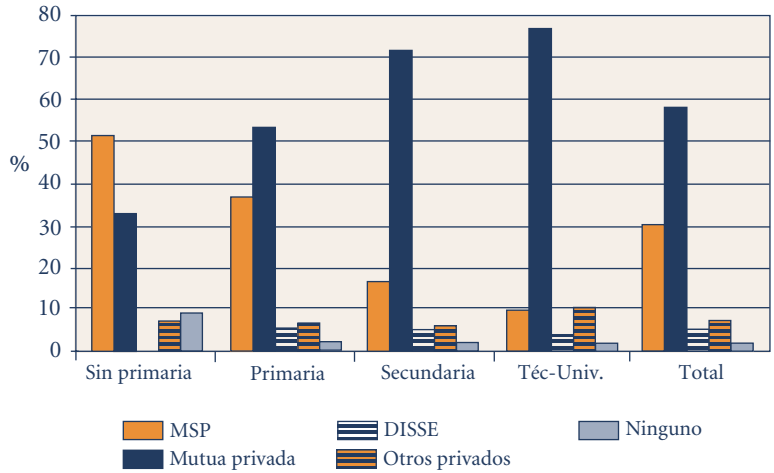
En Montevideo, como muestra la gráfica 10-8, casi toda la población está cubierta ya sea por el Ministerio de Salud Pública (MSP) o por alguna mutual privada. La cobertura del MSP se concentra en la población de bajos ingresos, representada por personas que no terminaron la escuela primaria (gráfica 10-9), mientras que las mu-

Gráfica 10-8. Tipo de cobertura de salud según edad, Uruguay

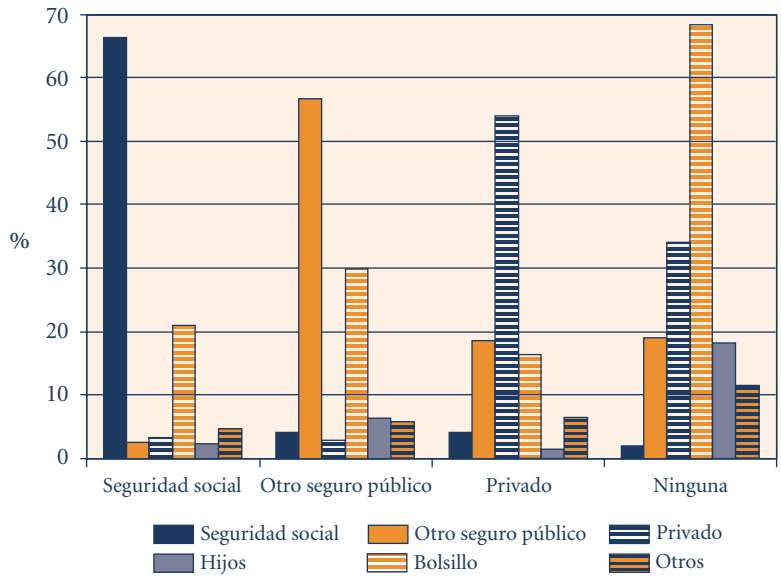


© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 10-9. Tipo de cobertura de salud según nivel de instrucción, Uruguay

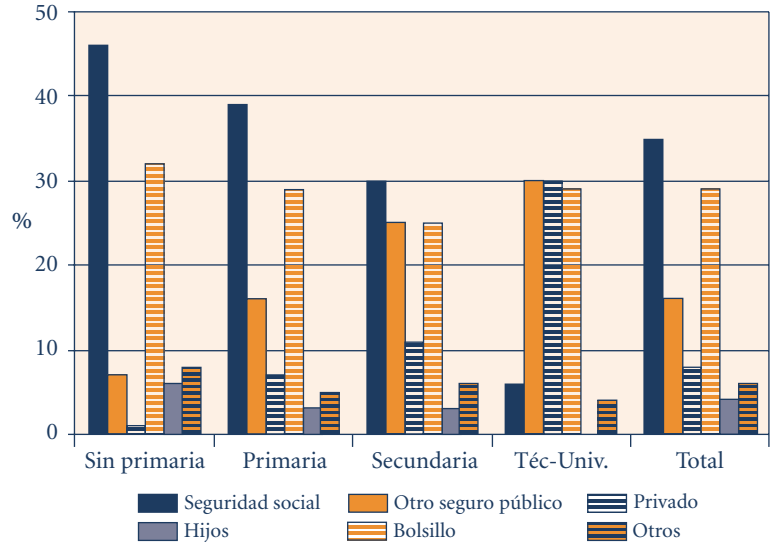


Gráfica 10-10. Fuente de pago de medicamentos según tipo de cobertura, Argentina

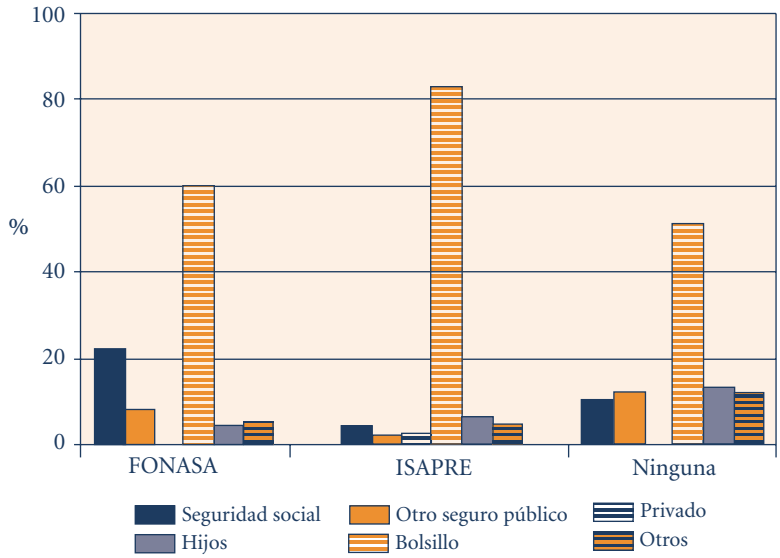


© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 10-11. Fuente de pago de medicamentos según nivel de instrucción, Argentina

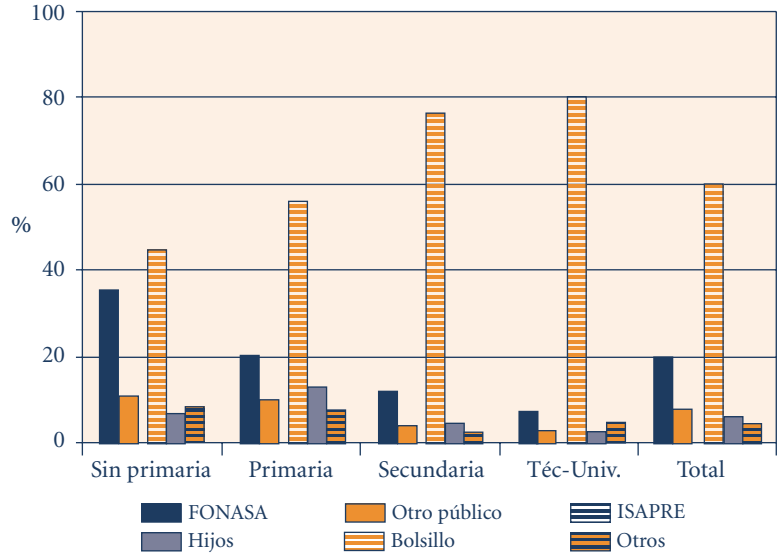


Gráfica 10-12. Fuente de pago de medicamentos según tipo de cobertura, Chile



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 10-13. Fuente de pago de medicamentos según nivel de instrucción, Chile



tuales privadas tienden a recoger a la población con un mayor nivel de instrucción. Curiosamente, se observa un aumento de la cobertura privada con la edad, fenómeno que podría obedecer a la ayuda financiera familiar registrada en la encuesta.

Cobertura de medicamentos

Al principio de esta sección se destacaron la importancia de la cobertura de los medicamentos y las consecuencias de su ausencia para el presupuesto familiar. La tendencia a la baja cobertura que se observa en este rubro constituye una laguna en las políticas sociales que no ha sido subsanada adecuadamente.

En el caso de Buenos Aires, resulta claro que la probabilidad de pagar del bolsillo propio no depende del nivel de instrucción. En otras palabras, alrededor del 30% de todos los grupos dicen pagar los medicamentos de su propio bolsillo, independientemente del nivel de escolaridad. Así, el PAMI es una fuente de ayuda económica importante más que todo para las personas mayores de bajo nivel de instrucción. El 18% sin ningún tipo de cobertura ni siquiera cuenta con esta ayuda, teniendo que su-

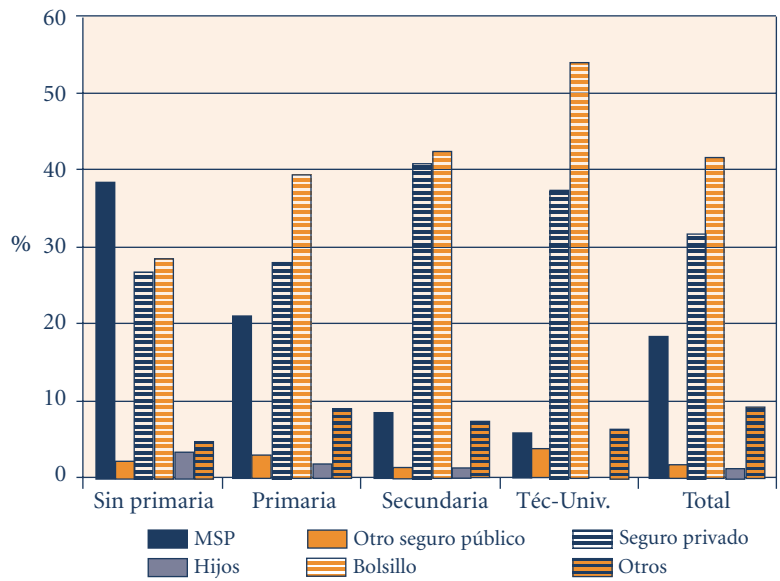
© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

fragar casi todos los costos de sus medicamentos del bolsillo propio, de la ayuda de los familiares o —si lo tuvieran— de algún tipo de seguro privado.

En Santiago, en cambio, la cobertura de los medicamentos es muy escasa y se limita a los beneficiarios del FONASA, que son principalmente personas mayores con poca instrucción. Las personas mayores deben pagar sus medicamentos de su propio bolsillo o con la ayuda de familiares y amigos.

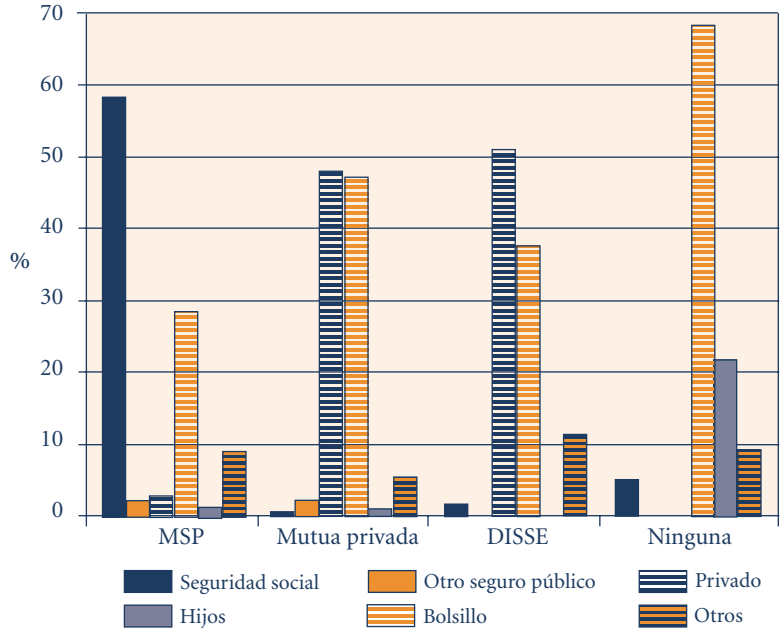
En Montevideo (gráficas 10-14 y 10-15), el 40% de los mayores refieren que pagan los medicamentos de su propio bolsillo, y esta proporción varía desde 27% de los que no terminaron la primaria, hasta 53% de los que tienen una educación técnica o universitaria. El MSP financia los medicamentos del 50% de los que tienen su cobertura, mientras que las instituciones privadas financian los del 40 a 50% de sus afiliados. El resto sale directamente del bolsillo o de la ayuda de los hijos y otras personas.

Gráfica 10-14. Fuente de pago de medicamentos según nivel de instrucción, Uruguay



© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 10-15. Fuente de pago de medicamentos según tipo de cobertura, Uruguay



Utilización de servicios sociales

Dada la escasa oferta de servicios sociales en los tres países (capítulo 9), no sorprende la poca utilización identificada en las encuestas efectuadas con la muestra de usuarios potenciales. Sí cabe resaltar, no obstante, que entre los servicios que hasta ahora vienen generando mayor demanda y utilización se encuentran los suplementos de alimentos y las ayudas para la vivienda.

En los grupos focales las personas mayores resaltaron la desigualdad en la distribución de recursos y la falta de baremos basados en la necesidad para la asignación de viviendas en régimen de comodato. Al mismo tiempo se reconoce que se está haciendo un esfuerzo por proporcionar vivienda a aquellas personas mayores que no han podido adquirirla.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Los programas de nutrición, como el ASOMA en Argentina y el Paquete Alimenticio para el Adulto Mayor (PACAM) en Chile son esfuerzos muy conocidos que abarcan una canasta básica de alimentos y que parecen llegar a la población a la que están destinados.

"Hace falta mucho, mucho tiempo para ser joven."

Pablo Picasso

Según las encuestas SABE, una baja proporción de las 3.800 personas mayores encuestadas (Buenos Aires 6,7%, Santiago 3,9%, Montevideo 10,0%) usa una mezcla diversa de servicios comunitarios (v.g., suplementos de alimentos, acompañantes). Se advierte una falta de servicios de ayuda doméstica en los tres países. Los servicios más utilizados proceden del bienestar social y de las iglesias en forma de comida y suplementos nutritivos. También cabe destacar el papel asumido por la familia en este terreno y las necesidades de apoyo que ello impone. En Buenos Aires, por ejemplo, todos los cuidadores de adultos mayores discapacitados son de la familia (19% son cónyuges, 51% son hijas y un 10 a 20% son otras mujeres del círculo familiar). En Montevideo el 70% de los cuidadores son miembros de la familia. No contamos con estos datos para Santiago.

Los cuidadores familiares son mayoritariamente mujeres de mediana edad que cargan con toda la responsabilidad de cuidar al adulto mayor. Estas mujeres se quejan de no ser comprendidas ni por sus propias familias ni por las instituciones donde se atiende a la persona mayor. En este sentido, sienten que se les hacen demasiadas exigencias, ya que estas entidades (la familia, el médico, las instituciones) las responsabilizan del estado del familiar que tienen a su cargo. Se quejan de la falta de espacios que les permitan compartir la responsabilidad de cuidar a los familiares y que al mismo tiempo les brinden elementos para poder desempeñar mejor la tarea.

Preferencias y percepciones

Dada la ausencia de servicios sociales de ayuda a domicilio, resulta importante identificar las preferencias de las personas mayores sobre las fuentes de ayuda que desearían tener si hubiera posibilidades ajenas a la familia. Entre los ciudadanos mayores encuestados en las tres ciudades, el denominador común más notable fue la clara preferencia expresada por continuar recibiendo los servicios y el apoyo de la familia, tal como se puede apreciar en el cuadro 10-4. Para interpretar estos datos adecuadamente, es necesario tener en cuenta que dicha preferencia se produce en un contexto

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 10-4.
Preferencias sobre la provisión de servicios sociales y cuidado personal

Servicios	Buenos Aires (%)	Santiago (%)	Montevideo (%)
Ayuda en tareas diarias			
Familia	88,8	79,5	82,5
Estado	28,3	7,4	13,0
Privada	33,4	7,8	22,0
Enfermería a domicilio			
Familia	89,3	79,5	85,4
Estado	47,7	17,3	13,2
Privada	32,9	9,4	19,2
Otras preferencias			
Si existieran viviendas especiales para personas mayores ¿solicitaría plaza?			
Viviendas tuteladas (apartamentos)	15,6	N.C.[a]	17,0
Residencias para mayores	16,8	N.C.	11,4

[a] No consta en el cuestionario de Santiago.

social donde prácticamente no hay otras opciones, y, por tanto, no hay experiencias previas en torno a la utilización de los hipotéticos servicios por los que se pregunta. Así, por ejemplo, cuando se pregunta cuáles son las preferencias en torno a la realización de trámites relacionados con la vivienda o el banco, la persona mayor que responde tiende a señalar primero a la familia. En el caso específico de los cuidados de enfermería, la preferencia por la familia declina levemente a medida que avanza la edad de la persona.

La posibilidad de vivir en una residencia tutelada o con asistencia para personas con discapacidades tiene poca aceptación. Según las personas que participaron en los grupos focales, las instituciones geriátricas no tienen buena reputación: son percibidas como lugares donde se maltrata a las personas internadas y se les despoja de ropa y otras pertenencias. A pesar de las dificultades que el cuidado de los mayores implica para sus cuidadores, se observa una fuerte resistencia a la internación en hogares geriátricos debido a la convicción de que el adulto mayor se encuentra mejor en su ámbito familiar y a la imagen negativa antes mencionada, la cual está arraigada tanto en la realidad como en el prejuicio.

En el cuadro 10-5 se presentan las fuentes preferidas de ayuda para la limpieza y preparación de las comidas en caso de necesidad y en caso de haber este tipo de ser-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 10-5.
Preferencias sobre la fuente de ayuda para la limpieza y preparación de comidas en caso de necesitarlos y si existieran servicios comunitarios

Fuente de ayuda para la limpieza y preparación de las comidas	Santiago (%)	Buenos Aires (%)	Montevideo (%)
Porcentaje que aceptaría recibir servicios del sector privado (pagando del bolsillo)	23,2	42,6	34,0
Porcentaje que aceptaría recibir servicios del sector público (pagado por el Estado)	49,3	49,7	57,7

vicios comunitarios. Para interpretar bien estos datos es preciso tener en cuenta que actualmente estos servicios son muy escasos y sólo están al alcance de personas con ingresos muy elevados. Por lo tanto, las personas expresan preferencias sobre servicios que no conocen suficientemente y de los cuales no tienen experiencia directa. No obstante, la preferencia por los servicios públicos (a cargo del Estado) es mayor que la preferencia por los servicios privados, aunque en Buenos Aires la diferencia no es grande.

El desconocimiento sobre los servicios comunitarios de apoyo que se ofrecen localmente a las personas mayores es muy elevado. Estos servicios no son conocidos por el 90% de los mayores chilenos encuestados, el 85% de los uruguayos y el 83% de los argentinos.

Conclusión

Los servicios de salud se usan primordialmente para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Los servicios preventivos, tales como la atención a las deficiencias de los órganos sensoriales y los servicios de rehabilitación siguen siendo escasos. Aun así, se ha logrado satisfacer gran parte de la demanda de actividades para la detección precoz del cáncer y de la vacunación contra la gripe.

"Usted es tan joven como su fe, tan viejo como sus dudas; tan joven como su confianza en sí mismo, tan viejo como sus temores; tan joven como su esperanza, tan viejo como su desesperación."

Douglas McArthur

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Los sistemas de seguros privados penalizan a los mayores y a los enfermos. Debido a ello, las personas de edad avanzada se concentran en los servicios públicos. También es elevada la proporción de personas sin ningún tipo de cobertura en Buenos Aires y Santiago.

Se utilizan muy poco los servicios comunitarios. Menos de un 5% de los encuestados dicen haber recibido algún apoyo de organismos comunitarios, y de estas personas, casi todas dicen haber recibido suplementos para la nutrición. Como se explica también en el capítulo sobre la oferta, los servicios sociales comunitarios no están al alcance de la mayoría de la población, dado su alto costo. En cuanto a las fuentes de servicios sociales, las personas mayores prefieren los servicios públicos, aunque muchas personas estarían dispuestas a pagar servicios privados si éstos existieran y ellas los necesitaran. Los miembros de la familia, y sobre todo los de sexo femenino, siguen siendo la principal fuente de servicios y la más aceptada.

La solución institucional no tiene mucha aceptación. Las personas mayores no desean ir a viviendas tuteladas ni a residencias asistidas. Sin embargo, los cuidados familiares que se prestan cuando no hay apoyos institucionales tampoco pueden ser la solución a largo plazo. Esto fue expresado claramente por los cuidadores familiares y profesionales que participaron en los grupos de discusión.

A juzgar por los datos recogidos en la encuesta, la demanda y utilización de los servicios sociales y de salud son, en términos generales, poco conducentes al tipo de envejecimiento saludable y activo postulado como marco conceptual para este análisis, reflejando la necesidad de una intervención preventiva.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

SECCION III

Hacia una nueva cultura regional del envejecimiento

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Capítulo 11

PASOS HACIA UNA NUEVA CULTURA Y PRAXIS DEL ENVEJECIMIENTO

Tomás Engler, Martha Peláez

"La vejez —tal es el nombre que otros le dan— puede ser el tiempo de nuestra dicha."

Jorge Luis Borges, *El elogio de la sombra*

Los hallazgos de este estudio, enriquecidos por lecciones tomadas de la realidad regional y mundial, nos brindan una visión amplia de escenarios actuales y futuros posibles para la longevidad de los latinoamericanos y caribeños. Tanto la disposición y oferta social de los servicios y recursos como las percepciones y necesidades de las personas mayores, de sus interlocutores y de expertos de distintas partes del mundo, perfilan claramente oportunidades estratégicas[1] para incidir en el sentido mismo de la vida y en su calidad para las personas mayores más vulnerables de nuestras sociedades. Más importante aún, deja muy claro que, de no asegurarse la inclusión justa de las personas mayores marginadas en los procesos de desarrollo de nuestros países durante los primeros años del siglo XXI, lo que nos espera es una agudización de la carga social que acarrea un envejecimiento patológico con altos niveles de discapacidad, dependencia y mortalidad prematura, que aún estamos a tiempo de prevenir.

Se desprende de todo lo antedicho que los principales factores que obstaculizan un envejecimiento digno, activo, productivo y saludable son, hoy en día, la *cultura negativa de envejecimiento,* vigente en el hecho de que grandes grupos de la población que pasan sus años productivos en el sector informal no gozan de seguridad social; el fracaso de las reformas de la seguridad social en garantizar ingresos suficientes para la

[1] Véase el anexo 2: "Oportunidades estratégicas de envejecimiento activo y saludable".

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

subsistencia digna de sus cotizantes; y los riesgos de salud y seguridad que corren las personas mayores debido a estilos de vida insalubres y deficiencias físicas de su entorno en el medio doméstico, urbano o rural. Estos problemas se ven agravados, además, por la debilidad de las políticas de inclusión social y la rigidez de los costos laborales (carga social).

Las necesidades y demandas asociadas a un envejecimiento pasivo y patológico, a la pobreza y a la mala calidad y baja cobertura de los servicios —a la luz del crecimiento anticipado de la población mayor— constituyen una amenaza importante para los objetivos de desarrollo de la región si no se introducen políticas y acciones preventivas eficaces en un plazo perentorio. En los países más avanzados en su evolución demográfica se han demostrado los beneficios sociales y económicos que representan para las personas mayores el mejoramiento de su estado físico y mental, una mayor seguridad y estabilidad económica, el aprendizaje permanente, la participación en la vida comunitaria y el acceso a actividades recreativas. Y en esas mismas sociedades se ha demostrado el valor y la viabilidad de los seguros de dependencia y la costo-efectividad de los servicios diurnos comunitarios y de apoyo domiciliario y familiar para la minoría dependiente que no puede desenvolverse diariamente sin ayuda. Ya hemos visto en los primeros dos capítulos que este tipo de enfoque, aun a edades avanzadas, puede retrasar la discapacidad y "comprimir" las enfermedades graves a períodos cortos próximos al final de la vida, de modo que las personas mayores pueden hacer aportes mejores y más sostenidos a la sociedad, tanto en la producción como en el consumo de bienes y servicios. La ventaja de este enfoque, cabe reiterar, radica en su carácter integral, puesto que comprende acciones en los campos de la seguridad económica, empleo y jubilación, vivienda, transporte, educación, cultura, deportes, recreación, asistencia social, servicios de salud, salud ocupacional y participación ciudadana.

Cabe advertir, sin embargo, que no se puede simplemente proyectar esta perspectiva a la realidad de ningún país latinoamericano ni caribeño en particular. Aprovechar las posibilidades que nos marcan las experiencias del hemisferio norte implica considerar de manera equilibrada algunos hechos fundamentales que condicionan los resultados que podrían alcanzarse, aun en presencia de procesos de envejecimiento mejores que los históricamente observados hasta ahora en América Latina y el Caribe. Se destacan entre ellos: a) el impacto de la longevidad inadecuadamente atendida que data desde la primera mitad del siglo XX (cuando se aceleró el envejecimiento de la población) en Argentina y Uruguay y desde época más reciente en Cuba, Costa Rica, Panamá y el sur del Brasil, y que apenas empieza en Chile y la mayoría de los países de la región; b) la disponibilidad decreciente de cuidadores(as) potenciales de las personas mayores dependientes en virtud de la reducción progresiva de la red de apoyo fa-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

miliar asociada a la caída de la fecundidad; c) la lentitud de los avances hacia la cobertura universal y suficiencia de las pensiones y la deficiencia persistente de los servicios preventivos y asistenciales requeridos por los ciudadanos mayores, aun en momentos de crecimiento económico; d) la carga de enfermedad y discapacidad que ya trae la población que hoy tiene más de 60 años como consecuencia de sus antecedentes epidemiológicos y personales; y e) los niveles elevados de pobreza y analfabetismo en estas personas mayores, así como el peso del sedentarismo y de una alimentación, estilos de vida y otros comportamientos que son incompatibles con las metas de bienestar y salud cuya universalización se propone aquí.

Una perspectiva de cambio

A fin de aprovechar la oportunidad que se nos presenta y superar los factores condicionantes y obstáculos descritos, se requieren cambios: i) en las creencias culturales vigentes en torno al envejecimiento; ii) en los mecanismos de seguridad económica y protección social que afectan a la calidad de vida de los adultos mayores; iii) en la oferta de los servicios pertinentes; y iv) en las relaciones intergeneracionales familiares y sociales. Al abordar aquí propuestas de cambio en cada una de estas esferas, es preciso confrontar la posibilidad teórica con la realidad empírica, con miras a postular acciones y metas alcanzables en el medio latinoamericano y caribeño que respondan a las oportunidades estratégicas identificadas por los expertos que participaron en las consultas que formaron parte del presente estudio. Sin embargo, no basta con proponer metas. También es necesario definir medidas y mecanismos para alcanzarlas, precisando la manera de superar los obstáculos identificados y de asegurar su aceptación e internalización por una masa crítica de personas de todas las edades. En aras de continuar creciendo como sociedades justas, solidarias y democráticas, nos permitimos someter a consideración de la comunidad latinoamericana y caribeña y de sus dirigentes políticos y adultos mayores, un conjunto de posibles metas y líneas de acción, así como algunas ideas para llevarlas a la práctica y medir su impacto.

