Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

REVISTA CIESS

PUBLICACIÓN DEL
CENTRO INTERAMERICANO DE
ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

EDICIÓN BILINGÜE
BILINGUAL EDITION

PRIMERA ÉPOCA

DICIEMBRE
2004

NÚMERO
8

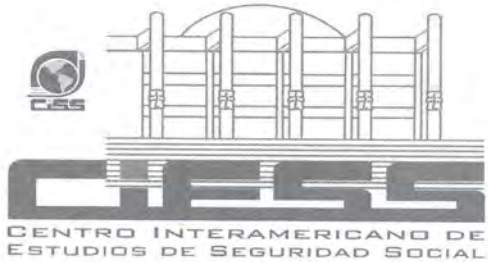
REVISTA CIESS

Revista CIESS

8

DICIEMBRE 2004

PUBLICACIÓN SEMESTRAL



CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

La reforma del sector salud y la política de salud para el adulto mayor: ¿agendas contradictorias o complementarias?

Raquel Abrantes Pêgo *

Trataré, en este documento, de compartir algunas ideas sobre lo que, desde mi punto de vista, son algunos de los rasgos más significativos de lo que se está discutiendo en ciertos ámbitos importantes de la esfera social y del sector salud en los últimos años, en torno a la cuestión de la salud del adulto mayor. Para nada voy a hacer una evaluación de las políticas, trataré solamente de puntualizar algunos de los aspectos que me parecen más relevantes, sin por eso entrar en detalles u aspectos socio-políticos particulares, sino, más bien, ver los que me parecen centrales, que han marcado las agendas de discusión en torno de la política de salud para el adulto mayor.

* Coordinadora Académica del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

En primer lugar, quiero señalar que una agenda importante en el sector salud y que está orientando muchas de las políticas de salud de nuestros países, es la que está vinculada al proceso de Reforma. Esta agenda, igual que otras construidas en torno al problema de salud del adulto mayor, es producto de la demanda de determinados actores en circunstancias históricas, económicas, sociales, políticas y culturales específicas y su transformación en política general, deriva de la interacción de los actores en conflicto en torno a un conjunto de cuestiones percibidas por ellos como problemas sociales.

Me parece que conviene ver las tendencias principales que operarán sobre la conformación de la agenda del llamado proceso de reforma del sector salud, y lo mismo con relación a otras discusiones y propuestas en torno a la cuestión de salud del adulto mayor. Las agendas, en cierta medida, expresan el primer momento de una política social: la transformación de un problema particular, privado o de ámbito doméstico como es el cuidado del anciano, en una cuestión a ser debatida en el espacio público que requiere de decisiones públicas y de políticas generales.

La reforma del sector salud fue presentada como una política que busca dar una respuesta a las desigualdades e inequidades en el acceso a los servicios de salud, los altos costos, la baja calidad y eficiencia de las acciones de curación, teniendo en consideración un escenario de crisis económica y de transformación de los modelos de desarrollo, de nuevas situaciones de riesgo o vulnerabilidades distintas, de variadas situaciones epidemiológicas, demográficas y de presión social.

A su vez, la demanda por un trato específico al adulto mayor está acoplada a las necesidades sentidas por ese grupo social, organismos técnicos sectoriales y otros actores de la sociedad, en un contexto de cambio demográfico, de desigualdad, discriminación y pobreza, que afecta de forma particular al adulto mayor, y que da como resultado diferentes riesgos para la salud y acceso a los servicios.

Estas dos tendencias, a partir de dinámicas distintas, han confrontado los sistemas de protección social y marcaron la necesidad de políticas públicas más eficaces y equitativas. De esta forma, la salud del adulto mayor y sus determinantes, pasó a exigir un trato diferencial e integral frente al proceso salud-enfermedad.

En este sentido, este documento tiene su foco de interés en el proceso de formulación de las agendas de política y una mirada política. Se cuenta con un primer apartado que es una aproximación al proceso de conformación de la agenda de reforma en el Continente, y otro que corresponde a las principales orientaciones de política de salud para el adulto mayor que salen de otros foros que necesariamente no son los mismos de la reforma, aún con preocupaciones similares; se busca recuperar el desarrollo contextual de ambas agendas, sus valores, ideologías, conceptos y propuestas, seguido de una reflexión crítica a partir del análisis de las agendas. El desarrollo de la argumentación se basa en algunos documentos y publicaciones existentes referidos a la reforma y la política de salud para el adulto mayor.

1. La reforma y su agenda para el sector salud

1.1 La configuración de la reforma como un problema de salud pública

La reforma está asociada a una agenda de prescripciones muy concreta dirigida a

promover una gestión más equilibrada, y plantea un cambio en el funcionamiento de los sistemas de salud y en el financiamiento para reducir costos, mejorar la eficiencia, la calidad y la equidad de los mismos y promover un sistema mixto basado en la competitividad. La elaboración de la agenda partió de algunos presupuestos, entre ellos, la transición epidemiológica y demográfica, y de los retos que esos dos fenómenos representan para la provisión de servicios de salud, debido el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas y, por supuesto, a su atención médica. Además, contó con el soporte de las agencias financieras internacionales, y fueron promovidas con el apoyo de diversas fuerzas sociales vinculadas al sector empresarial y a corporaciones financieras interesadas en la apertura de nuevos mercados (Armada, Muntaner y Navarro; 2001).

Esta agenda de reforma fue construida a partir de un diagnóstico de crisis económica del Estado de Bienestar, y presentada como una alternativa neoliberal para la recuperación económica y para enfrentar las cuestiones referentes a las desigualdades producidas por las políticas de ajuste financiero que afectaron el bienestar de determinados grupos sociales. Se estableció una conexión entre crisis económica y crisis de los sistemas de salud, lo que encauzó la discusión en dirección a una crisis de carácter universal de los sistemas de servicios de salud. Dicha crisis fue inscrita en un marco propio, restrictivo a las políticas sociales y de control de los gastos sanitarios.

En consecuencia, las propuestas frente a la crisis del sector salud —que es la propia reforma sectorial— se articularon con las políticas macroeconómicas y acompañaron su desarrollo. De suerte que, en un primer momento[1], se coincide con los acuerdos de ajuste estructurales y con los condicionantes de los financiadores externos —Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional— que impusieron políticas de racionalización del sector público, como estrategias para incidir en la reducción del déficit y en la disminución de la carga fiscal, liberando fondos para pagar la deuda externa.

En un segundo momento[2], que para muchos autores es cuando se "formulan propuestas de reforma, analíticas y técnicamente fundamentadas" (Almeida, 1999:5), lo que anima la agenda de la reforma es tanto la excesiva contracción impuesta por los ajustes económicos sobre los propios sistemas públicos de salud y el aumento de las desigualdades sociales, como la importancia de las fuerzas del