Se trata de visualizar y caracterizar escenarios que fomenten el envejecimiento exitoso a nivel individual. Partimos de la premisa de que se puede, aun en el contexto latinoamericano y caribeño descrito: a) aplicar acciones preventivas sencillas y concretas para comprender mejor la discapacidad, las enfermedades y los costos asociados; b) aprovechar los "secretos de la longevidad"; c) superar la pobreza mediante inversiones bien focalizadas, apropiadas y sustentables orientadas al desarrollo humano y a la generación de ingresos para los grupos más necesitados; d) producir retornos efectivos en capital social y material mediante el protagonismo social y laboral

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

de las personas mayores; y e) lograr que la vida de personas de esta generación y de las generaciones venideras termine con dignidad. Por un lado, los grupos que se han de beneficiar de estas propuestas no son solamente los que ya pasaron los 60 años de edad: también se beneficiarán los niños, los jóvenes y otros adultos que entrarán a la madurez y la vejez con otro perfil educativo, con otras expectativas, capacidades y posibilidades, es decir, las personas que tendrían que aportar más para llegar a ese nuevo nivel de bienestar. Al mismo tiempo, tal como se demostró en el capítulo 2, es tangible el valor de las inversiones y los esfuerzos racionales encaminados a optimizar el bienestar de las personas que hoy son mayores, independientemente de su edad y conforme a sus posibilidades y circunstancias. De allí la importancia de introducir políticas integrales aplicables a todas las etapas del ciclo vital.

Justificación de inversiones

Es importante reconocer, antes de proseguir, que la justificación de las modestas inversiones requeridas para mejorar las oportunidades de las personas mayores más necesitadas responde no solamente a la posibilidad de obtener retornos sociales y económicos importantes en términos de capital humano y social (sobre la suma de las inversiones hechas a lo largo de la vida en el desarrollo y mantenimiento personal de cada ser humano, su familia y su comunidad), sino también a la contribución que harían al desarrollo de la región las formas aquí propuestas de vivir y envejecer. Se trata de inversiones eminentemente preventivas que son rentables a cualquiera edad y que deben iniciarse muy temprano y mantenerse a lo largo de la vida. Este enfoque integral, debido a su clara incidencia en el potencial productivo de cada persona durante su juventud, madurez y vejez, puede generar beneficios sociales y económicos sin precedentes. Visto así, los adultos mayores actuales y futuros "*más valdrán por viejos*".

Como ya hemos visto en capítulos anteriores, se puede argumentar que esas inversiones se justifican aun en momentos críticos de escasez de recursos en virtud de: a) su contribución al crecimiento económico y al consumo de bienes y servicios que conlleva la mayor longevidad de los habitantes de un país; b) el aporte real y potencial de las personas mayores como productores de una parte de esos bienes y servicios; c) los aportes tangibles y medibles de la población adulta mayor a la familia y a la sociedad en su conjunto, que en las poblaciones aquí estudiadas resultaron ser cuantiosos; y d) su potencial para racionalizar y reducir a corto y mediano plazo la carga financiera de la dependencia física y mental, es decir, los costos de hospitalización, la asistencia social por discapacidades prevenibles, entre otras.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Figura 11-1. Imagen objetivo y líneas de trabajo del envejecimiento exitoso

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Planes y metas para un envejecimiento exitoso

Así, cobran sentido planes y procesos nacionales y locales con metas críticas de cambio para un envejecimiento exitoso. En la figura 11-1 se propone una imagen objetivo con líneas de trabajo, cuya adopción independiente o en bloque le permitiría a cada país avanzar en el proceso de cambio antes descrito. Para ello se sugieren en las páginas siguientes acciones y metas específicas que pueden ser útiles al diseñar programas nacionales y que han sido pensadas en función de horizontes de 5 a 10 años en los países con poblaciones más envejecidas y de 10 a 20 años en los que tienen poblaciones más jóvenes.

Cambio de cultura e imagen del envejecimiento

Una cultura de respeto, equidad y solidaridad entre las distintas generaciones debe reflejarse en la opinión pública, en las políticas de Estado, en los medios de comunicación y en el acceso efectivo de las personas mayores a los bienes y servicios que requieran para su bienestar. Entre los elementos indispensables de esa cultura figuran la dignidad, la vitalidad, la prevención, la participación, la disposición permanente de aprender, el respeto y la solidaridad intergeneracional. Para saber cuán cerca estamos de un cambio cultural de esta índole, nos podemos valer de una serie de indicadores que reflejan el valor que la sociedad otorga a la dignidad y al respeto de las personas mayores y a sus derechos, así como a la solidaridad entre grupos de distintas edades.

"En la visión poco imaginativa que hoy pasa por conocimiento común, las personas mayores son vistas como una carga social. La carga verdadera, no obstante, no son las personas mayores, sino las ideas anticuadas que tenemos muchos sobre ellas."

Julia Tavares Alvarez

ACCION: Inducir una *nueva cultura del envejecimiento*, sustituyendo la *imagen negativa* dominante por una *imagen positiva* del envejecimiento como período activo, creativo, productivo, participativo y digno de respeto y apoyo solidario.

Para llevar a la práctica un proceso tan complejo como la sensibilización social y reorientación de una cultura, sobre todo cuando está tan arraigada, hace falta buscar sinergias en los beneficios percibidos de cambiar actitudes relacionadas con las formas y estilos de vida. El presente estudio nos confirma que, en esta nueva "cultura" del envejecimiento, los "secretos" de la longevidad (capítulo 2) desem-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

METAS E INDICADORES SUGERIDOS

- **Imagen positiva y de vejez activa aceptada por la mayoría de la población.**
- **En medios de comunicación, ausencia de imágenes negativas, presencia sustantiva de imágenes positivas de mayores, promoción del envejecimiento activo.**
- **Existencia de protección legal adecuada contra la discriminación por edad, el abuso y la negligencia de personas mayores.**
- **Reducción de prácticas discriminatorias por edad en la mayoría de las empresas particulares e instituciones públicas.**
- **Módulos con esta orientación en todo el sistema escolar y de formación profesional.**

peñarán un papel orientador de valores y prácticas. Estos "secretos" son: a) la disposición de vivir cada día a plenitud; b) la habilidad de manejar tensiones; c) el sentido del humor; d) la residencia en un entorno conocido; e) el apoyo de la familia y la comunidad; f) la fe y el optimismo; g) el trabajo duro y el ejercicio regular; h) una dieta sana, natural; e i) la moderación en todas las cosas. Como se hizo notar allí, la adopción de estas actitudes y prácticas por toda la sociedad no cuesta más que el empeño individual y colectivo.

El respeto a la *dignidad* de los adultos mayores, al igual que el respeto a cualquier ser humano, presupone el acceso a recursos, bienes y servicios que garanticen la satisfacción de sus necesidades básicas. Como imagen-objetivo, exige la aceptación social amplia del derecho de las personas mayores a disfrutar de una calidad de vida razonable, en el contexto de las interacciones e intercambios de apoyo entre las personas mayores, sus familias, comunidades, fuentes de empleo y servicios. Para ello, hace falta difundir y promover los derechos de los adultos mayores, tal como lo han venido haciendo las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud, el Parlamento Latinoamericano y una pluralidad de redes y organizaciones de adultos mayores en las Américas (v.g., Red Tiempos, Mesa de Trabajo de ONG de Adultos Mayores y Afines, HelpAge Internacional). Un eje central de este proceso es la información de toda la sociedad, comenzando por los dirigentes políticos, medios de comunicación, líderes comunitarios y otros con capacidad de influir en la opinión pública, y evitando "predicar a los conversos". Por esta vía cabe resaltar como valores culturales la *solidaridad* e *integración social* esenciales para mejorar las condiciones físicas y mentales, los estilos de vida y la autonomía física y socioeconómica de los mayores.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

La *vitalidad*, es decir, la *disposición de vivir activamente*, tiene mucho que ver con la motivación, energía creativa y productividad de los individuos. De hecho, las actividades que estimulan y cultivan a lo largo de la vida la creatividad personal y colectiva contribuyen al fomento de familias, comunidades y sociedades que aprecian la actividad física y mental a cualquiera edad. Jowers (1999), entre otros, ha demostrado en adultos de 40 a 79 años que los regímenes de ejercicio físico contribuyen a la independencia personal y son fuente de placer. Asimismo, el acceso a oportunidades de aprendizaje permanente a lo largo de la vida es esencial para conservar la actividad mental y la capacidad creativa. La vitalidad no se puede improvisar ni imponer, pero se puede estimular facilitando el acceso universal a actividades del tipo aquí descrito.

Otro eje de esta cultura renovada es la valoración de la *prevención*. En la medida en que consigamos internalizar actitudes previsivas, se favorecerá la acción preventiva (con beneficios futuros, aun cuando implique sacrificar placeres presentes) por encima de la solución de crisis, necesidades o deseos coyunturales (que confieren beneficios inmediatos o satisfacción instantánea). En los capítulos 5, 7 y 10 vimos ejemplos concretos de acciones preventivas que ayudarían a superar las dificultades que hoy enfrentan las personas mayores, y que la calidad de vida en la vejez depende mucho de la forma que vivimos y de las condiciones que nos rodean, incluso desde antes de nacer (v.g., vacunación, alimentación, tabaquismo, sedentarismo, manejo de tensiones, sentido del humor, controles médicos, sexualidad). Al mismo tiempo, es necesario incidir en las actitudes ya formadas de las personas mayores, cuyos comportamientos, sumados a los ambientes insalubres y de pobreza en que viven muchas de ellas, a sus antecedentes personales y a otros factores, nos imponen desafíos especiales. Esto no necesariamente implica que haya que emprender actividades distintas de las previstas para la población en su conjunto, pero sí que tales actividades deben ofrecerse con más intensidad a las personas mayores sin acceso a estos servicios.

La *participación* —es decir, la interacción entre el individuo y la sociedad— también es un valor cultural fundamental, tal como hemos visto en los capítulos anteriores. En el contexto de la democratización progresiva de la región, reviste especial importancia consolidar el reconocimiento por todas las generaciones del *derecho ciudadano del adulto mayor* a la *autonomía e independencia* en su vida personal y familiar, así como al *protagonismo* en la vida política, económica y social de su comunidad y país. Esto abarca su acceso al empleo y a la protección social.

Tal como se vio en el primer capítulo y corrobora la experiencia de las personas mayores encuestadas, también es preciso erradicar de la cultura popular del envejecimiento la noción de que las personas mayores no pueden aprender. Hay que sustituir este concepto por otro que valorice el *aprendizaje permanente* hasta el final de la vida

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

y que se traduzca en la creación o ampliación de oportunidades educativas para las personas mayores, con objeto de facilitar su participación y protagonismo ciudadano, laboral, sociocultural y político (v.g., alfabetización, capacitación técnica y profesional, cursos de liderazgo, entre otros).

La promoción y/o recuperación del *respeto* entre personas de distintas edades y condiciones constituye una tarea ineludible, por ser la base de un tejido social sólido y cohesivo. En este terreno han dado buenos resultados las actividades de convivencia (v.g., entre niños y adultos mayores, trabajadores jóvenes y jubilados), con discusiones francas sobre las percepciones de los participantes. Esta es otra área donde las técnicas de presión de grupo pueden ser útiles. El respeto mutuo y la cohesión familiar y comunitaria son precursores naturales y obligados de la *solidaridad e inclusión social justa*, siempre y cuando los distintos grupos entiendan bien sus necesidades compartidas e interdependencia. Cabe destacar que el potencial de la enseñanza escolar (v.g., la programación intergeneracional (Friedman, 1997) como eje de la promoción y el cultivo de la solidaridad entre generaciones depende de que los niños entiendan este concepto. Olson (1980) encontró en un grupo de niños norteamericanos que éstos valoraban ciertas características interpersonales positivas que aumentaban con la edad. Asimismo, Laney et al. (1999) confirmaron que niños de primero y segundo grado entendían el envejecimiento como un proceso de crecimiento continuo. No sólo consideraban a los adultos mayores miembros felices, activos y productivos de la sociedad e identificaban similitudes entre los jóvenes y los adultos mayores, sino que también percibían positivamente su propio futuro como adultos mayores.

¿Cómo inducir esta nueva perspectiva cultural del envejecimiento?

Sin pretender ofrecer aquí recetas mágicas para lograr los cambios descritos, resulta evidente que para que se produzca un cambio cultural fundamental, tanto la movilización y la comunicación social como un cambio de comportamiento individual y colectivo son ingredientes indispensables. Si bien es cierto que los cambios culturales no se consiguen por la vía legislativa, otro elemento esencial es la protección jurídica de los derechos de las personas mayores. Un tercer elemento consiste en los sistemas de educación formal e informal, y el cuarto está representado por los esquemas sociales vigentes de incentivos, es decir, de premios y castigos.

Sabemos que los procesos de innovación responden a líderes de opinión. Las técnicas publicitarias y de comunicación social han demostrado ser eficaces para la introducción de nuevos productos comerciales, servicios, programas y ciclos de cambio organizacional. En el campo de la modificación del comportamiento individual, fa-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

miliar y social (Elder et al., 1999), la literatura científica establece la importancia de: i) información confiable y asimilable para el aprendizaje; ii) destrezas de autocontrol, moderación y disciplina; iii) mecanismos aceptados de refuerzo positivo y negativo; iv) reducción de obstáculos externos e internos a los comportamientos deseados; v) personalización de la voluntad de cambiar; vi) acciones para lograr el cambio conductual; y vii) mantenimiento y conservación de la conducta modificada. En el caso que aquí nos ocupa, las conductas críticas que deben ser modificadas a nivel poblacional guardan relación con el trato a las personas mayores la actividad física, los hábitos alimentarios, las formas de reaccionar frente al estrés, el consumo de tabaco y el uso de medicamentos. Es importante reconocer las diferencias en la forma en que actúan determinados incentivos y factores de motivación en hombres y mujeres (Eaton et al., 1993).

Estas pretensiones conllevan, no obstante, un riesgo de menoscabar la autonomía de las personas a las que van dirigidas. De hecho, la contraposición de la libertad individual y del daño que ocasionan a las personas y sus semejantes ciertos comportamientos crea un dilema ético. No hay solución perfecta, pero la mejor es quizá informar bien a las personas, facilitándoles los cambios de comportamiento propuestos. Así, las personas bien informadas en cuanto a los distintos estilos de vida que pueden elegir, a las consecuencias de cada comportamiento riesgoso y a los beneficios de reducir su riesgo, estarían en mejores condiciones para tomar decisiones acertadas.

Todos estos elementos destacan cada vez más el amplio campo de acción que ofrecen nuestros sistemas educativos, de comunicación y presión social. Así, por ejemplo, para los niños y la juventud es tarea ineludible incluir contenidos visibles que destaquen esta orientación en los programas de enseñanza primaria, secundaria y superior. Los medios de comunicación masiva podrían ser mucho más proactivos y dirigir mensajes más elocuentes a la juventud y a las generaciones actuales de personas mayores. Una tarea importante es continuar el debate entre generaciones sobre las edades más adecuadas para entrar y salir de la fuerza laboral en el contexto de altos niveles de desempleo. Los productores y distribuidores comerciales y sus agentes publicitarios podrían aprovechar las grandes oportunidades que pierden cuando hacen caso omiso de las necesidades y preferencias de las personas mayores en el diseño y mercadeo de sus bienes y servicios. Dentro de las propias comunidades y núcleos familiares, ciertos grupos podrían aplicar con mayor eficacia la "presión entre pares". Los centros que hoy ofrecen oportunidades educativas para personas mayores pueden ampliar su cobertura y esfera de acción. En fin, existe un mundo de oportunidades desaprovechadas para estimular los valores y las conductas previamente señalados.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Para darle a todo esto una orientación práctica, será imprescindible identificar y preparar a personas que puedan, en calidad de líderes, propiciar el cambio y motivar a los demás, inculcándoles imágenes positivas del envejecimiento y de los cambios de comportamiento requeridos y explicitando los beneficios percibidos para los distintos grupos objetivo. No obstante, la aplicación de esta "tecnología del cambio" en este campo es un espacio poco recorrido que tendrá que nutrirse con la ponderación de los resultados alcanzados aprovechando técnicas de investigación del mercado.

La mujer mayor

ACCION: Corregir la situación de la mujer mayor, con atención especial a su seguridad económica e ingresos, oportunidades de empleo y acceso equitativo a bienes y servicios esenciales para la satisfacción de sus necesidades básicas e integración social.

La mayoría de las personas mayores son mujeres (v.g., 192 mujeres por cada 100 hombres en Santiago, 162 en Buenos Aires y 172 en Montevideo). De allí que la situación crítica que enfrenta hoy en día la mujer mayor no sea sólo un problema de género como tal. Su mayor supervivencia no se acompaña de ventajas ni de un mayor bienestar. Aun cuando más mujeres llegan a edades más avanzadas, éstas siguen sufriendo más enfermedad, discapacidad y pobreza que los hombres de su misma edad. Traen consigo, como ya hemos visto, la carga acumulativa del desgaste asociado a su papel reproductor y a su función como cuidadora de hijos, ancianos, nietos y otras personas dependientes en sus familias. Y esta carga no encuentra respuesta en los regímenes previsionales vigentes, pese a la participación creciente de la mujer en la fuerza laboral formal. A pesar de su papel central en la familia, estas carencias hacen que las mujeres mayores, cuando ya no pueden ser útiles a los demás, sean extremadamente vulnerables al abandono, al maltrato y al abuso de sus familiares y de la comunidad.

METAS E INDICADORES SUGERIDOS

- **Reducción en un 50% de las mujeres mayores con necesidades básicas insatisfechas.**
- **Existencia de legislación y programas que garanticen su protección social adecuada.**
- **Reducción del abuso de la mujer mayor a la mitad de su nivel actual registrado.**

Así, para las mujeres mayores resultan prioritarios los siguientes elementos: a) la suficiencia y equiparación de pensiones y subsidios de vejez, invalidez y viudez; b) el acceso a la atención de salud primaria y especializada de carácter preventivo, curativo y rehabilitador; y c) el apoyo y la atención sociales que prevengan

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

en su hogar y entorno familiar situaciones de abandono o abuso físico, mental y económico. Todo esto tan complejo implica el acceso de las mujeres a las acciones y metas aquí propuestas, siendo su elemento motriz más crítico el de su propio protagonismo en la conducción, organización y movilización de políticas, programas y recursos locales y nacionales. El otro ingrediente, sin mayores preámbulos, es sólo el compromiso de cada uno de los sectores involucrados. Hacia esto apuntan los indicadores sugeridos, cuya aplicación conlleva un esfuerzo conjunto del Estado y de la sociedad civil para legislar mecanismos de protección, desarrollar y reforzar servicios de voluntariado y ofrecer subsidios focalizados.

Cambios en las estructuras socioeconómicas: seguridad económica

Se percibe como camino viable en esta línea de acción la profundización de las reformas previsionales iniciadas. Hace falta buscar equilibrios actuariales y operativos que reconozcan el valor contributivo potencial de la longevidad ganada, fomenten la solidaridad social, hagan más flexibles las edades de jubilación y elegibilidad para pensiones, y garanticen ingresos mínimos compatibles con la existencia digna y los derechos humanos de las personas mayores (más allá de meramente satisfacer sus necesidades mínimas o canastas básicas). Para ello será importante, entre otras cosas, sustituir los esquemas de jubilación basados en edades obligatorias máximas por esquemas basados apenas en edades mínimas (p. ej., mínimo de 65 años de edad) que sean iguales para hombres y mujeres. Asimismo, es preciso implantar, mediante emprendimientos intergeneracionales o de adultos mayores, esquemas paralelos de seguridad económica capaces de suplir las deficiencias de los regímenes formales, en consonancia con las necesidades, posibilidades y deseos de las personas mayores y sancionados por la sociedad en su conjunto. No obstante, esta división puede considerarse apenas como una etapa intermedia en el desarrollo de sistemas universales basados en el concepto de "ingresos ciudadanos" (Rofman R, comunicación personal) activados por la necesidad económica. Los sistemas de este tipo que ya existen en varios países contemplan la edad cronológica como disparador de los beneficios, pero es posible idear igualmente esquemas a cuyos beneficios se puede aspirar únicamente cuando se pierde la capacidad para generar ingresos, independientemente de la edad. Un buen ejemplo de este tipo de acuerdo social está dado por el

ACCION: Conformar esquemas que garanticen la seguridad económica de personas mayores carentes a través de la suficiencia, estabilidad y revalorización automática de sus ingresos.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Pacto de Toledo, firmado en 2001 en España entre las partes sindical, patronal y estatal. Este pacto apunta hacia un régimen universal de protección social en consonancia con las necesidades de las personas mayores y las posibilidades del Estado, los trabajadores contribuyentes y los cotizantes.

Seguridad económica de la población trabajadora carente del sector informal

La seguridad económica de las personas mayores que hoy se ven sumidas en la pobreza y que se mantienen activas o pasivas en el *ámbito informal* dependerá, por un lado, de las políticas de protección social (subsidios y pensiones no contributivas) por indigencia, pasividad laboral, discapacidad e invalidez. No obstante, ante la insuficiencia de los recursos públicos y la austeridad fiscal vigente en prácticamente todos los países de la región, resulta indispensable contar con otras soluciones menos dependientes del subsidio público y que contribuyan a una mayor equidad y progresividad en la distribución de la riqueza y cobertura de los mecanismos de protección social. A la vez, las comisiones y ganancias de las administradoras de fondos de pensiones de capitalización individual resultan onerosas para sus cotizantes (nominalmente 2,1% a 2,9% en Chile, 2,3 a 5,9% en Argentina y 1,9 a 2,4% en Uruguay). Representan más del 20% de las cotizaciones que hace cada afiliado y generan ganancias para estas empresas del orden del 10 al 32% de las cotizaciones cobradas. Esta situación contrasta con las comisiones de 0% e inclusive de valor negativo correspondientes a las "IRA", de 0,5 a 2,1% para las "401K" en los Estados Unidos y de 0,5% en Bolivia (Superintendencia de AFP, Gobierno de Chile, 2000; Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, 2001; Banco Central del Uruguay, 2001; Collich G., comunicación personal; Department of Labor, Pension and Welfare Benefits Administration, 1998; anónimo, 1999). En este contexto, cabe plantear: a) la generación proactiva de microempresas por personas mayores que les permitan a és-tas suplir sus necesidades básicas insatisfechas y vivir dignamente; b) la promoción y creación de cooperativas para fondos de retiro; c) la introducción de incentivos realmente capaces de reducir los niveles de evasión de los regímenes contributivos actuales y efectivamente aumentar su cobertura; d) ajustes de las comisiones de los fondos de capitalización que permitan incrementar sus beneficios directos; e) la inversión de una proporción definida de las ganancias de estos fondos en créditos para

> ACCION: Para las personas activas fuera del sistema formal, ampliar y reforzar esquemas focalizados de pensiones no-contributivas, e introducir en la escala necesaria sistemas complementarios de fomento, apoyo técnico y financiero de microemprendimientos y cooperativas.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

la creación y expansión de micro y pequeñas empresas rentables de grupos organizados de adultos mayores de bajos ingresos; y f) la asignación solidaria de otra proporción de dichas ganancias para sufragar la brecha actual entre las pensiones no contributivas y los requerimientos mínimos de una existencia decorosa (v.g., canasta básica de bienes y servicios para personas mayores elegibles y sus dependientes). Son escasas las experiencias con microempresas integradas y dirigidas por personas mayores, y, en términos generales, habría que alcanzar una escala mucho mayor a fin de resolver la insuficiencia de los ingresos de las personas mayores en los países estudiados. Al mismo tiempo, habría que suplantar la falsa noción difundida de que las personas mayores son sujetos de alto riesgo crediticio en general y para microempresas en particular, a la luz de experiencias concretas que ya han demostrado que los prestatarios de mayor edad cumplen mejor con sus pagos que la población en general.

Seguridad económica de la población trabajadora del sector formal

Como ya se ha visto en capítulos anteriores, para muchas de las personas activas con empleo formal, la posibilidad de continuar trabajando más allá de las edades actualmente vigentes para la jubilación constituye una necesidad, tanto para hombres como para mujeres. Aunque a simple vista aumentar la edad de la jubilación a más de 65 años de edad podría parecer una solución obvia, en la práctica esta medida resulta difícil desde el punto de vista político, ya que a ella se oponen los beneficiarios de los regímenes de jubilación prematura que existen en muchos países de la región. Estos grupos valoran poco las nuevas realidades, necesidades, posibilidades y capacidades de la fuerza laboral madura. Además, en algunos países un cambio de este tipo también implica eliminar restricciones legales que impiden que personas pensionadas desempeñen trabajos remunerados. Más aún, tal como se ha indicado en capítulos anteriores, la generación y oferta limitadas de empleo en las Américas han creado una tensión entre las personas jóvenes y las de edad avanzada, a pesar de que dicha limitación se debe más a la falta de inversiones productivas y fuentes de empleo en la región que a la sustitución de la mano de obra de los mayores por la de la juventud, mito popular que Amartya Sen (2000), entre otros expertos, ha puesto en tela de juicio. En este contexto, las opciones viables, entre ellas las que propone la Comunidad Europea (ca-

ACCION: Diseñar e implantar políticas de empleo y jubilación que incentiven la permanencia y continuidad laboral más allá de los 65 años, con regímenes flexibles y voluntarios de retiro progresivo, integrados a programas de formación de trabajadores entrantes y de ocio activo para los salientes, sin discriminación por género.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

pítulo 2), consisten en modalidades voluntarias de jubilación progresiva a partir de los 65 años, vinculadas a la formación de personal joven de entrada y de media carrera.

Es fácil imaginar que poder contar con una pensión más alta cuando uno se retira del todo de la actividad económica remunerada, como producto de un período de cotización o contribución mayor, representa un enorme incentivo. Halagadora resulta también la posibilidad de seguir recibiendo un salario completo (o su equivalente, por ejemplo, sumando la remuneración por una jubilación de medio tiempo y media pensión) durante un tiempo más largo, sin tener que buscar trabajo en un mercado laboral que desalienta el empleo de personas mayores. No obstante, la resistencia que en tiempos recientes han mostrado las agrupaciones gremiales y sindicales, tanto en Europa como América Latina, pone de manifiesto el carácter delicado de propuestas de esta naturaleza desde el punto de vista político. Es preciso, por lo tanto: a) identificar, promover e incorporar beneficios e incentivos claramente valorados tanto por los trabajadores jóvenes y de edad avanzada como por los empleadores (por ejemplo, mayores ingresos a mediano y largo plazo, acompañados de algunos servicios bien valorados a un plazo más corto, como podrían ser los viajes de turismo interno o el acceso al crédito, que se podrían financiar con los intereses o utilidades generados por las cotizaciones adicionales); y b) propiciar y financiar inversiones en forma de microempresas y pequeñas empresas conducentes al empleo de personas de cualquier generación. Podría haber otros alicientes, como descuentos sobre los impuestos personales y empresariales, o el acceso preferencial al crédito particular o corporativo. Para los empleadores, también es halagador poder contar con trabajadores con más experiencia durante más tiempo a un costo más razonable y poder hacerlos participar activamente en la formación de trabajadores más jóvenes mediante procesos de jubilación progresiva. Resulta igualmente importante ampliar las facilidades de crédito para microempresas y cooperativas del tipo descrito. Para el fisco, constituye un argumento poderoso el poder reducir o contener el costo no contributivo de las pensiones.

> ACCION: Para las personas vinculadas a la economía formal, introducir sistemas de pensiones contributivas actuarialmente adecuados a la longevidad real, capacidad funcional, productividad y dependencia efectiva de adultos mayores vinculados al empleo formal.

Las pensiones a las que darían lugar las políticas de jubilación tardía exigirían, a su vez, ajustes actuariales a nuevas pautas de productividad basados en cálculos realistas de longevidad, capacidad funcional y autonomía. Es decir, exigirían nuevos equilibrios actuariales teniendo en cuenta la participación real de la población mayor en actividades productivas y la prolongación consecuente de sus cotizaciones. Estas me-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

METAS E INDICADORES SUGERIDOS

- **Reducir en 50% el número de personas mayores con necesidades básicas insatisfechas.**
- **Pensiones mínimas contributivas y no contributivas superiores al costo de la canasta básica y con indexación automática.**
- **Existencia y crecimiento de programas de microempresas y cooperativas para personas mayores del sector informal.**
- **Mayoría de empresas públicas y privadas con esquemas de jubilación flexible y progresiva.**
- **Existencia y aplicación de nuevas tablas actuariales de pensiones ajustadas a longevidad y potencial productivo real.**

didas tendrán mayor impacto si se ajustan las pensiones contributivas y no contributivas con base en índices de costo de vida y de esperanza de vida al nacer (Schwartz A., comunicación personal) y después de los 60 años de edad (EV_{60+}). También es conveniente que todos estos esquemas contemplen salvaguardas contra el abuso económico de los mayores en función de su capacidad financiera (Schwartz A., comunicación personal). Para lograr todo esto, resulta igualmente importante eliminar las barreras al empleo y a la retención de personas mayores, conforme a los niveles de desocupación y demanda de empleo en cada país.

Una vida productiva prolongada conlleva la necesidad de promover y facilitar condiciones de trabajo que optimicen la productividad del trabajador mayor, reduciendo a un mínimo sus riesgos físicos y sicológicos, con atención especial a las necesidades de las mujeres mayores que trabajan.

PROPOSITO: Promover la longevidad saludable, comprimiendo la morbilidad y discapacidad hasta el final de la vida y postergando la mortalidad mediante mejoras marcadas en el acceso de las personas mayores más carentes a los servicios preventivos y asistenciales de los diversos sectores que inciden en su esperanza y calidad de vida.

Cambios en la oferta de servicios para la longevidad saludable y exitosa

Merece seria consideración la introducción a corto y mediano plazo de medidas sencillas y rentables, integrales y coordinadas, que permitan prevenir las enfermedades y lesiones, así como la discapacidad y dependencia resultantes, o retrasar su inicio hasta el período

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

más cercano a la muerte. Para ello hará falta contar con el concurso de los sectores de desarrollo urbano y vivienda, transporte, educación, cultura, deporte y salud, así como de los gobiernos locales y de la sociedad civil organizada de adultos mayores.

Ambientes accesibles y seguros

En el campo del desarrollo urbano y de la vivienda, se perfilan cuatro líneas de acción: a) incorporar criterios de accesibilidad y seguridad en la planificación y diseño, construcción y adquisición de espacios urbanos y vías de circulación, medios de transporte y viviendas; b) garantizar la accesibilidad y la seguridad de las viviendas para personas mayores carentes mediante la reparación, eliminación de obstáculos y riesgos, dotación de iluminación y provisión de ayudas funcionales y de otros medios que faciliten la movilidad y prevención de caídas; c) adaptar los espacios públicos, las vías y los controles de la circulación y medios de transporte por conducto de dispositivos que garanticen el acceso general y seguro a ellos (v.g., rampas, barandales, aceras anchas, semáforos programados y con señales auditivas, iluminación, visibilidad, vigilancia); y d) disponer de facilidades residenciales adecuadas para personas mayores gravemente discapacitadas que no pueden ser atendidas por sus familiares y planificadas en función de la prevalencia de discapacidad y situación familiar o del hogar. En materia de accesibilidad segura han recibido reconocimiento internacional las iniciativas promovidas en Uruguay por Alvarez et al. (1998) y en Brasil por Lerner (Paraná), Wright (2001) y otros, y que demuestran la factibilidad práctica de introducir medidas como las aquí propuestas, esenciales para vencer el temor que tiene un segmento importante de la población mayor a salir de su casa. La literatura describe ampliamente estos medios, por lo que no nos detendremos aquí en ellos.

> ACCIÓN: Adecuar viviendas, ambientes, transporte, espacios urbanos y rurales a principios de diseño universal que permitan y faciliten la movilidad, seguridad física, prevención de caídas y otras lesiones, particularmente de personas con limitaciones funcionales. Mejorar la seguridad ciudadana y protección de personas mayores.

Aun cuando en América Latina y el Caribe y en las tres ciudades estudiadas los adultos mayores tienden a ser los propietarios de sus viviendas, con el tiempo muchos enfrentan dificultades físicas y económicas que les impiden mantenerlas y desplazarse de manera segura dentro de ellas (debido a la falta de barandales y otros dispositivos de apoyo físico, a huecos en el piso, a muebles muy bajos o dañados, falta de calentadores). Estas personas tienen a su alcance muy pocos servicios de mantenimiento y apoyo doméstico. Y las personas mayores que pierden su capacidad funcional física

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

(v.g., por artritis, derrames, enfermedades del corazón) o mental (v.g., demencia de Alzheimer) para realizar las actividades básicas de la vida diaria, a menudo llegan a necesitar un entorno y un nivel de atención que sus familiares y amistades no están en condiciones de ofrecer. Esto se traduce, especialmente en el caso de la mujer, en una demanda de servicios de apoyo en el hogar o de viviendas acondicionadas para atender a estas necesidades.

La región enfrenta un déficit de servicios de atención domiciliaria, centros diurnos y establecimientos residenciales para personas mayores. Además, una proporción elevada de los servicios existentes no cumple condiciones mínimas de calidad ni de seguridad. Ante esta situación, conviene contemplar opciones de cooperativas u organizaciones de ayuda mutua que tengan actividades diarias y mantenimiento, viviendas tuteladas y esquemas de acogida familiar, y la reconversión de residencias de ancianos a "comunidades de personas mayores"[2]. Independientemente de su ubicación dentro o fuera del medio natural de sus residentes, estas modalidades para la atención de las necesidades diarias de las personas mayores con distintos grados de funcionalidad (válidas, semiválidas, inválidas) permiten lograr economías de escala y niveles de calidad y eficiencia a menudo difíciles de obtener por otros medios. Las modalidades residenciales ofrecen oportunidades que pueden atraer la inversión privada, al voluntariado y a los gobiernos locales.

También es poca la experiencia que se tiene con poblaciones de bajos ingresos en el campo de las comunidades residenciales, pero es posible concebir ambientes de convivencia donde se respete y se busque conservar y optimizar la capacidad funcional de cada residente mediante un trato digno. Si bien esta visión es muy distinta de la que se observa actualmente en los hogares geriátricos públicos y algunos de los privados, sí es posible avanzar hacia: a) la sensibilización y calificación del personal que provee atención directa; b) una mejor regulación de este tipo de servicios; y c) la provisión de estímulos y recursos públicos y privados para crear organizaciones voluntarias y pequeñas empresas de vecinos que ofrezcan servicios sencillos pero adecuados.

Vista así, la regulación de la calidad de los distintos servicios residenciales pasa a ser una necesidad urgente, dadas las deficiencias ya indicadas y ampliamente conocidas de estos establecimientos. Existen protocolos sencillos para mejorar progresivamente la calidad, como el Sistema RAF de Israel, que pueden ser fácilmente adaptados a las necesidades y realidades de cada país (v.g., la propuesta del Uruguay), siendo po-

[2] Conjuntos de viviendas individuales o compartidas para personas con autonomía funcional, con la posibilidad de acceder a ayuda para realizar actividades cotidianas a medida que se vaya necesitando.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

sible al mismo tiempo introducir incentivos basados, por ejemplo, en la difusión de información al público sobre el estado de los distintos establecimientos. En estos esfuerzos es importante que el Estado dé el ejemplo, adecuando primero sus propios servicios geriátricos antes de exigir el cumplimiento de normas a los proveedores privados. También puede funcionar como incentivo la gestión de créditos concesionales encaminados a atender a las inversiones necesarias para adecuar la calidad de la oferta privada y pública.

Aprendizaje permanente

En América Latina, la alfabetización y capacitación laboral cobran una importancia central como puntos de partida para la búsqueda de la verdadera autonomía de las personas mayores. A partir de las lecciones aprendidas en las universidades de la tercera edad (UTE) que existen en muchos países y de la demanda potencial identificada en el presente estudio, cabe plantear la constitución de agrupaciones similares, pero menos elitistas, para personas mayores de bajos ingresos, orientadas principalmente a mejorar su capacidad de subsistencia, superación económica y competitividad en el mercado laboral. Para ello se pueden aprovechar locales existentes tales como escuelas públicas en horarios ociosos, y, al igual que en las UTE, crear un contexto en el cual personas de todas las edades puedan ser tanto maestros como alumnos (pedagogía, andragogía, geragogía) (Huffington Center on Aging, 1999). No es difícil estimular a grupos de adultos mayores a organizarse en sus barrios o comunidades, ni identificar a personas mayores con habilidades que otros quieran aprender, y así generar a muy bajo costo *núcleos de aprendizaje y formación permanente.*

> ACCION: Promover y ampliar la oferta de oportunidades de aprendizaje permanente accesibles a adultos mayores de bajos ingresos, dando prioridad a su alfabetización y habilitación laboral y a los conocimientos y destrezas que requieren para satisfacer sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida.

Servicios de promoción y apoyo del ocio activo

Son esenciales para el envejecimiento saludable las *actividades recreativas,* particularmente las de *ocio activo.* Por su capacidad demostrada de fortalecer las redes sociales, reducir el aislamiento individual y estimular las habilidades físicas y mentales, es importante asegurar el acceso de las personas mayores con menos medios económicos a una diversidad de formas de ocupar su tiempo libre (v.g., deportes, baile, actividades

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

artísticas y culturales). Las actividades deportivas y de baile son de bajo costo, ya que requieren más que todo organización, y para ellas se pueden aprovechar instalaciones existentes y obtener con relativa facilidad implementos donados. Para acceder a las oportunidades culturales, eliminando las barreras económicas y de acceso físico identificadas en el presente estudio, es necesario realizar un trabajo participativo intenso encabezado por los propios adultos mayores, a fin de ampliar la disponibilidad de descuentos, transporte, presentaciones especiales y otras facilidades para grupos de personas mayores.

ACCION: Incrementar la oferta de actividades recreativas, deportivas, culturales y de voluntariado accesibles a las personas mayores de menores ingresos, contando para ello con su concurso activo en la concepción y generación de esas oportunidades.

Servicios sociosanitarios: promoción y prevención

En la primera parte de este capítulo se analizó la importancia de ciertos cambios de comportamiento para poder envejecer saludablemente. Asimismo, la realidad de las personas mayores en las tres ciudades estudiadas (capítulo 10) y la evidencia científica disponible destacan la importancia crítica de cultivar y mantener estilos de vida saludables desde la niñez y adolescencia si se ha de postergar la enfermedad y discapacidad en la vejez (Malbut-Shennan y Young, 1999; Leveille et al., 1999). También ha quedado claro el papel determinante que ejercen la educación formal y la información en torno a los estilos de vida saludables y la utilización de servicios preventivos y de detección temprana de las enfermedades más comunes en la vejez. Si bien se sabe que al sector de la salud le corresponde garantizar el acceso sin barreras a estos servicios, todavía cabe preguntarse: ¿Cómo se hace? ¿Cómo costear estos exámenes? ¿Cómo vencer la renuencia que tenemos las personas a hacer estas cosas? ¿Cómo llegar a las mujeres mayores solas y vulnerables? Sin ninguna pretensión de proponer aquí una panacea, hay elementos que pueden mejorar la situación actual y cuya viabilidad está dada, en primera instancia, por la reasignación de recursos asistenciales a actividades preventivas centradas en los equipos de atención primaria y de salud familiar, así como por su coordinación con los otros sectores ya nombrados.

ACCION: Intensificar los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades para las personas mayores, con atención especial a las mujeres mayores.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Es factible, por ejemplo, mejorar la cobertura de la población carente mediante actividades de este tipo si el personal de los hospitales dedica parte de su tiempo a campañas de información al público, detección precoz y otros servicios de atención primaria. Cuando se trate de grupos con seguros de salud, no faltan argumentos para convencer a los directivos de esas organizaciones de la rentabilidad de asumir los costos de acciones preventivas del tipo descrito, y lo que hace falta es más bien vencer la resistencia de los profesionales y del público a su aplicación práctica.

Al mismo tiempo, apoyar las acciones que vienen realizando en la comunidad las asociaciones de personas afectadas por un trastorno determinado, como los diabéticos y los hipertensos, y promover el voluntariado, son formas de facilitar el cumplimiento de metas de cobertura trazadas en el ámbito preventivo. Asimismo, la movilización de organizaciones de adultos mayores que gocen de un liderazgo adecuado y de la credibilidad y aceptación amplia de la comunidad permite ganar mucho terreno en este sentido. *La movilización social ha demostrado ser un instrumento fundamental para lograr el éxito en materia preventiva*. Ha habido logros de salud notables en distintos países atribuibles al liderazgo carismático cuyo ejemplo vale la pena imitar. Cabe mencionar entre ellos la erradicación de la poliomielitis en México, promovida por la Presidencia de la República, y la creación del Comité Nacional del Adulto Mayor en Chile, encabezado por la Primera Dama. Estos efectos pueden ser potenciados mediante incentivos concretos que están al alcance de nuestros sistemas de servicios sociales y de salud, como las campañas de detección en época de fiestas o carnavales o la entrega de enseres a las personas que se someten a un examen, aprovechando la experiencia comunitaria y de grupos cívicos en este sentido.

Actividad física

ACCION: Reducir el sedentarismo, promoviendo la actividad y el ejercicio físico riguroso regular de las personas mayores.

El beneficio de la *actividad física rigurosa* para la calidad de vida, la autonomía y la salud física y mental ha sido demostrado repetidamente. Los esfuerzos de instituciones sanitarias y deportivas, empresas y organizaciones no gubernamentales de países del norte nos ofrecen lecciones que resultan valiosas aun en el contexto de la carencia material que afecta a una gran parte de la población latinoamericana y caribeña y de la escasa voluntad imperante para reducir hábitos sedentarios encontrados en el presente estudio (capítulo 5).

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Entre éstas, la experiencia canadiense es fuente de algunas lecciones prácticas (Health Canada, 1999), entre las cuales cabe destacar: 1) que es *fundamental contabilizar* tanto la *actividad física laboral* como la *recreativa* (que se puede medir como gasto energético[3]); 2) que es importante el *trabajo como espacio de intervención*, dada su enorme influencia sobre el grado de actividad o sedentarismo de las personas —las personas que tienen mucha actividad física en su trabajo tienden a ser activas en sus ratos de ocio, mientras que las personas con trabajos sedentarios suelen ser poco activas en su tiempo libre— y la oportunidad que ofrece para rediseñar procesos que fomenten la actividad física (v.g., en Canadá encontraron que apenas el 20% de las personas caminaban 6 horas o más por semana en función de su trabajo); 3) que es posible, mediante esfuerzos importantes y sostenidos, *aumentar la población activa* (por lo menos en 15%) en períodos relativamente cortos (2 a 3 años), utilizando los beneficios de salud percibidos como factor motivador, y que se puede mantener una actividad física por lo menos moderada en una proporción bastante elevada (v.g., más de 40% de la población total y de 35% de las personas mayores: 20% y 15%, respectivamente, con actividad física intensa por más de 15 minutos 12 o más veces al mes); 4) que es importante *evitar y reducir la desistencia*, que suele ser tan grande como el incremento de actividad alcanzado (p. ej., según datos canadienses, un 4% de un grupo aumentó su actividad y un 15% comenzó a participar en actividades físicas, pero estos incrementos se vieron anulados por una reducción de la actividad en 4% y por el paso a la inactividad en 16%, a lo cual se suma que la mayoría de los canadienses que dijeron haber aumentado su actividad física aún se clasificaban como inactivos); 5) que las *personas de 40 a 59 años* de edad tienden a ser las *más receptivas* a la promoción de la actividad física, los hombres más que las mujeres, y las personas solteras o viudas más que las casadas; 6) que las personas muy activas tienden a *diversificar sus actividades* físicas; 7) que el *sedentarismo* aumenta con la edad y tiende a *estabilizarse después de los 35 años* para los hombres y a edades mayores en el caso de las mujeres; 8) que es frecuente la *tentación del sedentarismo* para personas "sin tiempo para ser activas" en el contexto de "economías de actividad" perversas (p. ej., en la serie canadiense, 18% de las personas inactivas aumentaron su actividad a niveles moderados y un 9% llegó a considerarse activo, pero un 43% de las personas con actividad moderada y un 27% de las activas pasaron a ser inactivas); y 9) que *caminar y la jardinería* son las formas de actividad física recreativa más populares.

Para aumentar la actividad física, sin embargo, también resulta fundamental prestar atención a algunos elementos condicionantes y prerrequisitos, a saber: a) un

[3] Activo: >3,0 kcal/kg/día; moderadamente activo: 1,5 a 2,9 kcal/kg/día; inactivo: <1,5 kcal/kg/día.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

estado nutricional adecuado para iniciar y mantener un ritmo elevado de actividad; b) el peso y la masa corporal (índice de masa corporal: kg/m^2)[4] y su efecto sobre la capacidad física; y c) la necesidad de ajustar la intensidad y frecuencia de la actividad física en presencia de enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas y otros factores de salud limitantes.

En la práctica no hacen falta grandes campañas nacionales, ya que se obtienen buenos resultados (a un costo simbólico) con la promoción de eventos y actividades sencillas en los barrios y centros laborales (como las ligas deportivas; campeonatos locales y actividades físicas organizadas; ejercicios aeróbicos en el trabajo; y las caminatas individuales, en pareja o comunitarias). La meta mínima sería, en todo caso, tener una actividad rigurosa regular, preferiblemente que agrade a quien la practique, durante no menos de media hora diaria, hasta transpirar. Para concretar este tipo de iniciativa a una escala que tenga un impacto, solamente faltan la voluntad e influencia de una masa crítica de individuos, parejas o grupos en barrios, pueblos o ciudades, y formas adecuadas de difundir sus experiencias.

Alimentación y salud oral

En el contexto latinoamericano, las dietas deficientes suelen asociarse con patrones culturales y problemas dentales, especialmente la falta de piezas. De allí que las prioridades en este terreno deben orientarse a lograr: a) información y acceso a los alimentos propios de una dieta equilibrada conducente a un peso adecuado para la masa corporal (véase la nota 4 al pie de página) y a prevenir deficiencias de micronutrientes (vitaminas y minerales); y b) acceso a servicios odontológicos preventivos y a prótesis dentales que faciliten la masticación y buena digestión de los alimentos esenciales.

> ACCION: Orientar y facilitar el acceso de personas mayores carentes a alimentos nutricionalmente adecuados, a servicios para conservar su dentadura y a prótesis dentales, cuando sean necesarias para prevenir su desnutrición.

Si bien la educación nutricional ha venido ganando terreno, aún falta incrementarla y mejorarla procurando capacitar mejor al personal del campo de la salud familiar en materia de los requerimientos nutricionales de las personas mayores y la composición de los alimentos obtenibles localmente. Al mismo tiempo será impor-

[4] Bajo peso: <20,0 kg/m^2; peso aceptable: 20,0–24,9 kg/m^2; algún exceso: 25,0–27,0 kg/m^2; sobrepeso 27,1–29,9 kg/m^2; obesidad: >30,0 kg/m^2.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

tante, si se considera la elevada frecuencia de la pobreza en la población objetivo, reforzar los programas de alimentación (v.g., comedores, entrega de suplementos) mientras se adoptan medidas para aumentar de un modo directo sus niveles de ingresos.

En el campo de la salud oral, es necesario ampliar los servicios profilácticos, como la fluoracion del agua y la limpieza de la dentadura. Al mismo tiempo, las consecuencias nutricionales y los costos reales de la atención dental y médica de personas que están mal alimentadas por falta de una dentadura sana hacen que sea prioritario y urgente ampliar el acceso de las personas mayores carentes a prótesis y tratamientos dentales. Además, la restauración de la dentadura puede contrarrestar los efectos depresivos de la falta de dientes y su efecto adverso sobre la autoestima.

Tabaquismo

Aun cuando el consumo de tabaco encontrado en el presente estudio no es tan llamativo, sus efectos especialmente nocivos en los fumadores mayores hacen que aún sea importante su control. De hecho, la *reducción y prevención del tabaquismo* y del abuso de sustancias distintas del tabaco, tales como el alcohol y otras drogas, son elementos indispensables de cualquier proceso encaminado a mejorar la calidad de la vida durante los años ganados, y que surten su efecto mucho antes de llegar a la madurez. Los medios masivos de promoción y los desincentivos se conocen en el caso de la población en general, pero se sabe poco acerca de las formas de combatir el tabaquismo en las personas mayores, cuyas motivaciones podrían ser diferentes de las de los niños y jóvenes. Hay indicios anecdóticos de una asociación entre el abandono del hábito de fumar y la aparición de algunas enfermedades serias —por el llamado efecto del "susto"—, pero faltan pruebas científicas que permitan diseñar medidas eficaces. Por lo pronto, el logro de la meta depende de las iniciativas generales para promover la actividad física y reducir o eliminar el consumo de tabaco en los fumadores.

ACCION: Reducir el consumo de tabaco en personas mayores y evitar su inicio en personas jóvenes.

Prevención de caídas

En capítulos anteriores y al principio del capítulo actual vimos que la *prevención de las caídas* constituye una medida altamente costo-efectiva para prolongar la esperanza de vida saludable de las personas mayores de 80 años. En este sentido, la Academia Esta-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

dounidense de Cirujanos Ortopédicos ha recomendado algunas medidas cuyo valor práctico para prevenir caídas y lesiones ha sido demostrado. Entre ellas se encuentran: a) los exámenes de la vista y los controles médicos periódicos; b) el consumo de suficiente calcio y vitamina D; c) el ejercicio regular, particularmente de los músculos de las extremidades, que fortalece los huesos respectivos; d) la iluminación adecuada; e) la eliminación de riesgos en el hogar y la instalación de ayudas técnicas; f) el uso de calzado bien ajustado que no resbale; g) el cumplimiento de los regímenes de medicamentos y el conocimiento de sus efectos secundarios; y h) el descanso suficiente (Demko, 2000). A esta lista habría que agregarle las medidas para adecuar la accesibilidad y seguridad de los espacios públicos y particulares, ya descritas como metas del desarrollo urbano, así como del transporte y de la vivienda; la actividad física dirigida a aumentar la fuerza y resistencia musculares; la sustitución hormonal para mujeres menopáusicas; la supresión de toda medicación innecesaria en personas mayores, y la dosificación correcta en aquellos casos que en que sí se requiera.

ACCION: Prevenir caídas en personas mayores, adecuando la seguridad de los espacios públicos y la vivienda y evitando medicamentos que alteren su estado de alerta.

Prevención de complicaciones de enfermedades crónicas

Se puede reducir la incidencia de complicaciones de las enfermedades crónicas mediante la **detección temprana, el tratamiento oportuno y el control adecuado**. Para las poblaciones carentes, esto implica, como mínimo, que los equipos de atención primaria de los servicios públicos de salud han de incluir en su oferta de servicios los exámenes para la detección de las enfermedades crónicas más comunes en cada país y localidad, y reforzar sistemáticamente el control periódico de los enfermos a medida que que se vayan detectando. Un grupo coordinado de Canadá y Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force/AHCPR, 1998) ha recomendado los siguientes exámenes para las personas mayores de 60 años, por ser racionales y costo-efectivos: i) un examen médico y dental completo cada dos años, con medición de la presión arterial, la talla y el peso, examen de la vista y la audición, determinaciones de glicemia y parásitos intestinales; ii) una prueba anual para la detección de san-

ACCIÓN: Reducir la incidencia de complicaciones de enfermedades crónicas, mejorando la cobertura y calidad de la oferta de servicios de detección temprana y control sistemático de enfermos crónicos.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

gre en las heces; iii) para las mujeres, el control ginecológico por lo menos cada 2 años, con examen de las mamas, mamografía (bajo revisión) y Papanicolaou; iv) para los hombres, el examen clínico de próstata y, si los medios permiten, la medición del PSA cada 2 años; v) cada 5 años, la determinación de colesterol y la sigmoidoscopia; y vi) la vacunación contra el neumococo (una sola vez) y la influenza (cada año). Además, cabría considerar, conforme a la realidad nacional de cada país, medidas específicas para detectar la presencia de otras enfermedades y trastornos (v.g., tuberculosis, desnutrición, infección por VIH, enfermedad de Chagas, cánceres de vías digestivas y del hígado, cirrosis hepática).

Atención médica y social

Para la atención médica y social de las personas que lleguen a necesitarla, se debe lograr el acceso equitativo de las personas mayores a los distintos niveles de atención que puedan requerir, racionalizando y mejorando su utilización, cobertura y calidad, así como su regulación e integración. Sería importante, como parte de estos esfuerzos y con el concurso de la familia y el voluntariado comunitario, incentivar el desarrollo de servicios de teleasistencia, centros diurnos, y servicios domiciliarios y de apoyo para los familiares que atienden a la minoría dependiente, como modalidades que son costo-efectivas y que apuntan a la desinstitucionalización. Se ha demostrado la importancia de contar con cuidadores familiares calificados y de aprovechar la satisfacción que éstos sienten cuando asumen su tarea (Kayser, 1984), que es una nueva fuente de empleo y un espacio propicio para la creación de microempresas y pequeñas empresas de servicios. En el caso de los servicios de asistencia social (es decir, que brindan apoyo para que la familia acceda a recursos comunitarios, servicios de alimentación, y otros), es importante lograr su carácter integral, así como una buena coordinación entre los distintos prestadores. Entre los posibles incentivos cabe pensar en esquemas que hagan que para la familia sea más onerosa la internación "social" que la atención a domicilio u otras modalidades costo-efectivas. Nuevamente, la mayor presencia y vulnerabilidad de la mujer mayor hacen que su atención en este campo sea prioritaria. En algunos países se ha demostrado la posibilidad de viabilizar servicios para la minoría dependiente, financiados por los llamados "seguros de dependencia".

ACCION: Mejorar el acceso, calidad, y costo-efectividad de la oferta de servicios asistenciales sociales y de salud, para personas mayores enfermas y discapacitadas. Reorientar estos servicios hacia la optimización y conservación de su capacidad funcional.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Otros aspectos importantes en este sentido son *la promoción y el control del uso adecuado de los medicamentos*. El abuso de los medicamentos por los médicos se ha convertido en uno de los problemas que más afectan a los adultos mayores por dos razones: en primer lugar, en la vejez hay menos tolerancia a las dosis habituales; y, en segundo lugar, los pacientes mayores suelen consumir una mayor variedad de medicamentos. Esto aumenta la posibilidad de interacciones entre medicamentos incompatibles, no siempre conocidas por los médicos tratantes. Infelizmente, esta situación es demasiado común, tanto en países de América del Norte como de América Latina y el Caribe, y pone de manifiesto la necesidad de impartir a los profesionales de la salud mayores conocimientos básicos en torno al manejo de los medicamentos en pacientes geriátricos.

Entre otros aspectos importantes pero frecuentemente olvidados figuran: i) la terapia ocupacional, y ii) la disponibilidad de prótesis, órtesis, ayudas para facilitar la movilidad, y la manipulación para compensar y corregir las limitaciones de la capaci-

METAS E INDICADORES SUGERIDOS: LONGEVIDAD SALUDABLE Y OFERTA DE SERVICIOS

- **Aumentar en 5 años la esperanza de vida libre de discapacidad, y reducir la muerte prematura evitable a la mitad de sus niveles actuales.**
- **Duplicar la población mayor carente con acceso a viviendas, espacios públicos y transporte público, ayudas para facilitar la movilidad y reducir sus riesgos.**
- **Lograr que 50% de la población mayor carente tenga acceso a programas de aprendizaje permanente.**
- **Lograr que 50% de la población mayor carente tenga acceso a actividades culturales y deportivas.**
- **Reducir en 50% el sedentarismo, el consumo de tabaco, las caídas y las complicaciones de las enfermedades crónicas en personas mayores.**
- **Reorientar 80% de los servicios sociales y de salud hacia la recuperación y la conservación de una capacidad funcional óptima en personas mayores dependientes.**
- **Aumentar en 100% la oferta de centros diurnos, servicios de apoyo domiciliario y servicios de apoyo familiar.**
- **Reducir en 40% la demanda de servicios médicos de alta tecnología para adultos mayores.**
- **Instruir a 100% de los médicos en el uso correcto de medicamentos en pacientes geriátricos.**
- **Lograr que los aumentos presupuestarios guarden proporción con el porcentaje de personas mayores de 60 años y su tasa de crecimiento.**

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

dad funcional. En el primer caso, son muchas las experiencias favorables con asistentes de terapia ocupacional, las cuales han permitido, a muy bajo costo, extender la escala de los servicios de recuperación y conservación de la función. De manera análoga, la fabricación artesanal de órtesis, prótesis y ayudas técnicas con materiales locales de bajo costo también ha facilitado su empleo masivo.

Cambios en las relaciones familiares y sociales

El último conjunto de cambios propuestos se centra en la dinámica de la interacción de las personas mayores en la esfera familiar, comunitaria y social. Por un lado, para concretar la meta es preciso tomar medidas dirigidas al núcleo familiar (vinculadas mayormente a la oferta de servicios de asistencia social), mientras que por otro, abarca lo ya comentado en relación con la nueva cultura del envejecimiento. Hay que reconocer que las presiones de la urbanización, el desempleo y la pobreza han generado tensiones que ponen a prueba cada vez más la unidad familiar tradicional de nuestra cultura hispanoamericana. De allí que se debe fortalecer la cohesión del grupo familiar como producto e insumo a la vez. En términos prácticos, ello implica realizar un trabajo de campo concentrado en los problemas de las personas mayores que viven solas, así como aprovechar otros foros —reuniones de clubes de padres de familia, grupos religiosos, y demás— para trabajar proactivamente con la comunidad y la familia, fomentando la solidaridad entre generaciones, y multiplicando los efectos deseados mediante la incorporación de voluntarios de la comunidad, particularmente adultos mayores y sus familiares. Tanto los espacios comunitarios como el lugar de trabajo ofrecen oportunidades para promover y concretar lazos cohesivos y solidarios entre grupos generacionales diferentes.

ACCION: Fortalecer la solidaridad y cohesión intergeneracional, familiar y comunitaria.

Para acelerar el logro de las expectativas de inclusión, integración y participación social y política, fundamentadas en conceptos de ciudadanía, hace falta no sólo fomentar, sino también vigilar su cumplimiento. En este sentido, son cada vez más numerosas las organizaciones de adultos mayores en el mundo entero que se han mostrado eficaces. No obstante, es preciso fortalecer estas organizaciones y su base

ACCION: Potenciar la plena integración y participación ciudadana de los adultos mayores en la vida comunitaria y en las decisiones que los afectan.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

METAS E INDICADORES SUGERIDOS

- Lograr mejores relaciones con la familia y las amistades en 50% de las personas mayores.
- Participación de 50% de las personas mayores en asociaciones y actividades comunitarias.

asociativa, promoviendo la afiliación a ellas de personas mayores con miras a superar los niveles de participación observados actualmente, que son meramente simbólicos, y a facilitar la conformación por los mayores de una fuerza social y política importante.

¿Cómo planificar y poner en práctica todo esto, total o parcialmente?

La capacidad de internalizar estas metas en el diario quehacer del conglomerado social latinoamericano y caribeño dependerá fundamentalmente de cuatro áreas instrumentales, a saber: 1) la formación de personal; 2) la ampliación y asignación de recursos; 3) esquemas y mecanismos eficaces de coordinación y distribución de responsabilidades; y 4) la investigación aplicada orientada a formular y revisar políticas e intervenciones para cada línea de trabajo.

Recursos humanos

Para el *desarrollo de recursos humanos* que respondan a la situación de cada país, se debe comenzar con la incorporación de módulos de gerontología básica en los programas de formación de personal de salud y de disciplinas afines, tales como el trabajo social, la sociología, la sicología y la nutrición. En los *países con poblaciones más jóvenes*, las actividades de formación deberían centrarse en la creación de grupos de pro-

Recuadro 11-1

PERSONAL PRIORITARIO PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

- **Trabajadores sociales y sociólogos**
- **Comunicadores sociales y educadores**
- **Promotores de educación física**
- **Planificadores urbanos**
- **Enfermeras(os), médicos de familia y geriatras**
- **Sicólogos y sicoterapistas**
- **Terapistas físicos, ocupacionales y del lenguaje**
- **Técnicos de salud ocupacional**
- **Cuidadores familiares y profesionales**

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

fesionales con el liderazgo necesario para responder a la transición demográfica que ya comenzó en ese grupo de naciones. Para los *países en plena transición* (es decir, en situación intermedia), hace falta aumentar el número de profesionales dedicados al campo mediante becas de especialización en el extranjero para profesionales de la salud y del área social como los ya indicados, así como los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, generalistas de diferentes disciplinas sociales y de la salud, del desarrollo urbano, de la educación y otros campos, así como incluir contenidos pertinentes en cada una de las carreras profesionales afines. En los *países con poblaciones de edad más avanzada* en América Latina y el Caribe se recomendaría un enfoque más profundo encaminado a consolidar la capacidad y calidad de los centros de formación especializada para profesionales del área social y de la salud, y a extender los procesos de sensibilización y habilitación profesional específica a otras disciplinas, tales como arquitectura y urbanismo, ingeniería del transporte, administración pública, administración de empresas y de recursos humanos, economía, derecho, ingeniería y diseño industrial, diseño de modas y alta costura, turismo, publicidad y comunicación social.

La educación física es una disciplina hasta ahora poco vinculada con el tema del envejecimiento. No obstante, hace falta el liderazgo de los profesionales dedicados a ella para fomentar la actividad física, reducir el sedentarismo y prevenir las enfermedades cardiovasculares y la discapacidad.

Otra área clave es la formación de personal dedicado a cuidar a las personas mayores dependientes. Es necesario ampliar la capacitación de "cuidadores familiares" y, simultáneamente, extender la oferta de cursos para cuidadores profesionales. La capacidad de respuesta de los distintos países en este campo específico se verá condicionada por la disponibilidad de terapeutas ocupacionales profesionales y por las posibilidades de formar a asistentes de terapia ocupacional, tanto para que adiestren a cuidadores, como para que presten servicios directos a la fracción minoritaria de la población mayor que es dependiente.

Recursos financieros

No procede repetir aquí los lamentos frecuentes sobre la falta de recursos, sino más bien percatarse de la oportunidad de disponer de *nuevos recursos*, procedentes de diversas fuentes asociadas con propuestas surgidas del presente análisis, cuyo potencial para reducir la carga fiscal se ha explotado poco. Entre ellos cabe destacar: a) los ahorros previsibles si se intensifican las actividades preventivas y se racionalizan los servicios asistenciales; b) la perspectiva de generar seguros de dependencia con excedentes

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Recuadro 11-2

POSIBLES FUENTES DE FINANCIMENTO

- Ahorros por prevención
- Ahorros por racionalización de servicios asistenciales
- Seguros de dependencia
- Fondos de pensiones más solventes
- Comisiones administrativas de fondos privados de pensiones
- Aumento de dinero circulante, impuestos y cotizaciones por consumo de bienes y servicios asociados a una mayor longevidad

redistribuibles; c) la mayor solvencia de fondos de pensiones basados en edades de jubilación más tardías; d) las altas comisiones actualmente cobradas por los administradores privados de fondos de capitalización individual en algunos países; y e) el posible circulante adicional asociado al mayor consumo de bienes y servicios por poblaciones que viven más tiempo, así como su incidencia en los ingresos tributarios, fiscales y previsionales. No contamos aún con estimaciones precisas de la magnitud de estos recursos, pero a juzgar por los montos de base involucrados, han de ser cuantiosos.

Coordinación

La dispersión actual de los esfuerzos emprendidos demuestra de manera clara que hacen falta buenos esquemas para *coordinar y asignar la responsabilidad por los servicios y las acciones*. De ahí que sea esencial acompañar el establecimiento de las distintas metas con mecanismos de coordinación que tengan buena capacidad de convocatoria, apoyados por sistemas eficientes de distribución de responsabilidades y

Recuadro 11-3

FUNCIONES PRINCIPALES DEL COMITE NACIONAL DEL ADULTO MAYOR DE CHILE

- Difundir la política del adulto mayor, evaluarla y dar seguimiento a su cumplimiento.
- Apoyar y crear organizaciones de adultos mayores con la participación del Estado y del sector privado.
- Fomentar la investigación.
- Apoyar a comités regionales creados para asesorar a intendentes en la promoción e instauración de planes y programas para el adulto mayor.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

rendición de cuentas. En el medio latinoamericano, un excelente ejemplo es el ya citado Comité Nacional del Adulto Mayor de Chile, cuyo vínculo con la primera magistratura de ese país ha sido, a todas luces, un ingrediente importante de su indiscutible capacidad de convocatoria, y cuyas funciones principales se presentan en el recuadro 11-3.

La investigación aplicada

Para elegir intervenciones eficaces y para mejorar la eficacia y eficiencia de nuestros esfuerzos, resulta esencial acompañarlos de actividades bien orientadas de *investigación aplicada*. La novedad relativa del envejecimiento social en nuestro medio, más la escasez de recursos, nos obligan a ser muy creativos al diseñar y organizar acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. De ahí que resulte indispensable invertir en estudios sencillos y confiables que fundamenten la formulación de políticas y la elección de soluciones a los problemas que enfrentamos así como su adecuación en el tiempo. Como hemos visto en capítulos anteriores, entre los temas que nos falta conocer mejor para actuar con efectividad, eficacia y eficiencia se destacan los señalados en el recuadro 11-4.

Recuadro 11-4

PRIORIDADES DE INVESTIGACION APLICADA

- **Situación y posibilidades de la mujer mayor.**
- **Situación y posibilidades del trabajador mayor.**
- **Tablas actuariales de dependencia.**
- **Reducción de la evasión de las pensiones contributivas.**
- **Financiamiento de las pensiones no contributivas.**
- **Métodos para cambiar la imagen del envejecimiento.**
- **Desarrollo de métodos para cambiar el comportamiento preventivo colectivo.**
- **Explicación de la percepción negativa de salud en adultos mayores chilenos.**

Compromiso y convicción

Finalmente, no será posible llevar todas estas metas a la práctica sin nuestro creciente compromiso como Estados, organizaciones de la sociedad civil, organismos interna-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

cionales y personas mayores responsables de la agenda común que nos definen las metas aquí resumidas, particularmente para beneficio de las personas mayores más carentes, en aras de lograr una sociedad en la cual "más se vale por viejo".

Agenda de apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo

El Banco Interamericano de Desarrollo, en virtud del presente estudio y de las consultas que ha realizado, ha identificado prioridades (recuadro 11-5) que orientarán el

Recuadro 11-5

PRIORIDADES DEL BID PARA EL APOYO AL ENVEJECIMIENTO DIGNO, ACTIVO, PRODUCTIVO Y SALUDABLE

- *Promoción de la nueva cultura del envejecimiento,* por conducto de organizaciones de la sociedad civil integradas por adultos mayores, por los medios de comunicación social y por entidades públicas y privadas.
- *Promoción y fortalecimiento de redes y organizaciones de adultos mayores,* con especial atención a grupos marginados de los sistemas previsionales.
- *Asesoría y capacitación para formular, coordinar y viabilizar políticas, planes, programas y proyectos* para la acción pública y privada dirigida al envejecimiento digno, activo, productivo y saludable de los adultos mayores más vulnerables, para la sensibilización de la población escolar, la formación de personas mayores para el trabajo y su autocuidado, y para suplir el déficit de personal calificado en gerontología y de cuidadores.
- *Fortalecimiento de redes de protección social,* apoyando acciones focalizadas en la seguridad económica de los mayores más vulnerables, con atención especial a las mujeres.
- *Programas de seguridad y bienestar social,* centrados en el ajuste de las reformas en marcha, la cobertura previsional de mayores en el sector informal, el fomento de cooperativas y micro- y pequeñas empresas de grupos organizados de adultos mayores de bajos ingresos y la sustentabilidad de dichos sistemas.
- *Programas y proyectos multisectoriales* de desarrollo urbano y rural, transporte y vivienda que viabilicen el acceso seguro de los mayores a espacios urbanos y rurales, y a viviendas.
- *Programas de salud* de corte preventivo, complementarios a esfuerzos paralelos para reorientar el modelo de atención, y servicios diferenciados que mejoren la calidad y cobertura de atención dirigida a la conservación de autonomía y al uso de modalidades más costo-efectivas.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

uso de los recursos a su disposición para apoyar iniciativas en este campo presentadas por los países miembros, siguiendo los ciclos regulares de programación y diálogo de las Representaciones del Banco con la sociedad civil y las autoridades de la región.

Instantes

Si pudiera vivir nuevamente mi vida, en la próxima trataría de cometer más errores. No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más. Sería más tonto de lo que he sido, de hecho, tomaría muy pocas cosas con seriedad. Sería menos higiénico, correría más riesgos, haría más viajes, contemplaría más atardeceres, subiría más montañas, nadaría más ríos. Iría a más lugares donde nunca he ido, comería más helados y menos habas. Tendría más problemas reales y menos imaginarios. Yo fui una de esas personas que vivió sensata y prolíficamente cada minuto de su vida; claro que tuve momentos de alegría, pero si pudiera volver atrás, trataría de tener sólo buenos momentos. Por si no lo saben, de eso está hecha la vida, sólo de momentos; no te pierdas el ahora. Yo era uno de esos que no iba a ninguna parte sin un termómetro, una bolsa de agua caliente, un paraguas y un paracaídas. Si pudiera volver a vivir, viajaría más liviano. Si pudiera volver a vivir, comenzaría a andar descalzo a principios de la primavera y seguiría así hasta concluir el otoño. Daría más vueltas en calesita, contemplaría más amaneceres y jugaría con más niños, si tuviera otra vez la vida por delante. Pero ya ven, tengo 85 años y sé que me estoy muriendo.

Anónimo

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Alvarez, E., et al., 1998, *Curso básico sobre accesibilidad al medio físico,* 2.ª edición latinoamericana, Montevideo: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía de España.

Anónimo, "Dos países tienen comisiones más bajas que las AFP chilenas", *La Tercera*, Santiago, Chile, 1999 http://www.tercera.cl/diario/1999/12/02/t-02.39.3a.ECO.AFP.html.

Auer, P. y M. Fortuny, 2002, "Ageing of the labour force in OECD countries: economic and social consequences", ILO Employment Paper, International Labor Organization.

Banco Central del Uruguay, División de Control de AFAP, 2001, "Principales variables de AFAP", Montevideo: BCU.

Demko, D., 2000, "Falls cause 315.000 hip fractures annually", *Age Venture News Service* http://www.demko.com/cg990811.htm.

Department of Labor, Pension and Welfare Benefits Administration, 1998, "Study of 401(K) Plan Fees and Expenses", Washington, D.C.: DL.

Eaton, C. B., et al., 1993, "Predicting physical activity change in men and women in two New England communities", *Am J Prev Med* 9(4):309–319.

Elder, J. P., Ayala, G. X., Harris, S., 1999, "Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care", *Am J Prev Med* Nov; 17(4):275–284.

Friedman, B., 1997, "The integration of pro-active aging education into existing educational curricula", *J Gerontol Soc Work* 28(1-2):103–110.

Health Canada, 1999, "Physical activity of Canadians", *National Population Survey Highlights*, November(2):

Huffington Center on Aging, 1999, "Lifelong learning", http://www.hcoa.org/arts/lifelong_learning.htm.

Jowers, E. M., 1999, "Exercise adherence determinants in adults aged 40–79 years", tesis de doctorado, Austin: Universidad de Texas.

Kayser, L. L., 1984, "Women caregivers: stresses, coping mechanisms and the effectiveness of respite care", tesis de doctorado, Orono: Universidad de Maine.

Laney, J. D., Wimsatt, T. J., Moseley, P. A., 1999, "Children's ideas about aging before and after an integrated unit of instruction", *Educ Gerontol* 25(6):531–547.

Leveille, S. G., et al., 1999, "Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy", *Am J Epidemiol* 149(7):654–664.

Malbut-Shennan, K. y Young, A., 1999, "The physiology of physical performance and training in old age", *Coron Artery Dis* 10(1):37–42.

Olson, R. A., 1980, "Children's understanding and attitudes about aging", tesis de doctorado, Columbia, Misuri: Universidad de Misuri.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, 2001, "Argentina", *Bol Estad Mens*, www.safjp.gov.ar/docs/estc10.htm.

Superintendencia de AFP, Gobierno de Chile, 2001, "Estructura de comisiones del Fondo Tipo 1", www.safp.cl/infoafi.estcom_1.html.

U.S. Preventive Services Task Force /AHCPR, 1998, *Clinician's Handbook of Preventive Services,* 2nd edition, http://www.ahcpr.gov/clinic/ppiphand.htm.

Wright, C. L., 2001, *Facilitando el transporte para todos,* Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

ANEXOS

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Anexo 1-A

SITUACION DE LA OFERTA POR PAIS: ARGENTINA

Olga Solas, Sandra Arlette Pinzón, Juan Cabasés

La coordinación de la acción estatal y privada en el campo del envejecimiento resulta dispersa. Es poca la intervención actual del gobierno federal en el liderazgo del sector, y sus acciones se concentran en la atención de los jubilados del sistema formal a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), y de los adultos mayores indigentes a través de programas limitados de alimentación (UNIDOS, transitoriamente para el segmento poblacional antes de ASOMA, después de ser focalizado no por edad sino por la situación global de cada hogar, al margen de la presencia de personas mayores). A éstos se suma la formación de cuidadores domiciliarios por algunos gobiernos provinciales y municipales (v.g., Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Provincia de Córdoba).

Estructura del sector

El sector de salud argentino está organizado en tres grandes subsectores: el público, el de obras sociales y el privado. En el marco de la reforma estructural que atraviesa el país desde 1989, estos sectores han participado en llevar adelante transformaciones importantes en el sector de la salud:

- Desarrollo de hospitales de autogestión (mayor autonomía a los hospitales públicos).
- Redefinición de la atención primaria.
- Transformación y reconversión de las obras sociales, implantación del Plan Médico Obligatorio y reestructuración del INSSJyP.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

- Desregulación del subsector de obras sociales con el fin de introducir competencia en el sistema.
- Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) en reemplazo de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) como órgano regulador y contralor de los agentes del Seguro de Salud.

Los tres subsectores mencionados atienden a las necesidades de la población en consideración. Sin embargo, cada uno de ellos presenta características de cobertura y utilización que los diferencian fundamentalmente. El papel del subsector público se concentra en la coordinación de programas, la regulación del sistema y la provisión a sectores definidos de la población (carente y otros); el sector privado se dirige fundamentalmente a proveer asistencia a poblaciones de altos ingresos; mientras que el subsector de obras sociales, mediante el INSSJyP, desempeña un papel protagónico en el seno de la población económicamente activa ocupada.

La cobertura de salud de la población entre las obras sociales y el plan médico es difícil de estimar, dada la superposición de categorías y la doble cobertura existente. Según el censo de 1991, el 62,2% de la población nacional goza de algún tipo de cobertura social.[1] Se supone que la población que no cotiza en una obra social ni elige pagar un plan médico privado o mutual esté cubierta por los hospitales del subsector público, en los niveles nacional, provincial o municipal.

El subsector público se encarga de la promoción, prevención, regulación y fiscalización, y presta sus servicios por medio de sus hospitales y unidades asistenciales. Este subsector está descentralizado territorialmente; la mayor parte de la provisión pública es responsabilidad de las provincias. Sus beneficiarios reales son los sectores de menores ingresos y sin otra cobertura de salud. Su financiamiento proviene de las rentas generales fijadas en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales.

El subsector de obras sociales ofrece un seguro de salud obligatorio para trabajadores en relación de dependencia y sus familiares. Dichos seguros, que cubren a casi el 50% de la población, son de tipo nacional, provincial, empresarial o independiente, o son del INSSJyP. Su financiamiento proviene de aportes y contribuciones sobre la nómina salarial, coseguros y copagos (del tipo ticket moderador) y, en algunos casos, de prepagos.

[1] Este porcentaje, que varía según la zona geográfica, oscila entre un 80% en la Capital Federal y un 42% en la provincia de Jujuy.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

El subsector privado está constituido por empresas aseguradoras y empresas prestadoras. En algunos casos las empresas de medicina prepaga poseen centros de atención propios, y en otros establecen acuerdos con otros centros privados. Dentro del subsector existen también entidades sin fines de lucro, como algunos hospitales de comunidades nacionales cuyos beneficiarios son personas que optan por este tipo de seguro voluntariamente o que exigen atención médica privada. El subsector privado cubre al 7% de la población. Su financiamiento se logra básicamente por primas y copagos procedentes de personas y empresas afiliadas, agrupadas en la Cámara de Instituciones Médico Asistencial de la República Argentina y en la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga.

Una aproximación de la cobertura por subsector de la población adulta mayor se presenta en el cuadro 1-A-1, que muestra los datos de 1995 para la ciudad de Buenos Aires.

Algo más de la mitad de los 3,4 millones de jubilados y pensionados en el país (gráfica 9-1) es atendida en el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) del INSSJyP y, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, el porcentaje alcanza el 70%. Otra proporción importante de las personas mayores es atendida en otras obras sociales nacionales o provinciales (un 20% de los inscritos en el PAMI también se encuentran afiliados a otro plan mutual) y, aun hoy en día, un 18% de los adultos mayores en

Cuadro 1-A-1.
Tipo de cobertura de salud en la población de 60 años y más, Ciudad de Buenos Aires, 1995

Subsector	Población	%[a]
Obra social	1.668.365	55,1
Privado	554.103	18,3
Obra social y plan médico privado	151.394	5,0
Sin cobertura[b]	566.214	18,7
Se ignora	81.752	2,7

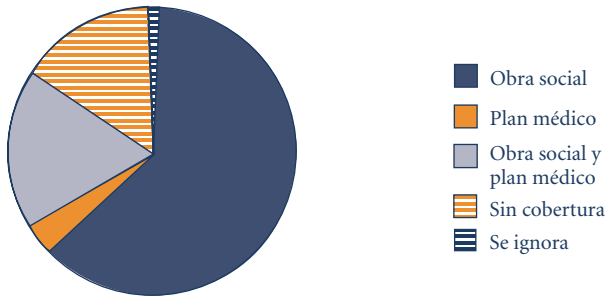
[a] Las estimaciones de la cobertura están calculadas sobre la base de una población total de adultos mayores de 3.027.886 en la Ciudad de Buenos Aires.

[b] Se consideraron sin cobertura las personas que indicaron no contar con afiliación a una obra social ni a un plan médico. Esta población estaría cubierta por el subsector público.

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud (1997) sobre la base del Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Encuesta Permanente de Hogares, Buenos Aires, 1995.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Gráfica 1-A-1. Población adulta mayor por tipo de cobertura de salud, Argentina, 1991



Fuente: Fundación ISALUD, elaborado según datos de INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Incluido en el informe "Estudio del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay", 1999.

Argentina carecen de cobertura de salud. Estos últimos son atendidos ya sea dentro del régimen previsional no contributivo administrado por el Ministerio de Desarrollo Social (MDS), o por establecimientos del sistema público federal, provincial o municipal (el sistema público atiende a casi la mitad de la población total del país). Este perfil de cobertura se debe, en buena medida, a las barreras ya descritas para acceder a los servicios del sector privado.

Para su población afiliada, el INSSJyP dispone de apenas US$58 anuales per cápita. En esta cifra se incluyen los gastos de las prestaciones de salud y también los de asistencia social, pero sólo US$36 se destinan a los afiliados de 60 años y más que reciben atención por conducto de otras obras sociales. Esta cifra representa, sin embargo, más de un 10% del gasto de salud del país y está canalizada a través del Programa Médico Obligatorio (PMO), que ofrece tres niveles de complejidad y descuentos en medicamentos a sus afiliados. En virtud de esta asignación exigua y otros problemas de orden geográfico, administrativo y económico, las prestaciones médicas han disminuido y se reclama una mejor gestión del sistema. Estas dificultades responden también a la crisis financiera por la que atraviesa el INSSJyP, la cual ha llevado al Estado Nacional a participar en la financiación del ente, asumiendo, por un lado, los pasivos acumulados de la institución y, por el otro, cubriendo las diferencias necesarias para asegurarle un ingreso mensual de alrededor de US$200 millones. Los recursos propios del INSSJyP provienen de retenciones obligatorias de los propios jubilados (3 a 6% de su haber previsional), de los trabajadores activos (3% de los haberes) y de los empleadores (0,17% a 0,59% de los haberes de los trabajadores).

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Entre los servicios prestados figuran las consultas de medicina general y distintas especialidades, las internaciones y exámenes complementarios, y otros servicios curativos y de rehabilitación que se contemplan en el PMO. La cobertura de medicamentos es por bandas de descuentos del 30 al 100%, con previsión especial para personas con dificultades económicas. En promedio, cada beneficiario del PAMI hace 4,4 consultas/año y de 3,9 a 4,3 análisis de laboratorio; alrededor de 11% de las personas de 60 años o mayores son internadas en el hospital.

El sector privado de servicios de salud en Argentina ha crecido en los últimos años. Pese a que este sector penaliza a las personas de mayor edad que tienen trastornos crónicos, un 11% de las personas de 60 años o más que fueron entrevistadas en la encuesta SABE de Buenos Aires han referido estar aseguradas por el sector privado con los sistemas de prepagas. Los capitales financieros multinacionales en el sector privado de seguros y de prestadores de salud han ingresado al mercado argentino ofreciendo, además, servicios de administración a las instituciones estatales y a los sindicatos. En Argentina las inversiones del *Exxel Group* son importantes en el mercado de seguros de personas con ingresos medios y medios bajos (Iriart et al., 2000).

Los planes de seguros privados varían en el monto de los coseguros que corresponden a ciertas prestaciones o a la cantidad de días de internación cubiertos. La puesta en vigencia del PMO obligó a nivelar las coberturas. Los que no estaban cubriendo riesgos de odontología, transplantes, oncología, kinesiología, psicología para personas internadas, y hemodiálisis tuvieron que incluir estas prestaciones en sus planes. En consecuencia, los planes correspondientes a la población adulta mayor no se diferencian de los demás en cuanto a las prestaciones cubiertas, pero sí en el precio de las mismas, ya que los precios de los planes aumentan con la edad del afiliado.

Los datos que existen en torno a la utilización de servicios en el sector privado son los de la encuesta SABE. Estos datos se presentan en el capítulo 10.

Atención social

En Argentina, los servicios sociales son muy variados y en años recientes se ha tratado por distintos medios de mejorar la eficiencia (unificación y focalización) y la disponibilidad de los más esenciales para beneficio de la población mayor de escasos recursos (v.g., vivienda, nutrición y ayuda domiciliaria). No obstante, hay factores que continúan limitando seriamente el desarrollo de estos servicios: a) la fragmentación, pluralidad y falta de coordinación de los prestadores; b) deficiencias en la gestión, regulación, control y calidad (planta física, calificación del personal, falta de rehabili-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 1-A-2.
Prestaciones sociales del Instituto Nacional de Seguro Social y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Prestación	Descripción
Subsidios	Cartera básica: Promedio = US$199 / subsidio Tasa de utilización = 6 / 1.000 afiliados con 30-90 días de espera Topes: mensual US$450 y máximo US$3.000: Discapacitados Necesidades básicas insatisfechas (NBI), cuidados personales Iniciación laboral, educación y rehabilitación Externación siquiátrica Atención social de urgencia. Subsidios. Proveeduría. Exención (50-100%) impuesto inmobiliario Buenos Aires (103.000 beneficiarios 100% y 16.000 beneficiarios 50%). Descuento en servicios: Gas (US$11 para 400.000 usuarios), electricidad (US$7,50 para 210.000 usuarios); agua (US$4 para 75.000 usuarios); teléfono (US$3,15 para 300.000 usuarios); transporte (gratuito en horario restringido, 40% en red de trenes urbanos, 10-20% en buses de mediana y larga distancia).
Servicio comunitario y capacitación	Redes de apoyo domiciliario: 5.975 casos por mes. Vivienda asistida, atención domiciliaria, acciones de apoyo en centros de salud, promoción de la salud y prevención, educación y estimulación física (gimnasia), actividades recreativas y culturales, actividades de integración social, atención al público. Capacitación de agentes INSSJyP, auxiliares gerontológicos, promotores de salud, líderes recreativos.
Promoción de salud	Actividades educativas y producción de materiales. Campañas y difusión a través de medios y centros de jubilados. Actividades de prevención para grupos en riesgo: controles de salud, diagnóstico precoz, control médico, rehabilitación.
Vivienda	Complejos habitacionales (624 viviendas para 903 familias con NBI, retención 10% del haber previsional). Vivienda en comodato (17 convenios): 5% de las unidades construidas por el Fondo Nacional de Vivienda (221 viviendas para 8.289 adultos mayores). Programa Convivir: grupos de convivencia de 3 o más miembros en viviendas adaptadas, alquiladas o cedidas en comodato con asistencia y seguimiento profesional.
Ayuda alimentaria PROBIENESTAR	Cobertura: 9%, 307.766 afiliados mayores de 70 años, pensionados o discapacitados con hijos menores de 14 a cargo, adultos mayores con NBI (con un solo haber previsional igual al haber mínimo). Presupuesto: US$9,6 millones. Administrada por los Centros de Jubilados y Pensionados.
Internación geriátrica	Convenio con la Federación de Geriátricos de la República Argentina (FEGERA) Internación (3.200 camas en residencias para adultos mayores, 900 camas en residencias con control sicogeriátrico), centro de día, asistencia domiciliaria.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 1-A-2. (cont.)
Prestaciones sociales del Instituto Nacional de Seguro Social y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Prestación	Descripción
	Acreditación y gestión por la misma FEGERA. Denuncias por medios de comunicación. Enfermedades discapacitantes, invalidez, falta de apoyo familiar o vivienda inhabitable.
Sepelio	Costos de entierro (ataúd, mortaja, sala velatoria, carroza, trámites, servicio religioso, transporte). Privatizado: convenio con una sola empresa.
Asesoría	Asesoramiento y gestoría previsional gratuitos.
Promoción cultural y recreación	Organización de actividades culturales y recreativas.
Créditos bancarios	Créditos personales otorgados por el Banco de la Ciudad de Buenos Aires a jubilados que perciban haberes en esa entidad ante la sola acreditación de su condición de jubilado con el comprobante de cobro para determinar el monto del préstamo. Monto del préstamo: dos haberes, a una tasa preferencial, renovable y reintegrable en 12 cuotas. Se tramita ante la Dirección General de Tercera Edad en un plazo de 10 días, derivándose el pago a la sucursal bancaria más cercana al domicilio del solicitante.

tación y facilidades recreativas); c) la falta de información y evaluación; d) el escaso desarrollo de opciones diferentes de la internación residencial de personas mayores semiválidas o inválidas (v.g., centros de día, atención domiciliaria); y e) la dispersión de recursos y barreras burocráticas para acceder a las prestaciones.

En el área de las prestaciones sociales funcionan fundamentalmente tres organismos: el INSSJyP, la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia del MDS y la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES). El primero cubre a los afiliados del régimen nacional contributivo de reparto y capitalización. El MDS, por su lado, provee servicios sociales a la población al margen del sistema previsional, titulares del régimen previsional público que reciben asignaciones (determinados por el Ejecutivo) a través del ANSES.

El INSSJyP atiende las necesidades insatisfechas de los titulares del régimen previsional nacional contributivo de reparto y capitalización y su grupo familiar primario: padre o madre o abuelos de más de 70 años o que no pueden trabajar y que están bajo el cargo del titular, así como personas sujetas a la tutela, curatela o guarda del

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

mismo. Sus prestaciones para adultos mayores, insuficientes por su baja cobertura y escasos presupuestos, se presentan en el cuadro 1-A-2.

Estos subsidios están destinados a personas extremadamente pobres que, debido a limitaciones financieras, tienen un acceso restringido para contener la demanda, ya sea por falta de información al afiliado o debido a la burocratización del trámite de solicitud (para el cual hay que presentar documentación de los ingresos y egresos de los familiares directos con obligación alimentaria), el cual genera demoras y a veces obstaculiza el otorgamiento del subsidio por completo. La gestión técnico-administrativa para su otorgamiento es tramitada por los Servicios Sociales de las unidades operativas, requiriendo de evaluación socioeconómica, diagnóstico y plan de tratamiento social, para lo cual deben intervenir otras disciplinas (médica, psiquiátrica, enfermería, según corresponda). No obstante, la toma de la decisión sobre la pertinencia de la prestación es facultad del nivel central, lo que prolonga el tiempo que demora en hacerse efectiva (oscila entre los 30 y 90 días). Estas limitaciones hacen que su cobertura sea escasa, dándose la mayor tasa de uso en la Ciudad de Buenos Aires y favoreciendo el clientelismo político, a expensas de los beneficiarios potenciales del interior del país, independientemente de la gravedad de su situación y lejanía.

La exención del impuesto inmobiliario concedido por la Ciudad de Buenos Aires podría estar reflejando una distorsión de prioridades, con una focalización invertida, al estar favoreciendo con una exoneración total (100%) a un grupo mayor que el que aún paga el 50%. En materia de control de calidad, cabe señalar el aparente conflicto de intereses que encierra la autoacreditación actual de establecimientos residenciales por el propio gremio de estos servicios.

De forma paralela, el MDS, por conducto de su Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, ofrece una serie de programas y servicios de cuidado domiciliario, ayuda alimentaria, ayuda financiera directa, subsidios de vivienda y medicamentos, entre otros, detallados en el cuadro 1-A-3.

Cabe destacar el papel importante desempeñado por alrededor de 4.000 clubes de jubilados en todo el país, con más de 1,6 millones de afiliados (560 clubes con 251.000 afiliados en Buenos Aires), principalmente en programas de alimentación, alfabetización y recreación, algunos de los cuales cuentan con el apoyo de los gobiernos municipales, provinciales y federal. También Caritas se encuentra activo en el sector, con 63 centros para tercera edad (encuentros y participación con 4.000 beneficiarios) y cursos de capacitación de voluntariado en geriatría, cursos de asistente en geriatría y cursos de cuidadores con un presupuesto de US$58.000 y 40 alumnos.

El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (que reúne el 14% de los adultos mayores del país —uno de cada cinco bonaerenses o algo más de medio millón de quie-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 1-A-3.
Prestaciones sociales, Secretaría de Desarrollo Humano y Familia

Prestación	Descripción
Ayuda directa	Ayuda general directa a personas (presupuesto ejecutado de US$905.148). Ayuda a grupos vulnerables (presupuesto ejecutado de US$1.038.557).
Programa Alimentario para Adultos Mayores (ASOMA)	164.567 beneficiarios en todo el país (presupuesto total anual: US$30.000.000). Garantizaba una adecuada dieta diaria. Situación no clara con fusión en Programa UNIDOS y focalización por hogar y ya no por grupo de edad.
Indumentaria	Destinado a beneficiarios del ASOMA. 17.688 beneficiarios (aproximadamente 10% de beneficiarios de ASOMA). Este programa se interrumpió posteriormente.
Cuidados domiciliarios	Capacitación de personal con becas de US$150 y duración de 7 meses. Anteproyecto de ley sobre régimen profesional y formación de cuidadores. El programa se realizó en 1996 pero no se logró la integración al mercado laboral de las personas formadas.
Pensiones no contributivas	1.252.714 beneficios previsionales gestionados[1]. Beneficiarios: adultos mayores sin cobertura previsional y social.
Subsidios	Adultos mayores con NBI beneficiarios de pensiones no contributivas. Destinados a vivienda (máximo US$450 al mes), medicamentos (2.151 subsidios otorgados con gasto mensual de US$460.901).
Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad (CENOC)	Fomenta el desarrollo de organizaciones de la comunidad. Mantiene el padrón de organizaciones de todo el país. Ha registrado 94 instituciones en la Capital Federal.

[1] No se cuenta con información confiable sobre el costo unitario de estos beneficios.

nes son afiliados del INSSJyP— ha establecido una serie de prestaciones sociales complementarias a través de la Secretaría de Promoción Social, la Dirección General de Tercera Edad y la Secretaría de Salud. Estas se resumen en el cuadro 1-A-4.

En la Ciudad de Buenos Aires, ni siquiera la presencia de este perfil de servicios ha impedido los problemas generales ya descritos. Inclusive, al concentrarse allí organismos de nivel nacional, provincial y municipal y organizaciones privadas, se aprecia con mayor intensidad la falta de coordinación, superposición y dispersión de las acciones y recursos. La mayoría de los organismos activos en estos menesteres no poseen información confiable ni son monitoreados correctamente, y por ende, ello dificulta la detección y corrección de fallas y desviaciones operativas, limita su eficacia y eficiencia, y debilita su capacidad para planificar nuevos servicios.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 1-A-4.
Prestaciones sociales de la Ciudad de Buenos Aires para adultos mayores

Dependencia responsable	Prestación	Descripción
Secretaría de Promoción Social	Programa Social para Mayores (PROSOMA)	Residencias (4 con 97% ocupación, mayormente por falta de vivienda), hogares de día (10 con 715 concurrentes), asistencia domiciliaria (231 personas con subsidios y 327 con atención directa de 57,5 horas anuales cada una). Programa Proteger (adultos mayores en riesgo o maltrato). Unidad Contralor de Geriátricos Privados (920 inscritos). Recuperación y estimulación de la lectoescritura (1.700). Emprendimientos laborales y capacitación. Convivencia solidaria (propuesta).
Dirección General de Tercera Edad	Asesoramiento previsional especializado Apoyo a centros de jubilados	Cobros, pagos, créditos bancarios, personería legal, trámite de documentos, mejoras en servicios públicos (11.000 atenciones mensuales), charlas, 2.500 plazas de turismo, 8.150 eventos culturales, asesoramiento, ayuda directa de US$106.000 para 69 centros, talleres, prevención).
Secretaría de Salud	Programas de actividad	Educación y promoción en materia de salud, prevención, detección temprana, asistencia sanitaria, rehabilitación, plan médico de cabecera, unidad móvil, red gerontológica.
Secretaría de Turismo	Actividad turística	11.722 plazas solidarias totalmente gratuitas y otras 15.345 plazas semigratuitas. De todas las plazas, 16.472 fueron otorgadas a centros para jubilados y entidades de tercera edad de todo el país. Los recursos financiados a través de esta actividad alcanzaron los US$2.146.655 (1997).

Entre las organizaciones de la sociedad civil, la Sociedad Hebraica Argentina constituye un buen ejemplo de servicios orientados a conservar la actividad en la vejez mediante actividades educativas, de ejercicio físico, culturales, preventivas y de capacitación de acompañantes gerontológicos, entre otras.

Participación social de los adultos mayores en la sociedad civil

Las personas mayores en Argentina se encuentran organizadas a través de una variedad de organizaciones y redes (v.g., centros de jubilados, clubes de abuelos, federaciones provinciales y nacionales, entre otras), que suman alrededor de 4.000 e incorporan

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

un número elevado pero desconocido de afiliados. Estas asociaciones reclaman un mayor control de sus propias actividades, tanto en términos de planificación como en el del control de presupuestos. Los Centros de Jubilados fueron creados con el ánimo de aumentar la participación social de los adultos mayores pero han sido utilizados con fines partidistas por los políticos a cambio de votos, dejando la defensa de los adultos mayores subordinada a sus propios intereses.

Desde 1987 estas entidades gestionaron y cogestionaron proyectos y programas destinados a contener las más variadas necesidades, teniendo en cuenta la idiosincrasia y las particularidades culturales de cada zona. Así, desarrollaron propuestas para crear hogares de día, clubes de día, centros de tránsito para albergar a jubilados (para mayores que tenían que acudir a los centros urbanos para ir al médico, hacer gestiones y compras, etc.). Posteriormente, debido a que cambiaron los funcionarios técnicos, estos programas permanecieron estancados y derivaron en actividades recreativas circunstanciales, espontáneas y regidas por los impulsos y motivaciones de sus realizadores. Su importancia radica en el impacto que han tenido sus programas de alimentación y recreación de alcance nacional, gracias a la instalación de estructuras muchas veces en lugares desmantelados y sin recursos.

En 1998, los beneficiarios de las actividades de prevención fueron 250.939 habitantes de la Ciudad de Buenos Aires que residían en 559 Centros de Jubilados. El país tiene 3.995 Centros de Jubilados con un total de 1.635.266 personas mayores de 60 años.

Recursos humanos

En Argentina, la oferta de recursos humanos en gerontología y geriatría se caracteriza por tener un gran número de profesionales de la salud pero pocos de otras profesiones. Dentro del personal sanitario, abundan los médicos y escasea el personal de enfermería. Además, faltan otros profesionales de la salud esenciales para el mantenimiento y la recuperación de la autonomía (v.g., fisioterapeutas, cuidadores formales, asistentes sociales, etc.). Es necesario constatar la desigual distribución geográfica del personal existente, que tiende a concentrarse en las grandes ciudades.

Así, para el año 2000, los 600 geriatras se concentraban en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, y en menor grado en las ciudades de La Plata, Mar del Plata, Rosario, Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Misiones, Corrientes y Tucumán, donde se encuentran casi la mitad (47%) de los sicólogos y la mayoría de los gerontosiquiatras. Los terapeutas ocupacionales tienen mayor presencia en la Capital Federal, el Gran

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Buenos Aires, Entre Ríos, Corrientes, Santa Fe, Córdoba y La Rioja, particularmente en las áreas urbanas de esas provincias. Un 50% de los graduados en el área de nutrición radican en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, pese a que hay programas para la formación de estos profesionales en ocho universidades en seis provincias, pero sin contenidos específicos de gerontología. No se tienen datos acerca de la distribución de kinesiólogos, pero, no habiendo programas de especialización, el Colegio Profesional de Kinesiología brinda cursos especiales en convenio con las universidades provinciales para capacitar a los kinesiólogos que atienden a personas mayores en todas las provincias que lo soliciten (fundamentalmente Chaco, Tucumán, Misiones, Entre Ríos, Córdoba). Las 3.000 cuidadoras formadas por la antigua Secretaría de Desarrollo Social egresaron de cursos en todas las provincias. Al comparar esta distribución geográfica con la de los adultos mayores argentinos, salta a la vista que las zonas rurales carecen de recursos adecuados para la atención de las personas de edad. Existen en Argentina diversas asociaciones de profesionales dedicados a la gerontología. La Sociedad Argentina de Geriatría y Gerontología, que tiene filiales en las provincias —las llamadas Sociedades Provinciales de Geriatría y Gerontología—, organiza jornadas y congresos y un Foro Gerontológico, y publica tanto la *Revista argentina de geriatría y gerontología* (de difusión entre asociados y profesionales), como *Vivir en plenitud*, publicación de amplia difusión. La Asociación Gerontológica Argentina, por su lado, agrupa a geriatras y gerontólogos, lleva a cabo actividades de capacitación, congresos y jornadas, y publica ponencias de las jornadas para circulación entre los profesionales. Existe, además, la Federación Argentina de Sociedades de Geriatría y Gerontología, con sede en La Plata, que realiza actividades de capacitación, congresos, jornadas y consultas a expertos y profesionales interesados en estos temas. La Asociación Gerontológica de Buenos Aires lleva a cabo actividades de capacitación, ateneos interdisciplinarios y cursos de diversa duración, y publicó durante años los *Cuadernos de gerontología*, centrados en investigaciones propias de la especialidad. La filial latinoamericana de la Federación Internacional de la Vejez tiene en la actualidad su sede en Buenos Aires y publica desde hace un año la revista *Gerontología mundial*, publicación científica de trabajos e informes de investigación.

Bibliografía

Iriart C, Merhy EE, Waitakin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública* 2000; 16: 1-16.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Anexo 1-B

SITUACION DE LA OFERTA POR PAIS: CHILE

Olga Solas, Sandra Arlette Pinzón, Juan Cabasés

Este país austral, como ya se ha indicado, es el que más ha avanzado en materia de coordinación. El Comité Nacional del Adulto Mayor, desde su creación en 1994, ha contado con un apoyo político importante, en virtud de que depende de la Secretaría de la Presidencia, de la voluntad política de quienes dirigen los distintos ministerios vinculados con él y de la respuesta de la población adulta mayor de Chile a sus convocatorias, actividades y servicios. Ahora, cuando está a punto de aprobarse la legislación que convertirá al Comité en un Servicio Nacional, se vislumbra la conformación de una estructura institucional que promueva, articule y regule sus acciones, con condiciones de servir de modelo para otros países.

Salud

Hasta 1979, el sistema de salud chileno se organizaba fundamentalmente a través de la interacción del Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el sector privado. Hacia finales de la década de los setenta, el gobierno inició una serie de reformas estructurales cuyos objetivos fundamentales eran liberalizar la economía, reducir el tamaño del Estado, crear una economía de mercado y adoptar un modelo de desarrollo económico y social basado en el concepto del Estado subsidiario, en la participación activa del sector privado en la economía y en la asignación de los recursos por conducto del mercado. Se establece entonces la actual estructura de prestación de servicios de atención a la salud a la población.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Sector público: Actualmente, el diseño de las políticas y programas, y su coordinación, supervisión y control, están a cargo del Ministerio de Salud; la base productiva del sector está conformada por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (26 servicios asistenciales y un Servicio de Salud del Ambiente), que ejecuta su labor por medio de los 188 hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta que constituyen la red asistencial. La atención primaria está a cargo de los Centros de Atención Primaria, entregados en un 70% a la administración municipal. La administración financiera del sistema corresponde al Fondo Nacional de Salud, que opera un seguro de salud bajo el sistema de reparto. Los beneficios que entrega son los mismos para todos los asegurados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

Sector privado: Está conformado por compañías aseguradoras (ISAPRE) y proveedores privados. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales con los asegurados. Los beneficios otorgados, según el pacto, dependen directamente del monto de la prima cancelada. La elección del profesional es libre. La supervisión y el control de estas entidades prestadoras de servicios de salud corresponden a la Superintendencia de las ISAPRE. Esta entidad está encargada de velar por el cumplimiento de la normativa y de promulgar disposiciones relativas al funcionamiento del sector.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar un 7% de su renta imponible al sistema de salud. Este pago puede ser realizado al Fondo Nacional de Salud (FONASA), en cuyo caso la persona es beneficiaria del sistema público, o puede tener como destino una ISAPRE, formando parte del sistema de salud privado. La afiliación a una ISAPRE requiere de una prima determinada por cada ISAPRE que depende del tipo de seguro que se esté comprando. El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7% si desea obtener mayores beneficios. Aquellos trabajadores cuyos ingresos relativos son más bajos y que optan por una ISAPRE tienen acceso a un subsidio estatal — actualmente en vías de eliminación— cuyo monto máximo asciende al 2% del ingreso imponible.

Los cotizantes se adscriben voluntariamente al sistema FONASA o al sistema ISAPRE. Por otra parte, los indigentes y los que no son cotizantes forman parte del FONASA, pero están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos al FONASA

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional y la de libre elección. En la modalidad institucional (atención cerrada) los cotizantes reciben las prestaciones de salud en hospitales o centros de atención primaria. En la de libre elección (atención abierta), los cotizantes reciben su atención de salud de prestadores privados que están adscritos a esta modalidad, previa cancelación de un copago de acuerdo con el plan de seguro que se contrató.

El Ministerio de Salud cuenta con una Política de Salud del Adulto Mayor (PAM), descrita en el capítulo 8, sustentada por un presupuesto canalizado por conducto del FONASA. El presupuesto ascendió de US$7,2 a US$10,2 millones anuales entre 1997 y 1999 (FONASA, 2001). Si se considera que en 2000 la población mayor de 60 años se estimaba en 1.550.000 personas (INE, 2000), el gasto aproximado del PAM en Chile sería de US$6,50 por adulto mayor. Como estrategia, se sustenta en la participación social, el trabajo de equipos multidisciplinarios, el monitoreo preventivo, la prevención de la discapacidad y la atención prolongada para la conservación de la capacidad funcional y autonomía individual, adecuándose para su ejecución al carácter descentralizado, intersectorial e interinstitucional de la atención pública. No obstante, tal como ocurre en países vecinos, este empeño se ve frenado por los sesgos, muy arraigados en el sistema de salud, a favor de la atención curativa orientada a episodios agudos.

Los adultos mayores chilenos pueden elegir voluntariamente si desean recibir sus prestaciones sanitarias del sector público o del privado. La red pública opera con: a) asignaciones presupuestarias directas del Ministerio de Salud; b) recursos del FONASA (aportados por el fisco para la modalidad de atención institucional y por cotizaciones de los afiliados que prefieran la modalidad que permite la libre elección del médico), un seguro público de salud que ofrece beneficios uniformes a la población excluida de la cobertura por el sector privado; y c) aportes de algunos gobiernos municipales. En 1999, el gasto público para la salud ascendió a US$2.015 millones (3,1% del PIB), de los cuales 54,2% correspondió al gasto fiscal directo (US$1.103 millones), 30,8% a cotizaciones de los afiliados al FONASA, 7,4% a ingresos propios del FONASA y 7,6% a copagos de afiliados al FONASA (FONASA, 2001). Las ISAPRE del sector privado, por su lado, mantienen ingresos operacionales anuales del orden de US$1.258 millones (Superintendencia de ISAPRES, 2001), con base en contratos con sus asegurados que excluyen las enfermedades preexistentes y caducan a cierta edad, y cuyo nivel de beneficios depende de la prima pagada. A pesar de que ambos sectores ofrecen incentivos estructurales para la prevención y el mantenimiento de la capacidad funcional, la orientación predominante de sus servicios es curativa, favoreciendo el tratamiento de episodios agudos.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Aun cuando en teoría los adultos mayores chilenos pueden afiliarse libremente a las ISAPRE, es tal la selección adversa practicada por estas organizaciones en función de los ingresos y la edad que actualmente un 93% de las personas mayores se encuentran afiliadas al FONASA. Aunque esto a simple vista parece generar una presión financiera importante sobre ese fondo público, se ha encontrado, tal como indicamos en el primer capítulo (Escobar et al., 2000), que las contribuciones de los adultos mayores exceden sus gastos (situación que no ha sido reconocida ni capitalizada por las ISAPRE para mejorar la atención de la población adulta mayor) y que la atención catastrófica más costosa para el FONASA no es la de este grupo, sino la que corresponde a la población infantil. No se sabe si esta situación se podrá mantener en el futuro, pero ciertamente es necesario buscar una manera de evitar que una persona cotice en el sistema de ISAPRE cuando es joven y está en buena salud, y que cuando envejece o se enferme se vea obligada a pasar al sistema público. El FONASA es un régimen que ha sido ampliado para sus afiliados mayores de 60 años. Además de los bienes y servicios propios de la atención primaria, cubre prótesis y órtesis, los copagos por hospitalización y los medicamentos esenciales, y provee un mayor acceso a servicios de enfermería a domicilio y a la cirugía compleja.

El Ministerio de Salud tiene un Programa del Adulto Mayor, que, con una dotación modesta de recursos, procura aumentar la *cobertura* de personas con las afecciones más frecuentes, focalizando los recursos públicos en los *beneficiarios pobres* afiliados al FONASA (es decir, los de mayor riesgo y menores ingresos, en lugar de los grupos de mayores ingresos y menores riesgos afiliados a las ISAPRE). Aun cuando da prioridad a algunas medidas preventivas (tales como la vacunación antigripal y la buena alimentación), y a prestaciones que buscan mejorar la discapacidad funcional (como lentes, prótesis de cadera y marcapasos), y a modalidades que ofrecen una atención más completa (v.g., Centros de Desarrollo Integral del Adulto Mayor), en la práctica estas medidas son incipientes y fluctuantes. En otros casos, se limitan a servicios de enfermería a domicilio, según la modalidad de libre elección del FONASA. Por un lado, FONASA cubre cuidados de alta complejidad —cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cirugía neuroquirúrgica, transplantes renales, tratamientos oncológicos, etc.,— para sus afiliados mayores de edad, pero por otro, no cubre *servicios domiciliarios* ni *hospitales* o *centros diurnos* para este grupo poblacional. Además, el sector de la salud no se ha ocupado de regular los hogares de ancianos, cuyo número no se conoce y que a menudo funcionan sin parámetros mínimos de calidad.

La atención primaria de salud en Chile compete fundamentalmente a los municipios. Por lo tanto, las políticas municipales para la atención de los ancianos pueden tener un gran impacto, especialmente en lo referente al buen manejo de trastornos

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

crónicos y a la prevención de la discapacidad. Hay varios programas municipales, tales como el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), mediante el cual se entrega 1 kg de leche por mes a adultos entre los 65 y 70 años de edad; el Programa Doctor en su Casa, que consiste en visitas domiciliarias, atención preferencial en servicios de emergencia y la provisión de prótesis dentales; el Programa de Control del Adulto Mayor Sano, bajo la dirección del Instituto Nacional de Geriatría, y el Programa de Ayuda para Discapacitados. La cobertura de estos programas —que se han implantado en muchas comunas de Santiago pero en pocos lugares fuera de la capital— es muy variable.

Es importante resaltar que los datos sobre la utilización de los distintos tipos de servicios (preventivo, consulta y hospitalización) confirman lo afirmado en los primeros capítulos de este libro en relación con el efecto relativamente pequeño de la edad sobre la demanda y utilización de servicios (véase el cuadro 9-7). Las tasas de utilización de los servicios más costosos no son mucho más altas en la población mayor de 60 años, y los incrementos observados a partir de esa edad son relativamente modestos, si se considera que la población de base (el denominador) se va reduciendo con la edad. Llama la atención, en particular, la poca utilización de servicios preventivos y la reducción en la utilización de los servicios dentales, ya señaladas en un capítulo anterior. Si bien los aumentos mayores observados corresponden a las consultas especializadas y a los exámenes de laboratorio, en verdad se trata de aumentos muy pequeños.

Cuadro 1-B-1.
Porcentaje de utilización de servicios por tipo, según grupo de edad (en años)

	0-59	60 +	60-65		66-75		76+	
Servicio utilizado	años	años	H	M	H	M	H	M
Control preventivo	21,9	24,6	22,0	25,1	22,0	25,6	25,2	26,8
Consulta general	21,9	24,9	26,0	24,0	23,0	25,1	26,6	26,0
Consulta especializada	8,3	12,0	9,8	11,6	13,0	13,4	10,3	11,5
Consulta de urgencia	7,7	6,1	8,0	4,9	5,7	4,8	6,8	8,2
Atención dental	23,2	9,3	14,2	11,2	11,9	8,1	4,5	6,0
Laboratorio	6,8	11,4	9,5	12,0	11,7	12,3	11,7	9,9
Rayos X o ecografía	5,4	5,8	4,8	6,3	5,3	5,9	6,4	5,6
Cirugía	1,7	1,9	2,0	2,0	2,1	1,7	2,5	1,6
Hospitalización	3,1	4,0	3,7	2,9	5,3	3,1	6,0	4,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

En materia de financiamiento, el mayor desafío para lograr proveer los servicios requeridos para satisfacer las necesidades de salud de los adultos mayores chilenos es el fortalecimiento y la consolidación de actividades preventivas multisectoriales encaminadas a lograr el envejecimiento saludable, activo y productivo, que reducirían la demanda de servicios curativos a mediano y largo plazo (algunos de éstos están descritos en la sección siguiente).

Beneficios sociales

Los beneficios sociales orientados a las personas mayores son muy escasos. Hay carencia de vivienda y de recursos comunitarios para las personas con pérdidas de la autonomía —son prohibitivos los servicios privados de este tipo—, y aún no se aprovecha la contribución de los programas de hospital diurno y atención a domicilio que fueron iniciados en el Instituto Geriátrico Nacional en Santiago. Muchas de las iniciativas locales o nacionales que hoy existen funcionan en condiciones físicas muy precarias y están muy poco integradas a las actividades habituales de los consultorios y centros de salud.

Entre los beneficios sociales para el adulto mayor que se han desarrollado en los últimos años con el concurso del Estado, la sociedad civil y la empresa privada, figuran los señalados en el cuadro 1-B-2.

Participación social de los adultos mayores

Un aspecto fundamental es el nivel de integración y participación de los adultos mayores en la vida de sus comunidades y sus organizaciones. En Chile se ha avanzado en esta dirección más allá del simple ejercicio ciudadano, puesto que hay unas 3.435 organizaciones registradas (de un total de más de 6.000 posiblemente) que están integradas por apenas 100.000 (7,2%) del millón y medio de adultos mayores chilenos, tal como se puede apreciar en el cuadro 1-B-3. Así, su gran potencial organizativo queda reflejado también por el crecimiento registrado del movimiento asociativo, su participación activa y frecuente en organizaciones de su comunidad integradas por miembros de varias generaciones, y por su activismo como fuerza política (electoral). La asociación de estas organizaciones en federaciones o uniones también es limitada, ya que apenas un 19,1% (655) pertenecen a alguna unión comunal de clubes de adultos mayores, siendo necesario afiliar a por lo menos 20% de los clubes locales. Un ejem-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 1-B-2.
Beneficios sociales para la población adulta mayor

Sector y entidad responsables	Prestación
Transporte: Metro S.A.	Descuento de horario y uso restringido: hasta dos viajes diarios de lunes a viernes entre las 9.30 y las 17.30 h, y durante todo el horario los sábados, domingos y días festivos, para todas las mujeres mayores de 60 años o más y todos los hombres mayores de 65 años o más; percibir pensión previsional, asistencial o jubilación y estar inscrito en los registros para el adulto mayor de la Metro S.A.
Vivienda: Ministerio de Vivienda y Urbanismo (SERVIU)	Vivienda nueva básica (sala-comedor y 2 recámaras, como mínimo) en comodato o alquiler. Es sólo para personas de escasos recursos que viven en condición de allegados.
Educación: Ministerio de Educación	Mejoramiento de la educación de adultos (PROMEDA) (escolarización básica y capacitación laboral) de escasos recursos mayores de 55 años.
Solidaridad: INP	Tarjeta de identificación del pensionado (TIP) para descuentos en más de 2.500 empresas participantes de la campaña "Devolviendo la mano" (farmacias, vestuario, recreación, transporte aéreo, etc.)
Turismo: Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR)	Descuentos con TIP para adultos mayores de todo el país que realizan viajes de turismo solos o en grupo durante la temporada baja. Los únicos requisitos son ser mayor de 60 años y presentar el carné de identidad al solicitar el descuento.
	Talleres de capacitación turística para el adulto mayor.
Proyectos: FOSIS "Más vida para los años"	Fondo concursable para proyectos e iniciativas de servicios presentados por organizaciones de adultos mayores, beneficiando a 45.000 personas en 92 comunas. Proyectos entre 500.000 y un millón de pesos chilenos.
Deporte: Dirección General de Deporte y Recreación (DIGEDER)	Promoción de la actividad física del adulto mayor mediante el programa "Deporte para todos".
	Financiamiento para ejecutar proyectos deportivos, en todas las regiones del país y sin costo para el beneficiario. Deben contemplar talleres con actividad deportiva, física y recreativa sistemática y organizada, dirigido por personal especializado. Dirigido a organizaciones que agrupen adultos mayores capaces de valerse por sí solos y preferentemente de menores recursos, que presenten sus proyectos deportivos a un concurso regional o nacional; que tengan personalidad jurídica; que no tengan cuentas pendientes con la DIGEDER; Proyectos entre 500.000 y un millón de pesos chilenos.
Municipalidades	Equipamiento de clubes de adultos mayores, organización de actividades deportivas, transporte para actividades recreativas y turísticas, apoyo de convivencias y cursos, etc.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 1-B-3.
Participación del adulto mayor en organizaciones sociales

Región	Total de socios mayores por región	Total de uniones comunales por región	Total de clubes asociados a uniones comunales	Total de clubes de adultos mayores por región	Población de 60 años y más 1991	Porcentaje de participantes sobre el total de adultos mayores
I	3.509	3	33	119	26.793	13,1
II	3.715	1	7	112	31.751	11,7
III	2.601	1	38	81	17.980	14,5
IV	3.022	0	0	95	5.0575	6,0
V	9.394	3	45	289	162.445	5,8
VI	5.622	1	26	171	66.939	8,4
VII	5.502	0	0	222	82.874	6,6
VIII	13.844	3	22	326	159.978	8,6
IX	6.805	0	5	228	83.683	8,1
X	7.010	2	20	223	95.452	7,3
XI	705	2	7	34	5.454	12,9
XII	935	1	17	34	13.424	7,0
RM	46.064	18	435	1.501	508.209	9,1
Total	108.728	35	655	3.435	1.305.557	8,3

Fuente: Elaborado a partir de los datos del Catastro Nacional de Organizaciones Sociales del Adulto Mayor.

Nota: Las columnas de la derecha son aproximaciones según la población de 1991 y las proyecciones de 2005, mientras que los numeradores son los afiliados a asociaciones en 1998.

plo de otro tipo de redes es el de la Red Chilena del Adulto Mayor, que abarca unas 14 organizaciones de adultos mayores y actúa como sede de la red internacional Tiempos[1]. El desafío en este sentido consiste en movilizar una masa crítica del 93% de los adultos mayores que aún siguen siendo pasivos en este sentido.

[1] Una red general latinoamericana integrada por 9 redes en 8 países, en la cual están representadas 130 organizaciones de personas mayores.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Recursos humanos capacitados en geriatría y gerontología

Hay escasez general del personal formado en geriatría y gerontología, que se concentra en la capital (todos los médicos geriatras, las enfermeras geriatras y cuatro de los seis gerontosiquiatras). Los miembros de otras profesiones que atienden a la población mayor, pero sin preparación especializada, también se concentran en Santiago (v.g., 60% de los fisioterapeutas y 70% de los profesionales de la nutrición) y en Concepción. El gobierno ha optado por capacitar en geriatría a los médicos de atención primaria, pero el programa aún no tiene la cobertura anticipada. Es poca la formación para otras profesiones relacionadas con la gerontología y la geriatría, tales como la kinesioterapia, nutrición, farmacia y sicología. Asimismo, es notable la carencia de capacitación de personal de enfermería, personal auxiliar y profesionales dedicados a los servicios sociales, la cual es clave para la promoción de la salud y el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores.

Todas las profesiones del área de la salud enumeradas en el cuadro 1-B-4 tienen sociedades activas de profesionales legalmente constituidas, y existe la Sociedad Chilena de Geriatría. Para ejercer la profesión en Chile, no es obligación estar inscrito en ellas, por lo que los datos expresados como número de colegiados son aproximados y corresponden a los miembros inscritos, y no necesariamente a los miembros activos. Cabe observar que en los últimos años el tema del adulto mayor ha sido abordado con regularidad en las actividades de los distintos gremios.

Cuadro 1-B-4.
Carreras del área de la salud y número de colegiados en Chile

Carrera	Escuelas e institutos	Egresados/año	Profesionales en total	Colegiados en total
Kinesioterapeuta	9	360	4.000	3.200
Nutrición	4	100	2.500	1.000
Farmacia	5	250	5.000	1.000
Odontología	9	300	7.000	1.600
Trabajo social	17	400	10.500	7.000
Enfermería	13	600	10.000	3.000
Medicina	12	700	17.000	14.000

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Escobar, M. L., Panopoulou, P., Musgrove, P., Griffin, C., Kaminskis, M., 2000, "Chile: Health insurance issues — old age and catastrophic health costs", Washington, D.C.: Banco Mundial, Informe Nº 19940.

Fondo Nacional de Salud (FONASA), 2001, "Estadísticas sobre productos ofrecidos por FONASA", www.fonasa.cl.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2000, *Chile y los adultos mayores: impacto en la sociedad del 2000,* Santiago, Chile: Departamento de Estadísticas Demográficas y Sociales.

Superintendencia de ISAPRE, 2001, *Síntesis del sistema: últimos cuatro años,* www.sisp.cl.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Anexo 1-C

SITUACION DE LA OFERTA POR PAIS: URUGUAY

Olga Solas, Sandra Arlette Pinzón, Juan Cabasés

Actualmente en Uruguay, las instituciones públicas activas en la atención a las personas mayores son el Banco de Previsión Social y el Ministerio de Salud Pública, que funcionan con poca coordinación entre sí en el desarrollo de servicios sociales y de salud. De modo complementario, prestan diversos servicios a organizaciones locales de adultos mayores en diferentes puntos del país.

Salud

El sistema asistencial uruguayo reconoce básicamente la existencia de dos sectores, uno público y otro privado. Dentro de cada uno de ellos hay una variedad de actores que en ocasiones ofrecen cobertura a algunos de los mismos miembros. De ahí que el usuario pueda tener en ocasiones una doble y hasta triple cobertura.

Una de las características más importantes del sector de la salud en Uruguay es la falta de una autoridad rectora que centralice sus decisiones estratégicas, tarea que la normativa vigente asigna al Ministerio de Salud Pública (MSP). La ausencia de una coordinación planificada y explícita redunda en subsidios cruzados, el crecimiento del gasto en salud, la duplicación de costos fijos y la doble cobertura, que se suma a una falta de cobertura.

La *regulación* del sector de la salud está en manos de diversas entidades públicas: Ministerio de Economía y Finanzas (precios), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (mercado de trabajo), Banco de Previsión Social (afiliados antiguos del DISSE, servicio maternoinfantil y de enfermedades congénitas), Banco de Seguros del Estado (enfer-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

El subsector público está compuesto, por una parte, por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), responsable de la prestación de servicios médico–asistenciales mediante sus propias instituciones o convenios con instituciones privadas. Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el responsable de la definición de políticas, planes y programas, la fiscalización del subsector privado, la reglamentación y vigilancia de todo el sistema, además de la adopción de medidas de salud pública. Sus beneficiarios por ley son las personas indigentes y sin recursos.

El subsector privado está constituido principalmente por el sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), entidades de prepago sin fines de lucro que cubren al 50% de la población. Se compone de 52 instituciones, tres de las cuales (Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, Asociación Española y Casa de Galicia) concentran el 37% de la población afiliada. Su financiación proviene principalmente de los prepagos realizados por los afiliados o indirectamente a través del BPS para los trabajadores formales. Los copagos o tasas moderadoras se han convertido en una importante fuente de ingresos adicional.

medades profesionales), Universidad de la República (Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas, etc.) y Ministerios de Defensa y del Interior (Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Servicio de Sanidad Policial), todos con sus objetivos específicos.

Según la normativa vigente, el sector público debería proveer atención gratuita solamente a los ciudadanos indigentes y carentes de recursos.[1] Sin embargo, por conducto de la ASSE-MSP se brinda atención gratuita a un universo más amplio, que abarca incluso a ciudadanos de ingresos medianos y altos cubiertos por el sistema de las IAMC, pero responsables de hacer los copagos o de dar las tasas moderadoras, optando por la atención en el subsector público.

De esta forma se crea un subsidio implícito del sector público al sector privado de las IAMC, cuyo peso está dado por la cantidad de socios pertenecientes a la antigua DISSE (BPS) y de afiliados de bajos ingresos que tenga cada institución. Mientras el Estado abona a las IAMC una cuota mensual por la afiliación de los trabajadores beneficiarios de la seguridad social, éstos —y otros afiliados con dificultades para de-

[1] Artículo 44, capítulo II de la Constitución de la República: "El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes".

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

vengar ingresos— acceden a la atención y a los medicamentos y la paraclínica en dependencias del MSP, siendo este último el que absorbe los costos correspondientes.

La segmentación del mercado de servicios de salud se basa fundamentalmente en la capacidad de pago de los usuarios, pese a la existencia de legislación (Ley 16713) que prohíbe suspender la cobertura de las personas por las IAMC cuando llegan a la edad de jubilarse. Apenas el 3% de las personas mayores carecen de cobertura, ya que el 27% están cubiertas por el sector público (ASSE), cuya atención adolece de serios problemas de calidad, y el 53% por las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas del sector privado (cuadro 1-C-1). La cuota promedio por afiliarse a éstas es del orden de US$43, y los copagos son un tanto onerosos (medicamentos, US$7; consultas, US$5,50; sala de urgencias y consultas a domicilio, US$8; consultas urgentes a domicilio, US$13, tal como se ilustra en el recuadro 1-C-1. No obstante, la pérdida de cobertura privada al llegar a la edad de la jubilación y la alta frecuencia de copagos por servicios ambulatorios y medicamentos antes de esa edad, llevan a muchas personas mayores afiliadas a las IAMC a depender de los servicios del sector público, lo cual reduce la disponibilidad de recursos públicos para la población mayor carente.

La estructura del gasto sanitario de Uruguay no responde a las prioridades enunciadas en materia de salud. El gasto asignado a los servicios médicos muy especializados (por conducto del Fondo Nacional de Recursos, FNR) aumenta sostenidamente la fracción del gasto total destinada a la salud (US$1,7 mil millones para 1995, que corresponde al 10% del PIB y a US$552 per cápita, sin que estos servicios figuren entre las prioridades del MSP ni guarden relación con la situación demográfica y epidemiológica del país). De hecho, el gasto originado por el FNR ascendió en años recientes de un 8,6% a un 44,7% en 1996. Para los efectos del presente estudio, es importante destacar que un 52% de las acciones autorizadas por el FNR se destinan a

Cuadro 1-C-1.
Derechos adquiridos de cobertura de salud de la población urbana de 60 años y más, 1997

Area	Total	No tiene (%)	IAMC Af. indiv. (%)	IAMC DISSE (%)	MSP (%)	Otros públicos (%)	Otros privados (%)
Todo el país	100%	2,7	53,2	4,8	27,1	8,7	3,5
Montevideo	100%	2,0	67,7	5,9	11,8	9,7	2,9
Interior	100%	3,3	40,6	3,9	40,3	7,8	4,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Continua de Hogares.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Recuadro 1-C-1

IMPACTO APROXIMADO DE LOS COPAGOS EN LOS ADULTOS MAYORES

Estimación de erogaciones mensuales de un adulto mayor con dos enfermedades crónicas (cardiovascular y neurosiquiátrica), en tratamiento ambulatorio con controles periódicos a cargo de distintos especialistas:

Cuota de afiliación mensual: US$43,5

- **Prestaciones: 1,5 consultas mensuales y por lo menos 3 fármacos diferentes: US$30, (cifra que representa 70% de la prima mensual promedio).**
- **Atención domiciliaria (consulta médica y fisioterapia): US$16> Esta cifra, sumada a la anterior, asciende a un valor superior a la cuota mensual.**

Por otra parte, si se considera el valor promedio del pago mensual por jubilación, que asciende a US$365, el pago de la prima y los copagos en el escenario planteado en el párrafo anterior significan una erogación equivalente a US$89,5, o el 24,5% de la pensión mensual.

personas de 64 años o más. Como cabría esperar, cuando se tienen en cuenta las prestaciones para prótesis de la cadera, prótesis de la rodilla y marcapasos, la cantidad asciende a un 87%, ya que las personas mayores son casi invariablemente las que más necesitan estos bienes y servicios.

El financiamiento del gasto en salud en Uruguay se reparte entre el sector público y el sector privado, con 28,6 y 71,4% del gasto total, respectivamente. La mayor parte del sector privado corresponde a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), las cuales representan 49,6% del gasto total en salud. El carácter predominantemente curativo del sistema de salud se manifiesta en el hecho de que las acciones de salud pública dirigidas a la población en general suponen menos gasto (US$40.679) que el que destina el Fondo Nacional de Recursos (FNR) (US$68.890) a financiar intervenciones de alta tecnología. La distribución del gasto presentada en el cuadro 1-C-2 también pone de manifiesto el sesgo a favor de acciones curativas en la asignación de los recursos del sector.

Utilización de servicios de atención médica en mayores de 64 años

Cuando se aprobaron los artículos 186 y 187 de la ley 16.713, mediante los cuales se incorporaban pasivos a los beneficios de la cobertura asistencial del BPS, las IAMC encomendaron a una consultora del medio que estudiara cuánto usaba los servicios de

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 1-C-2.
Estructura institucional del gasto en la salud (valores expresados en miles de dólares estadounidenses), 1995

Concepto	US$	% del total	% del sector	% del área
Gasto total	1.781.293	100,0		
Sector público	509.280	28,6	100,0	
Acciones dirigidas a la población	40.679	2,3	8,0	
Ministerio de Salud Pública	31.733	1,8	6,2	
Lucha contra el cáncer	2.884	0,2	0,6	
Salud cardiovascular	140	0,0	0,0	
Lucha contra la hidatidosis	827	0,0	0,2	
Lucha antituberculosa	5.095	0,3	1,0	
Acciones dirigidas a las personas	468.601	26,3	92,0	100,0
ASSE	266.726	15,0	52,4	56,9
DNSFFAA	33.269	1,9	6,5	7,1
DNSP	22.743	1,3	4,5	4,9
HHCC	28.065	1,6	5,5	6,0
BPS	40.167	2,3	7,9	8,6
BSE	23.755	1,3	4,7	5,1
ANCAP	9.842	0,6	1,9	2,1
IMM	7.244	0,4	1,4	1,5
FNR	36.141	2,0	7,1	7,7
ANP	649	0,0	0,1	0,1
Sector privado	1.272.012	71,4		100,0
IAMC	883.915	49,6		69,5
FNR	68.890	3,9		5,4
Seg. parciales emergencias móviles	104.237	5,9		8,2
Seg. parciales médicos quirúrgicos	7.679	0,4		0,6
Seg. parciales odontológicos	44.868	2,5		3,5
Farmacias externas	114.703	6,4		9,0
Casas de salud y residencias	6.434	0,4		0,5
Caja notarial	6.359	0,4		0,5
Asistencia estrictamente privada	34.927	2,0		2,7

salud la población mayor de 64 años. Este estudio reveló que de todas las consultas ambulatorias, 32% fueron hechas por personas mayores de 64 años, en tanto que a este grupo correspondió el 36% del total de días-cama de internación, 29% de las intervenciones y 46% del consumo de medicamentos (cuadro 1-C-3).

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 1-C-3.
Porcentajes de utilización de servicios y consumo de medicamentos en las IAMC, por edad (en años)

	Grupo de edad			
Servicio	Menores de 15 (%)	15 a 55 años (%)	56 a 64 años (%)	Mayores de 64 (%)
Consultas	13	39	17	32
Días-cama	10	38	16	36
Intervenciones quirúrgicas	8	48	15	29
Consumo de medicamentos	8	30	16	46

Cabe destacar el efecto en todos estos rubros del peso relativo de la población mayor del Uruguay, que de hecho es el más elevado de la región. Al confrontar estos datos con la composición etaria de la población afiliada al sistema de las IAMC —16% son mayores de 64 años, 15% son menores de 15 años, 57% tienen entre 15 y 54 años y 12% entre 55 y 64—, se observa que una persona mayor de 64 años realiza 135% más consultas anuales, consume 196% más días-cama al año, se somete a 113% más intervenciones quirúrgicas y consume, en promedio, 350% más medicamentos que una persona menor de 65 años.

Como ya hemos señalado, en el sector de la salud la atención se orienta principalmente hacia el tratamiento de las enfermedades agudas. Apenas empiezan a aplicarse medidas y enfoques integrales para prevenir y controlar los trastornos crónicos que sufren las personas mayores, y se presta muy poca atención a la rehabilitación y a la conservación de la capacidad funcional. No obstante, el BPS y numerosas organizaciones de la sociedad civil tienen gran cantidad de centros o clubes para adultos mayores sin invalidez de ningún tipo, y tales lugares son buenos ámbitos para promover el envejecimiento saludable y la prevención de las enfermedades. En este marco se integran las actividades que llevan a cabo, si bien de manera incipiente, diversas instituciones privadas y públicas, como las que realiza la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) a través de sus centros diurnos. En este sentido, las iniciativas privadas que ofrecen formas alternativas de atender al adulto mayor surgen fundamentalmente debido a la necesidad de contener los costos de la atención. El Centro de Atención Médica Integral (CAMI) de España, por poner un ejemplo, practica un modelo para el seguimiento y control personalizado del paciente que se basa en un enfoque eminentemente médico. Por otra parte, la Cooperativa Médica de Canelones (COMECA)

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

tiene una orientación preventiva que busca el mantenimiento de la capacidad funcional mediante un programa integrado de servicios de larga duración.

La primera consideración de carácter general guarda relación con aspectos estructurales de la organización sanitaria del país. Hay una discordancia, como es bien sabido, entre el modelo asistencial vigente, que se dirige principalmente a la atención de trastornos agudos o de enfermedades crónicas en fase aguda, y el perfil demográfico y epidemiológico, en el que resalta la alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Esta discordancia se hace más patente en el caso de los adultos mayores por tratarse de una población con gran variedad de trastornos complejos con claras implicaciones sociales. Es evidente que estos trastornos deben ser tratados mediante un enfoque multidisciplinario cuyas acciones se dirijan a promover la salud, a prevenir la aparición de complicaciones y a rehabilitar a las personas mediante el estímulo adecuado para la recuperación de capacidades residuales o el desarrollo de capacidades compensatorias. Esto significa que ciertos factores macroestructurales condicionan el modelo de atención vigente en relación con el adulto mayor e influyen en su estado de salud, y que la modificación de estos factores está sujeta en gran medida a un cambio en las características básicas y generales del sistema asistencial.

Por otra parte, la organización de los servicios asistenciales en Uruguay, como ya se ha señalado, tiene por característica la segmentación del mercado en función de la capacidad de pago de los usuarios, lo que se traduce en la existencia de dos subsistemas, uno público y otro privado, con distintos esquemas de financiamiento y grados de integración al sistema de la seguridad social. A ello se suma, en el caso del adulto mayor, la presencia de dos organismos públicos con competencias en el tema: el Ministerio de Salud Pública, organismo rector de las políticas de salud, y el Banco de Previsión Social, organismo principal en materia de seguridad social. Ambas entidades intervienen, con poca coordinación, en un campo donde hay una marcada interdependencia de aspectos sociales y sanitarios, que pugnan en gran medida contra la adopción de un sistema único de atención dirigido al adulto mayor.

Debido a la falta de integración de los distintos subsistemas, en el ámbito de la atención del adulto mayor y de otros grupos de población, hay una enorme variedad de efectores cuya complejidad y calidad varían y, como resultado, una frecuente superposición de prestaciones. En el caso que nos ocupa, la ausencia de otros servicios importantes para la atención de personas ancianas resulta paradójica.

No cabe duda alguna, sin embargo, de la creciente preocupación por el tema debido al acelerado envejecimiento de la población y al problema asistencial que ello supone. En el ámbito público, esta preocupación se ha traducido en la reciente sanción de normas jurídicas dirigidas a hacer frente a este problema, y en la creación, dentro

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

del organismo rector de la política de salud del país, de un instituto dedicado expresamente a tratar los problemas de la vejez. Asimismo, en el sector privado la necesidad de contener los costos de la atención de personas de edad avanzada ha llevado a la creación de algunos programas específicos de muy distinto enfoque.

Tal es el caso del Centro de Atención Médica Integral (CAMI), cuyo modelo para la atención del adulto mayor se basa en un enfoque eminentemente médico, si bien apunta al seguimiento y control personalizados del paciente. El objetivo principal de este modelo gerencial es contener los costos asistenciales de la atención de las personas mayores.

Desde el punto de vista sanitario, la atención médica de los adultos mayores está organizada de un modo similar al de la totalidad de los servicios del sistema sanitario nacional. No existen estructuras específicamente destinadas a ese grupo de edad, de tal manera que en términos generales, la atención de los adultos mayores no difiere de la que recibe cualquier otro grupo de edad, ni en el sector público ni en el privado (IAMC).

En algunas policlínicas se destinan determinadas horas de consulta ambulatoria a la población geriátrica. No obstante, a estas policlínicas el usuario tiene acceso por indicación del médico tratante, que suele ser un internista u otro especialista. Sucede algo similar en el caso de la atención dentro del hospital, donde el tratamiento está a cargo de un médico internista quien muy raras veces consulta a un geriatra para su evaluación. Debe señalarse la existencia de programas de internación domiciliaria en algunas IAMC, como el CASMU, la Asociación Española de Socorros Mutuos y la Casa de Galicia.

Estos programas, que surgieron básicamente en razón de la necesidad de contener los costos de la atención y de mejorar la calidad asistencial, reproducen el modelo de atención intrainstitucional y, por ende, el tratamiento de los pacientes de todas las edades, menos el de los niños, está a cargo de un médico internista con apoyo de personal de enfermería, practicantes y en ocasiones, un asistente social.Un paciente mayor de 64 años que egresa del hospital se va a su domicilio y vuelve a hacerse controles ambulatorios posteriores en la consulta externa. En el sector público particularmente, los servicios de atención domiciliaria se limitan a los cuidados provistos por personal de enfermería, practicantes o técnicos en fisioterapia y suelen destinarse sólo a resolver situaciones puntuales. Vale decir que estos servicios domiciliarios, por los cuales el usuario debe abonar un copago, no constituyen servicios de apoyo permanente dirigidos a compensar las incapacidades de personas de edad que no pueden valerse por sí solas ni mantener su ambiente en buen estado como consecuencia de sus afecciones crónicas.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

El seguimiento médico de los pacientes geriátricos o de los ancianos frágiles —los que han perdido su autonomía ya sea parcial o totalmente— se realiza básicamente cuando el paciente consulta a diferentes especialistas por los trastornos que lo aquejan: siquiatra, médico internista, neurólogo, traumatólogo, etc. Tanto el sector público como el sector privado integrado por las IAMC carece de una perspectiva dirigida a abordar de manera integral los problemas del anciano.

Cabe señalar un estudio dirigido por el Servicio Notarial de Salud cuyo propósito es implantar un sistema de carácter integral para la atención del adulto mayor. Dicho sistema, pese a estar destinado sólo a la fracción minoritaria de la población mayor de 64 años que goza de una situación socioeconómica superior a la media de su grupo de edad, podría ser de enorme valor para todo el sistema de salud.

Los servicios de salud que atienden a las personas mayores de 64 años en estado frágil y a pacientes geriátricos carecen de estructuras para dar apoyo permanente a personas con incapacidades. Los centros diurnos pertenecen a instituciones cuya actividad primordial no es proveer atención médica y suelen ser organizados localmente por iniciativa de la propia población servida. Por otra parte, la gran mayoría de estos centros son para ancianos autoválidos y sólo hay un centro diurno dirigido específicamente a pacientes con la enfermedad de Alzheimer, donde se atiende a sólo seis personas. El sector privado también registra la mayor oferta de servicios destinados a la atención y residencia permanente de los ancianos con discapacidades. En vista de que el sistema de las IAMC no ofrece a sus afiliados este tipo de prestaciones, y de que el sector público sólo cuenta con una institución de este tipo que siempre está repleta, los servicios que ofrecen residencia y atención permanente a los ancianos frágiles o geriátricos se encuentran mayormente en el sector privado. Estos servicios se financian mediante un pago mensual, de acuerdo con un contrato entre el usuario o sus cuidadores y la institución proveedora. Esta modalidad de pago por servicios es distinta de la del sistema de atención médica en general, que se fundamenta en el pago de un seguro. Cabe recordar que estas instituciones son de dos tipos: con y sin fines de lucro.

Resulta evidente que no hay un sistema integral de atención dirigida al adulto mayor. La plétora de efectores que pertenecen a subsectores distintos y con diferentes modalidades de financiamiento impide que estos servicios se puedan integrar. El modelo asistencial vigente, tanto en lo que respecta al sector público como al de las IAMC, no abarca todos los servicios necesarios para la atención integral del paciente geriátrico. Esto no constituiría una debilidad si el sistema no estuviese enmarcado en un modelo más amplio de orden eminentemente curativo encaminado a resolver episodios agudos de enfermedad, y si se contara con mecanismos para coordinar los servicios o complementarlos con los de las instituciones que ofrecen prestaciones post-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

hospitalarias (hogares y residencias). Estos aspectos ponen de manifiesto, por una parte, que la modalidad de atención dentro de las instituciones de salud no fomenta un enfoque integral del anciano por parte de un equipo multidisciplinario que actúe como unidad de evaluación geriátrica, lo cual a su vez refleja una característica de las instituciones de salud del país: que el diseño de sus estructuras no se ve determinado por la demanda de sus usuarios, sino que hay un "sistema" predefinido por los gestores de la oferta: el usuario ingresa y utiliza los diferentes subsistemas en función de su situación particular. Por otro lado, esto significa que hay una falta de continuidad en la atención del adulto mayor que ingresa a una residencia o a un hogar, si se descuentan las visitas médicas que se hacen desde la IAMC al paciente institucionalizado en estos centros.

La ausencia de modalidades de hospitalización diurna o de unidades de hospitalización específicamente destinadas a adultos mayores cuya estancia en los servicios de salud, sean éstos públicos o privados, es de corta o mediana duración, también revela la ausencia de un modelo integral de atención geriátrica. En Montevideo hay apenas tres centros diurnos con una capacidad de alojamiento muy reducida: uno pertenece al Hospital de Clínicas para pacientes con la enfermedad de Alzheimer, dos son de la Intendencia de Montevideo (110 usuarios) y uno es del Pyñeiro del Campo (17 usuarios).

Por último, los programas de internación domiciliaria para ancianos no existen en el sector público y son muy escasos en el sector privado (las únicas entidades con programas de internación domiciliaria son el CASMU, la Asociación Española de Socorros Mutuos y la Casa de Galicia).

A todo lo anterior cabe sumar el punto de vista del usuario, que se encuentra adscrito a un subsistema de atención según su capacidad para pagar. Sin embargo, estos sistemas no le ofrecen una cobertura integral y el usuario, para satisfacer determinadas necesidades de salud, se ve obligado a recurrir a otros efectores en el sector privado a quienes hay que pagar directamente los servicios que prestan al usuario. Si se trata de usuarios del sistema de las IAMC, ello significa abonar un prepago por un paquete de prestaciones que no comprende la eventual institucionalización por razones médico–sociales y que debe ser financiado de su propio bolsillo, mientras mantiene el pago de la prima del seguro de la IAMC. Esto representa una barrera económica que dificulta el acceso a estos servicios, haciendo que los problemas del paciente geriátrico recaigan sobre la familia exclusivamente y a veces, sobre el sector público. La existencia de un único servicio de residencia permanente genera una demanda insatisfecha importante en perjuicio de las personas mayores más vulnerables.

En la esfera asistencial, la mayor carencia puede observarse en los servicios dirigidos a los ancianos frágiles o a los pacientes geriátricos. Las 273 instituciones destinadas a brindar atención y residencia permanente al anciano (un hospital público de

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

500 camas, 87 hogares sin fines de lucro con 2.000 adultos mayores, 185 residencias y casas registradas) ofrecen una atención cuya calidad varía enormemente; en muchas de ellas, sean públicas o privadas, hay carencias importantes en términos de alojamiento y atención. Esta situación se asocia, en gran medida, a la ausencia de mecanismos para regular este tipo de servicios.

El Hogar Hospital Piñeyro del Campo da cobijo a aproximadamente 500 adultos mayores en situación de indigencia. Aunque la misión de esta institución es dar asistencia a personas mayores con pérdidas de la autonomía, el hospital ocupa muchas de sus camas para hospedar a personas mayores solamente por razones de indigencia, independientemente de su capacidad funcional, ya que casi todos los ingresos se hacen por orden judicial. Esto implica que la sociedad uruguaya necesita otras opciones para resolver la situación de las personas mayores indigentes sin limitaciones funcionales importantes, particularmente acciones orientadas a fortalecer la capacidad de la familia de darles atención. En este sentido, hacen falta urgentemente algunas reasignaciones presupuestarias a fin de ampliar las 55 plazas que actualmente ofrece el hospital en su programa de acogida familiar para personas mayores. Además, pese a que el Hospital Piñeyro hace poco abrió un centro de día con casi 20 camas, sus instalaciones deben ser remodeladas, ampliadas y habilitadas para dar atención adecuada a adultos mayores con pérdidas de la autonomía.

Según los resultados de un estudio realizado en 1996 por el Ministerio de Salud Pública, no hay información sobre las actividades de atención a la población mayor, las deficiencias de los hogares y residencias donde no se cumplen las normas vigentes, y la calificación de las personas que trabajan en esos establecimientos.

El primer programa, que se llamó el Programa de Atención del Adulto Mayor, se dirigió a los usuarios de mayor edad de los servicios públicos del Ministerio de Salud Pública y específicamente a los ancianos internados en el Hospital Hogar Piñeyro del Campo. Posteriormente este programa fue ampliado, incluyéndose entre sus propósitos el de mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Hoy en día el Programa busca: a) mejorar la red de servicios públicos de salud y regular los establecimientos privados de internación para adultos mayores; b) fomentar la creación de sistemas de ayuda familiar con la coordinación de otros organismos vinculados; c) desarrollar actividades preventivas basadas en el deporte, la recreación y el uso provechoso del tiempo libre; d) capacitar al personal de la salud y formar agentes comunitarios; e) educar a personas de otros grupos de edad sobre las necesidades del adulto mayor y los factores que condicionan su vida y su salud; f) desarrollar un marco normativo y jurídico que habilite las acciones del Programa y que vele por los derechos y la protección de las personas mayores; y g) realizar investigaciones sobre los estilos de vida

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

del adulto mayor y el envejecimiento normal. A pesar de estas intenciones, en términos generales los distintos oferentes uruguayos no han internalizado aún una perspectiva integral de la problemática del adulto mayor en sus aspectos sociales y sanitarios —son posibles excepciones el Servicio Notarial de Salud, el Sistema de Socio Preferencial CIMA-España y la Cooperativa Médica de Canelones—, lo cual limita en la práctica la oferta de servicios para satisfacer las necesidades identificadas.

Servicios sociales

A partir de 1985, los servicios sociales en el sector público han sido planificados y ofrecidos por el BPS a través de programas específicos que se dedican a las personas mayores y a los hogares colectivos para ancianos. Los servicios sociales ofrecidos por el BPS tienen por objetivo la promoción social del adulto mayor mediante la formación y participación de grupos de la sociedad civil. Su mandato específico se concentra en: a) facilitar la rehabilitación sicofísica y la integración social de los adultos mayores, particularmente de los más carentes; b) fomentar la instalación de hogares, centros gerontológicos diurnos y nocturnos, clubes para personas en la tercera edad y otros tipos de servicios que ofrezcan amparo y ayuda a dichas personas; y c) desarrollar proyectos complementarios para satisfacer las necesidades básicas insatisfechas mediante prestaciones económicas y la transferencia de bienes y servicios a las poblaciones objetivo.

El Programa BPS se ve respaldado en gran medida por el personal voluntario de organizaciones de la sociedad civil que brindan servicios sociales a personas mayores o con discapacidad. El Programa ha creado un registro nacional de organizaciones sin fines de lucro que reciben información general sobre la población mayor. Actualmente, más de 400 entidades registradas con un total de 3.000 dirigentes voluntarios y más de 150.000 beneficiarios (30% de los uruguayos mayores de 60 años) constituyen el sostén de los servicios sin fines de lucro para adultos mayores en el Uruguay. Este buen nivel de participación puede servir de estímulo para lograr metas aún mayores.

El BPS cuenta con un equipo multidisciplinario de técnicos especializados que coordinan y realizan en todo el país actividades de: i) orientación y capacitación para dirigentes voluntarios, beneficiarios y trabajadores de las organizaciones asociadas; ii) apoyo económico a instituciones afiliadas (94 hogares de ancianos con 3.527 residentes mayores, 132 asociaciones de jubilados, 151 clubes de personas mayores, 14 centros diurnos y 38 servicios diversos para adultos mayores y discapacitados); iii) turismo social; iv) investigación; v) elaboración y difusión de publicaciones; y vi) coordinación con otros organismos públicos y privados. Entre los proyectos especiales que

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

ha gestionado junto con asociaciones civiles figuran la "Atención integral de las personas mayores en situación de calle", "Educación no formal para personas mayores en Montevideo" y "Relaciones intergeneracionales con el Instituto Nacional de la Juventud". El presupuesto anual de la Repartición de Servicios Sociales del BPS, que es del orden de US$800.000, ha sufrido escasas variaciones en los últimos años. La mayoría de estos recursos están destinados a subsidiar hogares de ancianos y casi exclusivamente a pagar gastos extraordinarios justificados que no forman parte de los gastos de funcionamiento.

También opera un programa de vivienda dirigido a jubilados y pensionados del BPS con ingresos de menos de US$198 mensuales que no tengan donde vivir. En este programa, que ha construido mas de 2.300 viviendas y tiene otras mil en licitación, participan el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, el BPS y una comisión asesora que da orientación sobre la ubicación y calidad de las viviendas y sobre las bases técnicas para su construcción.

Por otra parte, la Intendencia de Montevideo apoya a alrededor de 213 organizaciones comunitarias de adultos mayores o que están dedicadas al servicio de este grupo de la población. Tiene, además, una Comisión de Tercera Edad que ha definido programas de asistencia social de cuatro tipos: centros diurnos, recreación, canto grupal y educación física. Tiene dos centros diurnos con capacidad para alrededor de 50 personas cada uno.

Participación social de los adultos mayores

Como ya se ha indicado, en Uruguay hay numerosas organizaciones de adultos mayores, de las cuales unas 429 tienen el apoyo del BPS. Dichas organizaciones, entre las que figuran 131 asociaciones de jubilados y pensionados, ofrecen una variedad de servicios a un total de 150.000 beneficiarios. Además, la Red Nacional del Adulto Mayor de Uruguay (RENAMU), con el apoyo del Centro Interinstitucional de Colaboración al Adulto Mayor (CICAM), cumple labores voluntarias de difusión por radio y capacitación, entre otras. También tiene su sede en el Uruguay la Red Latinoamericana de Gerontología, que se asocia con Caritas Internacional.

Recursos humanos

Los recursos humanos dedicados a la población de edad, que se componen principalmente de geriatras (86%), médicos fisiatras (80%) y farmacéuticos (85%), tienen una

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

distribución geográfica desigual, puesto que se concentran en Montevideo. La formación básica de estos recursos humanos está poco coordinada en general y, pese a que depende del sector público, sigue habiendo escasez de enfermeras, trabajadores sociales, sicólogos y nutricionistas. Las actividades de formación continuada son prácticamente inexistentes. Por otro lado, un buen número de auxiliares de enfermería están sin trabajo, aun cuando tienen cursos de formación en la atención de personas mayores. Se sabe poco acerca del personal de las residencias y hogares de ancianos, y el tema será estudiado como parte de un proyecto de regulación que está preparando el Ministerio de Salud Pública. La Sociedad de Geriatras y Gerontólogos del Uruguay se compone de médicos especialistas en geriatría.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Anexo 2

OPORTUNIDADES ESTRATEGICAS

Olga Solas, Sandra Arlette Pinzón, María Victoria Zunzunegui, Tomás Engler

En este anexo se presentan las conclusiones de la reflexión colectiva más de 300 expertos[1] sobre los resultados del estudio en Argentina, Chile y Uruguay, en torno a las oportunidades de intervenir para hacer frente a la problemática del adulto mayor. La interacción que se produjo en seminarios y encuentros entre expertos procedentes de distintas disciplinas y sectores[2] y adultos mayores organizados e independientes permitió identificar espacios críticos para actuar frente a los desafíos que plantean las sociedades cuyas poblaciones envejecen. Estas oportunidades estratégicas, que se resumen a continuación, guardan relación con la coordinación de políticas y esfuerzos; participación e integración social y la calidad de vida; sustentabilidad de los regímenes previsionales; modelos de atención, cobertura y calidad de servicios y recursos humanos; educación y empleo; accesibilidad universal y seguridad de los espacios urbanos, transporte y vivienda; y la formación de recursos humanos. Los expertos propusieron también un marco conceptual y operativo que permitirá justificar las inversiones dirigidas a este grupo de población e identificar criterios de costo-efectividad para asignar recursos a actividades encaminadas a lograr que las personas mayores de menores ingresos envejezcan con dignidad y en forma activa, productiva y saludable.

[1]Expertos de Argentina, Chile y Uruguay participaron en seminarios temáticos realizados entre el 26 de abril y el 2 de mayo de 2000 en Buenos Aires, Montevideo y Santiago, y expertos de Canadá, China, España, Estados Unidos, Inglaterra, Japón y Suecia y unos 11 países americanos tomaron parte en el Encuentro Interregional Sobre el Envejecimiento de la Población, que tuvo lugar en la sede del BID en Washington, D.C., Estados Unidos, en junio de 2000.

[2]Atención social, salud y calidad de vida; educación, empleo, cultura, ocio y participación social; vivienda, espacio urbano, transporte y residencias geriátricas; financiamiento e inversión social.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Coordinación

Los expertos de los tres países estudiados destacan la existencia de vacíos, así como de oportunidades, en la coordinación entre los sectores y actores sociales que inciden en el bienestar de las personas mayores, particularmente en Argentina y Uruguay; en la planificación sistemática de políticas y programas, y en la regulación de los servicios para este grupo poblacional.

En Chile el Comité Nacional del Adulto Mayor, desde su creación en 1995, ha venido supliendo esas funciones. En su corta existencia ha promulgado una política nacional (1996) y ha logrado avances importantes en la formalización de instancias de coordinación intersectorial, en el compromiso de los gobiernos locales y en el desarrollo de proyectos y actividades de alcance nacional tendientes a forjar un nuevo estilo de envejecimiento. No obstante, aún tiene por delante grandes desafíos en lo referente a la capacitación, la participación de algunos sectores, y la generación de una oferta adecuada de servicios sociales.

En el caso de Argentina, se enfatiza la necesidad de actualizar el Plan Gerontológico Nacional, dándole carácter de política de Estado con fuerza suficiente para asegurar la asignación de los recursos requeridos para su buen funcionamiento. Asimismo, en ese país se considera importante crear ámbitos viables de decisión y acción en los niveles provincial y municipal con la participación de adultos mayores y de los profesionales dedicados a su servicio. También se reconoce la importancia de crear sistemas para acreditar y mejorar la calidad de los recursos humanos y físicos, así como bases de datos que contengan todas las propuestas, actividades y recursos para el adulto mayor ofrecidos por los sectores público, privado y la sociedad civil.

Los expertos uruguayos coinciden con sus contrapartes argentinos al plantear la oportunidad de prolongar la esperanza de vida libre de discapacidad si se logra integrar y coordinar las políticas y acciones para la población adulta mayor a través de la creación de una Comisión Nacional del Adulto Mayor dependiente de la Presidencia de la República, integrada por los ministerios de línea con responsabilidades afines, el Banco de Previsión Social, los gobiernos departamentales y municipales, la Universidad de la República, las instituciones de asistencia médica colectiva, y de organizaciones de la sociedad civil (OSC), de adultos mayores y de profesionales dedicados al tema del envejecimiento. Esa Comisión debería tener el mandato y los recursos necesarios para completar un diagnóstico y formular un plan gerontológico intersectorial para Uruguay, en el cual se reconozca la heterogeneidad de la población adulta mayor y se potencien los valores positivos de la "tercera edad", haciendo hincapié en acciones preventivas y en la eliminación de todas las formas de discriminación social y cultural de las personas mayores. Para lograr este fin, resulta fundamental revisar los

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

servicios y gastos actuales, con miras a conseguir tanto la participación coordinada de OSC, como la articulación adecuada de los aspectos pertinentes de la seguridad social y de salud. Los expertos también opinan que no deben desaprovecharse las oportunidades para facilitar el acceso de los adultos mayores a una amplia gama de servicios y bienes básicos. Las empresas privatizadas de teléfonos y sistemas de alarma podrían, por ejemplo, hacerles un descuento a las personas de edad, o se podría ofrecer incentivos y exenciones a proveedores de servicios, dar subsidios a los hogares con adultos mayores o introducir seguros de protección social, entre otros. Una dimensión clave que es necesario revisar es la realidad laboral del adulto mayor.

Los expertos reunidos en la Consulta Interregional en Washington, D.C., coincidieron en reconocer que hay espacios en que el BID puede dar su apoyo a acciones como las siguientes: i) sensibilización de los decisores políticos de los distintos sectores, empresas públicas y entidades privadas que inciden sobre la situación de vida del adulto mayor[3], así como de los gestores institucionales, los profesionales y la sociedad en general y sus grupos organizados, particularmente los que están integrados por los propios adultos mayores; ii) realización de conferencias, reuniones y grupos de trabajo subregionales que refuercen el compromiso de los países de cumplir determinadas metas en torno a la calidad de vida de las personas mayores; y iii) creación e implantación efectiva de comisiones o consejos nacionales supraministeriales, y coordinación de políticas con la participación de adultos mayores que permitan articular las políticas, programas y recursos a fin de mejorar la eficiencia de las acciones dirigidas a la población adulta mayor que está en una posición social desventajosa.

Participación e integración social y calidad de vida

Se reconoce que la participación es un elemento crítico de la calidad de vida y los expertos coinciden en señalar que hay amplias oportunidades para fortalecer la participación, integración social y el trabajo voluntario de las personas mayores, pese a que hay organizaciones muy activas en ese sentido, como algunas asociaciones de jubilados y pensionados. Se considera especialmente importante que los adultos mayores participen en las decisiones que los afecten, para lo cual es preciso fortalecer las agrupaciones existentes y reforzar el intercambio entre ellas, procurando fomentar la formación de redes. También es importante: a) apoyar el desarrollo de organizaciones dedicadas al adulto mayor a fin de incrementar su protagonismo y capacidad para au-

[3]Previsión social, salud, asistencia social, trabajo y empleo, economía, hacienda y justicia, vivienda y planificación urbana, transporte, educación, recreación.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

togestionarse y generar recursos, así como crear mecanismos para su acreditación; b) incluir a personas mayores en las distintas instancias que formulen y diseñen políticas, programas y proyectos; y c) ampliar el diálogo entre las autoridades gubernamentales locales y las organizaciones del adulto mayor. Asimismo, hay numerosas oportunidades para propiciar la comunicación y socialización intergeneracional, con miras a promover la solidaridad entre los jóvenes y los mayores, con el apoyo de los gobiernos locales. Entre las oportunidades para fomentar la participación de adultos mayores en actividades voluntarias y remuneradas cabe resaltar la ampliación de su desempeño como consultores y su habilitación en el uso de nuevas tecnologías, especialmente de computación y telecomunicaciones.

Modelos de atención, cobertura y calidad de los servicios

Hubo un amplio consenso entre los expertos en el reconocimiento de ciertas oportunidades clave en el ámbito de los servicios. Una de ellas es la reconfiguración del modelo de atención vigente, y la otra, la eliminación de barreras que dificultan el acceso a los servicios críticos de los sectores pertinentes.

El modelo de atención vigente, según opinan los expertos unánimemente, debe y puede ser reorientado y convertido en un modelo proactivo, interdisciplinario, preventivo, comunitario, continuo, integral e integrado (preventivo, asistencial y rehabilitador), racional y eficiente, que se centre en garantizar el acceso universal y la libre elección de los servicios sociales y sanitarios esenciales y que se oriente a lograr que las personas puedan cuidarse a sí mismas sin ayuda. El modelo reformado deberá tener mecanismos adecuados para mejorar la calidad de sus prestaciones. En la práctica, todo esto se traduce en la promoción entusiasta del envejecimiento activo y saludable, la introducción de esquemas de regulación para las residencias geriátricas y la adopción de modalidades más eficientes, como alternativas a las residencias, para la atención de la minoría dependiente. Entre ellas cabe mencionar la atención domiciliaria, en que cuidadores y ayudantes voluntarios o remunerados, sean de la familia o sean trabajadores formales calificados, prestan ayuda en las actividades diarias; los centros diurnos administrados por los propios adultos mayores de la comunidad; los hospitales de día; las unidades de valoración funcional en hospitales generales para casos agudos; las salas de media estancia, y otras modalidades distintas de la institucionalización y de las residencias geriátricas.

En lo que respecta a la cobertura y el acceso a los servicios esenciales de salud y asistencia social, se perciben y destacan la oportunidad y necesidad de eliminar toda

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

barrera cultural, educativa, geográfica y burocrática, dando prioridad a la atención de la población mayor que actualmente se encuentra excluida del sistema. Para este fin, el voluntariado puede y debe desempeñar un papel importante y la tecnología puede ser útil (v.g., la teleasistencia). Será importante, además, focalizar acciones en las personas mayores en función de criterios de pobreza (ingreso), vulnerabilidad (sexo, situación social y familiar) y fragilidad (discapacidad). Se considera prioritaria la creación de centros comunitarios de atención integral, como los centros de día y de atención sociosanitaria primaria, debidamente articulados entre sí y con acceso a otros niveles de atención y derivación. Los cuidados paliativos también deberán formar parte de la oferta de estos centros. Los gobiernos municipales tienen en esta esfera una oportunidad excelente de promover y coordinar iniciativas ciudadanas, asociaciones de jubilados y pensionados, clubes y centros de adultos mayores, concentrando la atención en la promoción de la salud y en la calidad de vida.

Los expertos manifiestan su inquietud por la falta de un control de calidad en las residencias geriátricas y por el costo de oportunidad que ello implica. Se reconoce la necesidad de conocer mejor la situación de estas residencias y de crear o actualizar, difundir y hacer cumplir normas adecuadas para su habilitación y funcionamiento, así como para calificar y capacitar a su personal, o bien para poner en marcha otras de las opciones ya mencionadas. La aplicación rigurosa de las normas tendrá importancia crítica, particularmente frente a la problemática de los hogares clandestinos ("truchos"), que en última instancia tendrán que cerrarse a no ser que sean habilitados o adaptados. Estas acciones deberían complementarse mediante la creación de bases de datos, accesibles al público y a todos los proveedores, sobre la calidad de la oferta existente. Será imprescindible fomentar sistemas para dar apoyo y subvención a las instituciones que trabajen con adultos mayores dependientes de escasos recursos.

Educación

En el campo educativo, las principales oportunidades que fueron identificadas se centran en la opinión pública, la formación profesional, la educación permanente de los propios adultos mayores y la necesidad de conocer mejor aspectos críticos del envejecimiento mediante actividades de investigación. Se considera indispensable: a) lograr un cambio cultural basado en una "gerocultura", a través de estudios de mercadeo y campañas orientadas a estimular en la sociedad una imagen favorable de la vejez: activa, autónoma y saludable; b) incluir contenidos curriculares sobre el ciclo de vida y el proceso de envejecimiento, los derechos de las personas mayores y la interacción ge-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

neral en todos los niveles educativos; c) difundir información sobre el envejecimiento; d) estimular las carreras en el campo de la gerontología, así como exigir y regular la calificación del personal profesional, técnico o voluntario que trabaje con las personas mayores; e) ampliar y fortalecer las instituciones (las "universidades de la tercera edad" y otros centros docentes) que ofrezcan programas específicos de formación continuada, general, técnica, profesional y de alfabetización para adultos mayores; y f) promover y crear actividades de investigación sobre el envejecimiento y el impacto que tienen en esta población los distintos programas e intervenciones.

Empleo

En el ámbito laboral se consideran medidas oportunas revisar las políticas y leyes en torno al empleo y la jubilación obligatoria, fomentar el acceso de las personas mayores al microcrédito en calidad de prestatarios y beneficiarios a la vez, y promover el voluntariado, haciendo hincapié en el papel potencial del adulto mayor en actividades pertenecientes al campo de la salud, entre otras.

Algunas posibilidades interesantes que se vislumbran en este terreno son la reglamentación del retiro progresivo, acompañado de la creación de oportunidades de empleo parcial de corto y mediano plazo; la difusión del valor de las contribuciones laborales que puede hacer el adulto mayor; la creación de nuevas posibilidades de trabajo para personas mayores; la introducción de incentivos para la contratación de adultos mayores y la proliferación de programas de semivoluntariado —estos podrían ser el pago de costos y gastos o el reconocimiento público de las contribuciones—, la promoción de cooperativas de personas mayores, la creación por adultos mayores de servicios sociales y de consultoría para personas de su misma edad, y el fomento de diversas líneas de microcrédito con el apoyo del Estado.

Ocio

Los expertos que participaron en los talleres y encuentros consideran que es fundamental fomentar maneras provechosas de ocupar el tiempo libre y procurar facilitar el acceso físico y socioeconómico de las personas de edad a centros culturales y recreativos (procurando eliminar problemas de transporte, removiendo barreras arquitectónicas, ofreciendo precios subsidiados o descontados, etc.). También es importante registrar y difundir información sobre la oferta de actividades de turismo y recreo para personas mayores y articular redes de organizaciones activas en este campo.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Desarrollo urbano, transporte y vivienda

Los expertos coinciden en la importancia de actualizar y difundir normas para planificar, crear y adaptar espacios públicos urbanos y rurales, así como el transporte público y las viviendas, conforme a principios de diseño universal que contemplen diversas situaciones de evolución personal. Se considera igualmente importante que los adultos mayores participen en las campañas de seguridad ciudadana y protección ambiental, y que se generen incentivos para que vivan en lugares menos contaminados.

La adecuación de la vivienda para personas mayores implica ampliar las facilidades de crédito para este grupo, modernizar y difundir normas de seguridad y acceso a la vivienda, contar con subsidios estatales y con el apoyo del gobierno, en sus niveles nacional y local, adaptar y conservar las viviendas de personas mayores según las normas establecidas, y fortalecer la familia extendida. Se contemplan también oportunidades interesantes asociadas con el empleo de viviendas compartidas como alternativas a la inserción familiar; los sistemas de permuta de viviendas; el fomento del desarrollo de industrias nacionales dedicadas a la producción de artículos que faciliten el acceso y la seguridad de las personas mayores dentro de su vivienda; y la flexibilización de soluciones habitacionales para los adultos mayores, revisando los sistemas de diseño, equipamiento, financiamiento, producción, tenencia y apoyo de la vivienda.

Recursos humanos

Las prioridades identificadas en el área de los recursos humanos abarcan la reorientación y el fortalecimiento, la acreditación y la creación de incentivos para programas de formación profesional (pregrado de medicina, enfermería, sicología, trabajo y asistencia social, nutrición, fisioterapia y kinesiología, terapia ocupacional, farmacia, entre otras), la institucionalización de actividades de formación continuada, la capacitación e inserción laboral de cuidadores y la atención a su condición laboral.

Financiamiento

Las discusiones gravitaron en torno al financiamiento y su justificación y a la preocupación por la suficiencia y sustentabilidad financiera de los sistemas de pensiones. Se destacaron, en particular, los siguientes aspectos: i) la evasión de las contribuciones de los regímenes previsionales; ii) el respeto al destino de los fondos de jubilación; iii) los mecanismos de financiamiento y su naturaleza contributiva o impositiva; iv) el im-

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

pacto de los costos administrativos de los fondos privados de jubilación; v) la insuficiencia de la base fiscal frente a los costos económicos y políticos de la transición de un sistema de reparto a uno de cuentas individuales; y vi) el impacto fiscal del crecimiento anticipado de la demanda de servicios ancilares de tipo sanitario, social y demás.

Algunas vías de solución que vislumbraron los expertos se asocian con el papel y valor social de los adultos mayores desde un punto de vista humanista, ético y político. Otras fueron la identificación de formas de emparejar el financiamiento por medio de contribuciones a los sistemas nacionales de pensiones; el logro de una mayor eficiencia y otros mecanismos de contención de costos, y la inversión en actividades de prevención y promoción (educación, vivienda, transporte, integración social y calidad de vida personal y comunitaria). Los rubros cuyo financiamiento se consideró prioritario fueron las pensiones; los servicios sanitarios, sociales e infraestructurales (como vivienda, seguridad y transporte), particularmente de prevención y promoción, y los esquemas encaminados a promover el autofinanciamiento de actividades por grupos de adultos mayores (asociaciones, cooperativas, microempresas, etc.). Todos los expertos están de acuerdo en la importancia de conseguir aportes del Estado para atender a las necesidades de los adultos mayores carentes e indigentes, así como de fomentar conductas saludables mediante incentivos.

Conclusión

En resumen, las conclusiones de los expertos consultados están en consonancia con los postulados promovidos por la ONU desde 1982 y por el Parlamento Latinoamericano a partir de 1997. Las principales oportunidades estratégicas que se identificaron fueron las siguientes:

- la creación y el fortalecimiento de instancias nacionales con capacidad de convocatoria y encaminadas a coordinar políticas y acciones para mejorar la capacidad conjunta del Estado y la sociedad civil de atender a las necesidades de los adultos mayores carentes e indigentes, y de fomentar conductas saludables;
- la solución inmediata de la insuficiencia de las pensiones y la incorporación del sector informal, especialmente de las mujeres y habitantes de zonas rurales, a regímenes previsionales sustentables;
- el aprovechamiento de oportunidades para la producción de bienes y servicios por adultos mayores para personas de su misma edad, facilitando opciones de

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

empleo parcial y de retiro progresivo, así como iniciativas microempresariales y de microcrédito como medios potenciales de seguridad económica;

- el fortalecimiento de redes y organizaciones de la sociedad civil integradas por adultos mayores, fomentando su interacción con el Estado y la participación de sus miembros en las decisiones que los afectan y aprovechando las habilidades, conocimientos, experiencias de las personas mayores en todos los niveles y su aporte voluntario a la búsqueda de un envejecimiento activo y saludable;
- la prevención de la discapacidad y mortalidad prematuras y la conservación de la capacidad funcional mediante la introducción de incentivos, modelos y actividades que logren la orientación promocional, integralidad, accesibilidad, costo-efectividad, calidad, acreditación y certificación de la atención social y de salud, así como del personal que atiende a las personas mayores;
- el refuerzo de actividades preventivas y de integración social para el desarrollo urbano y rural, el mejoramiento de la vivienda y la provisión de servicios recreativos y culturales; y
- la sensibilización del público y el desarrollo de programas educativos para escolares y de educación permanente para adultos de todas las edades, que tengan por objeto la integración social y laboral de las personas de edad, su realización personal y lograr que puedan cuidarse a sí mismas, ya que estos son aspectos esenciales de un envejecimiento activo y saludable.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Página en blanco a propósito

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Anexo 3

OBJETIVOS Y METODOLOGIA GENERAL DEL ESTUDIO EN ARGENTINA, CHILE Y URUGUAY

Se resumen a continuación las metodologías analíticas usadas en cada uno de los elementos principales del estudio, a saber:

- análisis de tendencias demográficas, sociales y económicas;
- identificación y caracterización de políticas y oferta de servicios;
- necesidades y demandas de los adultos mayores; y
- oportunidades estratégicas: recomendaciones sobre política social, inversión y financiamiento

Análisis de tendencias demográficas, sociales y económicas

Para el análisis sociodemográfico se usó como horizonte temporal el año 2025 y se estudió la evolución de los indicadores en series cronológicas a partir de 1950. Las proyecciones de la población se obtuvieron utilizando los programas DemoGraphics'96 y DemoTables'96 del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP, 1997). Estas proyecciones fueron revisadas conforme a datos demográficos de 1996 y trabajos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía para estos países (CELADE, 1998). Se da por sentado que la población evolucionará de acuerdo a la variante media establecida por el FNUAP en las proyecciones de 1996. En el análisis de las tendencias se toma en cuenta particularmente la evolución de la población de 60 años de edad y más[1]. Se han tenido en cuenta tres niveles geográficos en el análisis de las tendencias: el país, la capital y América Latina en su conjunto.

[1]Este límite de edad se acepta como válido por dos razones. La primera es que se trata del límite establecido en el estudio multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizado por la OPS (1999)

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Para el análisis económico se han revisado datos secundarios y estudios sobre los sistemas de salud y la protección social en los tres países. Los indicadores económicos presentados han sido tomados de diversas fuentes documentales, previo análisis de su fiabilidad. Los indicadores seleccionados son el producto interno bruto (PIB), el ingreso nacional bruto real disponible, el gasto social, el gasto público de salud, la deuda externa, el número de pensiones y otros beneficios previsionales, el monto de la pensión media y pensión asistencial, y el gasto en pensiones.

Identificación y caracterización de políticas y oferta de servicios

El análisis no se basa en un modelo de atención preconcebido, sino que se basa en el principio de que la independencia y autonomía funcional del adulto mayor deben ser metas de un buen sistema de previsión social, atención a la salud y servicios sociales. El análisis descriptivo de la oferta de servicios para el adulto mayor se enmarca en la descripción del marco jurídico existente, de los recursos humanos capacitados en geriatría y gerontología, y de los dispositivos, planes y programas, según el área clave en cuestión y su ámbito de aplicación.

Para el análisis profundo de la política, estructura, organización y utilización de los servicios se ha seleccionado como metodología el estudio de caso, abarcando las posibles características de la oferta: el sistema de previsión social, la oferta de dispositivos, planes y programas de atención a la salud, de servicios sociales específicos y de promoción de la actividad en la vejez. Esta metodología permite identificar oportunidades de intervención a partir de la descripción y análisis de experiencias concretas. Para ello se han utilizado en cada país las opiniones de informantes clave y grupos de expertos que han elaborado informes bajo la supervisión directa del equipo de trabajo, con el fin de garantizar el acceso a fuentes de información heterogéneas y a menudo dispersas y fragmentadas.

Legislación

En este apartado se describen sucinta y sistemáticamente los aspectos relevantes del marco normativo, destacando las innovaciones, los vacíos legales y otros aspectos crí-

para definir la población adulta mayor. La segunda es que las proyecciones para los grupos de edad menores de 60 años proporcionan información sobre la población en transición entre la edad activa y la jubilación y que en algunas circunstancias puede requerir determinadas intervenciones.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

ticos para el desarrollo de la oferta de servicios para el adulto mayor. Para su análisis se realizó una búsqueda, selección y recopilación, por orden cronológico, de las normas relacionadas con el adulto mayor; se describió cada norma según las siguientes características, y posteriormente se efectuó un análisis para identificar innovaciones y vacíos jurídicos en el sector.

- *Jerarquía:* Constitución Nacional, tratados internacionales, otros tratados y concordatos, normas derivadas de tratados de integración, leyes, decretos, decisiones administrativas y resoluciones, todo ello seguido de las constituciones, leyes, decretos y resoluciones provinciales y de las cartas orgánicas municipales.
- *Competencia:* Conducta que se imputa legítimamente a un ente, en razón del territorio, materia y tiempo, y que conforme al derecho administrativo debe estar expresa o implícitamente determinado en la norma.
- *Jurisdicción*: Identificación de los límites territoriales dentro de los cuales se ejercen las funciones específicas de órganos estatales, jurídicos o administrativos.
- *Objetivo*: Identificación del área clave a la que se refiere la norma[2].
- *Prestación detallada*: Transcripción textual de la norma, o referencia breve a la previsión normativa que interesa al objeto de este estudio.

Recursos humanos

Para el análisis de los recursos humanos se ha utilizado información documental y se han realizado entrevistas a informantes clave para identificar la cantidad y la calidad de los recursos humanos en las especialidades de geriatría, gerontología y disciplinas afines, la cantidad de programas docentes en estas áreas y la capacitación profesional sobre el cuidado de las personas mayores. El análisis se ha realizado con base en la suficiencia y disponibilidad de recursos.

Sistema de previsión social

Para su análisis se ha recogido información documental y de informantes clave y se ha descrito el sistema actual según el tipo de régimen (reparto, capitalización, mixto), su

[2]Según el marco teórico propuesto para este estudio, las áreas clave que fueron definidas por las Naciones Unidas para el Año Internacional del Adulto Mayor como temas de especial interés fueron la protección social, la salud, la vejez activa y la solidaridad intergeneracional.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

financiación (fuentes y estructura), sus beneficiarios y prestaciones y la cobertura de las prestaciones. El análisis se dirige a valorar la suficiencia (poder adquisitivo) y equidad (distribución por sectores económicos de origen) de las prestaciones económicas recibidas por el adulto mayor, así como su proyección después de las reformas introducidas en cada país.

Atención sanitaria

Como parte de la descripción del sistema de atención sanitaria se identifican los proveedores públicos y privados en función del nivel de atención (primaria, especializada, de internación) y se describen las prestaciones y los establecimientos dirigidos específicamente al adulto mayor. También se describen el financiamiento y los gastos del sistema de atención sanitaria, su cobertura, su accesibilidad, su utilización y costos, y se estima la población beneficiaria de los distintos subsistemas de seguros y prestadores públicos y privados; se identifican los criterios de acceso y barreras, las tasas de uso de servicios específicos por adultos mayores y los diferentes tipos de prestaciones; y se describe la atención sanitaria, proporcionando a manera de ejemplo las experiencias concretas de cada país (estudios de caso).

Servicios sociales

La descripción de los servicios sociales se inicia con la revisión de políticas y programas públicos y privados relacionados con el adulto mayor; dispositivos asistenciales (residencias geriátricas, hogares de ancianos, centros de día, clubes de ancianos y programas de atención a domicilio según su financiación, prestaciones, cobertura, accesibilidad, utilización y costos); y experiencias concretas en cada país (estudios de casos).

Estudios de caso

Para los estudios de caso que fundamentan el análisis presentado se seleccionaron la Ciudad de Buenos Aires en Argentina, las comunas de Peñalolén y Ñuñoa en Santiago, Chile, y la Intendencia Municipal de Montevideo, el Banco de Previsión Social, el Hogar Español, la Caja Notarial, CIMA–España y la Cooperativa Médica de Canelones, Uruguay. Cada uno de los casos se describe según los aspectos que mejor ilustran sus modelos normativos y asistenciales innovadores (descripciones completas disponibles por pedido a los editores de la presente obra).

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Necesidades y demandas de los adultos mayores

Mortalidad evitable: Las estadísticas de mortalidad de Argentina, Chile y Uruguay correspondientes al año 1996 (número de defunciones por edad, sexo y causa de muerte, según la novena revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, CIE) fueron proporcionadas por los respectivos Institutos Nacionales de Estadística (Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Argentina, 1996; Departamento de Informática y Estadística, Chile, 1996; Instituto Nacional de Estadística, Uruguay, 1996). La población por grupos quinquenales (60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 y 80 años o más) correspondiente al mismo año fue extraída de las proyecciones de población publicadas por las Naciones Unidas en su *Anuario Estadístico para América Latina y el Caribe* (CEPAL, 1997). Los datos de mortalidad en España correspondientes a 1994 (publicados en 1997) fueron tomados de las estadísticas de mortalidad publicadas por el Instituto Nacional de Estadística[3] y los de población se obtuvieron de las estimaciones y proyecciones emitidas por el mismo organismo.

Para hacer comparaciones de la mortalidad general se han utilizado las tasas específicas por grupo de edad y grupo de causas de muerte según la novena revisión de la *CIE*. Para comparar los datos de mortalidad por causas evitables se han utilizado igualmente las tasas específicas por grupo de edad, tomando únicamente aquellas causas que se consideran modificables mediante cuidados médicos o políticas estatales.

- Grupo I: *Causas evitables mediante actividades de prevención primaria.* Aquí se incluyen las causas que son hasta cierto punto atribuibles a los estilos de vida y a causas externas que pueden ser modificadas, al menos en parte, mediante acciones sociales y legislativas.
- Grupo II: *Causas evitables mediante actividades de detección y tratamiento tempranos*. Se encuentran en este grupo aquellas causas para las cuales hay métodos de tamizajes establecidos, y cuya detección precoz y tratamiento adecuado pueden evitar la muerte prematura.
- El Grupo III: *Causas evitables mediante mejores tratamientos y cuidados médicos*. Esta categoría abarca todas las enfermedades infecciosas que pueden controlarse con antibióticos y vacunas, y trastornos que, como la hiperten-

[3]Instituto Nacional de Estadísticas. Defunciones según la causa, el sexo y la edad. Datos de 1994. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

sión arterial y la úlcera péptica, dependen para su mejoría de un diagnóstico preciso y de una atención médica o quirúrgica de calidad.

Como base de comparación se utilizaron finalmente las razones de mortalidad estandarizadas (RME) correspondientes a cada país y causa de muerte estudiada. Las tasas de mortalidad se estandarizaron usando como referencia las tasas específicas de mortalidad por causas y grupos de edad en España. Se ha aplicado la prueba de χ^2 para determinar si la diferencia entre la mortalidad observada en el país y la esperada según la tasa estandarizada es estadísticamente significativa, tomando como nivel de significación un valor $P \leq 0{,}05$.

Para la comparación entre países y ambos sexos se han seleccionado algunas afecciones que guardan relación con el consumo de alcohol y tabaco, o las medidas preventivas y educativas que se han adoptado en cada país: neoplasias de vías respiratorias altas y de vías digestivas (*CIE*, novena revisión, 140-150), neoplasias de tráquea, bronquios y pulmón (*CIE*, novena revisión, 162), enfermedad hepática y cirrosis crónica (*CIE*, novena revisión, 571) y lesiones y envenenamientos (*CIE*, novena revisión, 800-990). Se han ajustado las tasas por edad usando el método directo con el fin de hacer comparaciones entre países.

Encuesta de hogares con adultos mayores sobre salud, bienestar y envejecimiento

La información sobre las necesidades y demandas de los adultos mayores se obtuvo de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento[4], la cual se aplicó a una muestra aleatoria de la población de 60 años y más en Buenos Aires, Santiago de Chile y Montevideo. La encuesta consta de 11 secciones (datos personales; evaluación cognitiva; estado de salud; estado funcional; medicinas; uso de servicios y acceso a ellos; red de apoyo familiar y social; historia laboral y fuentes de ingresos; características de la vivienda; antropometría; flexibilidad) a las cuales se agregaron seis secciones diseñadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública como parte de este estudio (maltrato; servicios sociales; economía doméstica, consumo de bienes y servicios; riesgos físicos del hogar y sus alrededores; demanda de bienes y servicios adaptados a las personas mayores; ocio y tiempo libre).

[4]Encuesta desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Federación Internacional de la Vejez, el Centro de Estudios Poblacionales (Argentina), el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (Chile), y el Ministerio de Salud Pública (Uruguay).

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Percepciones acerca de la oferta, las necesidades y la demanda de servicios

Se seleccionó la metodología del grupo de discusión como técnica adecuada para lograr los objetivos propuestos y la información necesaria para elaborar un análisis estratégico y de los escenarios previsibles en cada país, conforme a sus rasgos políticos, sociales, económicos y comerciales. La estrategia metodológica observada fue la siguiente:

- *Número de grupos por país*: Se definieron previamente los perfiles de las personas que integrarían los grupos y se fijó un total de seis grupos de discusión en cada país, correspondiendo cada uno a un tipo de perfil.
- *Número de participantes por grupo*: El número óptimo de participantes se fijó entre 6 y 12 personas que fueron seleccionadas según los criterios de segmentación de la población para cada uno de los grupos. En caso de no contar con el número mínimo, se realizó una segunda convocatoria.
- *Muestra de grupos de discusión*: Varios criterios de inclusión fueron establecidos para cada grupo de discusión (cuadro 3-1).
- *Local:* una sala lo más neutra posible.
- *Duración sugerida:* De 60 a 120 minutos.
- *Registro de información:* La información se registró en cintas magnetofónicas que más tarde se transcribieron literalmente con la ayuda de profesionales expertos en estas tareas.
- *Coordinador de la técnica:* En cada país, los grupos de discusión fueron dirigidos por dos consultores nacionales, quienes asumieron las funciones de coordinador y observador bajo la supervisión del consultor internacional responsable del componente. El coordinador de la técnica no conocía previamente a las personas que participaron en ella para evitar que hubiera sesgos por razones de "deseabilidad" social.
- *Identificación, localización, selección y captación de participantes:* En general, los participantes de los grupos fueron identificados y seleccionados en instituciones públicas y privadas, organizaciones sociales (por conducto de sus juntas directivas) y otras fuentes informales, como los mediadores, agentes locales y voluntarios. Una vez seleccionadas las personas u organizaciones que participarían en cada grupo, se realizaron entrevistas en donde se aplicaron fichas de preselección (nombre, edad, dirección, teléfono, situación sociolaboral y otros datos). Estas fueron utilizadas como herramienta para controlar la calidad del proceso de selección.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Cuadro 3-1.
Tipos de grupos de discusión y criterios de inclusión

Tipo de grupo	Criterios de inclusión
GD 1: Adultos mayores en buen estado de salud y con una buena calidad de vida	Personas con autonomía, capaces de realizar las actividades de la vida cotidiana, sin discapacidades graves ni situaciones críticas en su vida, que conviven en familias de constitución normal. Los participantes de este grupo se denominaron "casos típicos".
GD 2: Parientes que cuidan a adultos mayores con limitaciones físicas, psíquicas o sociales.	Cuidadores de personas con poca autonomía, incapacidad grave y, en consecuencia, mayor necesidad de cuidados específicos y apoyo social. Estas personas se denominaron "casos críticos".
G3: Personas ajenas a la familia que pertenecen a organizaciones de ayuda doméstica o con atención de salud para adultos mayores. (*Care organizations and self-help care organizations*).	Cuidadores ajenos a la familia con afiliación a organizaciones de asistencia y voluntariado que prestan servicios de atención doméstica, cuidados personales, atención de salud y apoyo emocional. Cuidadores ajenos a la familia con afiliación a organizaciones no lucrativas (ONG, asociaciones de enfermos y familiares, asociaciones de apoyo y solidaridad) que prestan servicios personales al enfermo o a su cuidador.
GD 4: Organizaciones de la sociedad civil y grupos de interés	Organizaciones dedicadas específicamente a: a) concienciar al público; b) promover y defender los derechos sociales y humanos de personas afectadas (pacientes, personas mayores; c) defender los intereses legítimos de ciertos grupos sociales, como las organizaciones de personas mayores, los consumidores y los consejos de salud comunitarios.
GD 5: Profesionales de la salud y los servicios sociales (médicos generales, médicos especialistas, geriatras, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales)	Profesionales de la salud y de la atención social con afiliación a entidades locales en los barrios y municipios donde se realizó el estudio y que en su trabajo diario tenían contacto directo con adultos mayores.
GD 6: Personas responsables de formular políticas sociales en torno al adulto mayor en el ámbito local. Empresarios.	Políticos y dirigentes de organizaciones locales, empresarios, asociaciones gremiales, fundaciones.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

- Los coordinadores y observadores fueron entrenados en la aplicación de las técnicas en cada actividad. La estrategia de análisis contempló la definición de descriptores principales, secundarios y terciarios, a fin de extraer los textos correspondientes a cada uno de los apartados definidos en los objetivos de esta parte del estudio.
- Posteriormente se triangularon los resultados con la información de revisión documental y las entrevistas realizadas en la fase de análisis de la oferta de servicios, construyéndose matrices de resultados por grupo y descriptor.

Oportunidades estratégicas: recomendaciones sobre política social, inversión y financiamiento

Para esta parte del estudio se realizaron en los tres países seminarios interdisciplinarios, intersectoriales e interinstitucionales con paneles de expertos. Se seleccionaron de 70 a 100 expertos en cada país y se programaron cuatro paneles temáticos simultáneos, cada uno con 20 a 25 expertos que estuvieron coordinados por un consultor nacional y otro internacional:

- Panel A: Atención social, salud y calidad de vida
- Panel B: Empleo, educación, cultura, ocio y participación
- Panel C: Vivienda, residencias geriátricas, transporte y espacio urbano
- Panel D: Financiamiento e inversión en el adulto mayor

Los paneles se organizaron en tres sesiones de trabajo:

- Identificación de políticas prioritarias y oportunidades estratégicas
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones
- Presentación de conclusiones en sesión plenaria

A todos los participantes se les entregó un informe con una síntesis de la información arrojada hasta el momento por el estudio en Argentina, Chile y Uruguay.

Las conclusiones y recomendaciones resultantes fueron presentadas ante un grupo de expertos internacionales en un encuentro efectuado en la sede del Banco Interamericano de Desarrollo en Washington, D.C., Estados Unidos. Estos expertos recomendaron una agenda de actuación al Banco.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

Bibliografía

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1997, *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe,* edición de 1996, Santiago, Chile: Naciones Unidas.

Departamento de Informática y Estadística, 1996, *Estadísticas de mortalidad por causa, sexo y edad*, Santiago, Chile: Secretaría Regional, Región Metropolitana del Ministerio de Salud.

Instituto Nacional de Estadística, 1996, *Estadísticas de mortalidad por causa, sexo y edad*, Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

Instituto Nacional de Estadística, 1997, *Defunciones según la causa, el sexo y la edad: datos de 1994*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Instituto Nacional de Estadística, Banco de datos Tempus. *Proyecciones y estimaciones intercensales de población por sexo y edad a nivel nacional: datos de 1994*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, página Web: http:/www.ine.es/tempus/

Programa Nacional de Estadísticas de Salud, 1996, *Agrupamiento de causas de mortalidad por jurisdicción de residencia, sexo y edad*, Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social.

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub

SALUD

En las próximas décadas, América Latina y el Caribe serán escenario de un envejecimiento poblacional que ya se ha hecho sentir en algunos países de esta región. Dadas las condiciones actuales, ¿podrán los latinoamericanos y caribeños disfrutar de una vejez digna?

A partir del análisis de datos empíricos, *Más vale por viejo* presenta propuestas concretas que responden a la realidad de la región. La evolución demográfica del hemisferio norte, aunada a un cuerpo creciente de conocimiento científico sobre el envejecimiento y su dinámica social, indicarían que sí es posible –con intervenciones sencillas y de bajo costo– alcanzar procesos de envejecimiento dignos, activos, productivos y saludables para la mayoría de los ciudadanos mayores de América Latina y el Caribe.

Engler y Peláez son los editores de esta obra, la cual en un lenguaje sencillo pero con bases científicas y estadísticas ofrece un amplio abanico de opciones de intervención al alcance de todos los países de la región, así como orientaciones prácticas para su puesta en ejecución. *Más vale por viejo* será de gran utilidad, tanto para las autoridades responsables de las políticas sociales, de salud, educación, empleo, seguridad social, desarrollo urbano y vivienda, como para dirigentes de organizaciones de adultos mayores, gerontólogos, planificadores y otros profesionales del campo social.

Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Ave., N.W.
Washington, D.C. 20577
Estados Unidos de América
Tel. 202-623-1753
Fax: 202-623-1709
www.iadb.org/pub
idb-books@iadb.org

ISBN 1-931003-29-7

Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Estados Unidos de América
Tel. 202-974-3405
Fax: 202-974-3671
www.paho.org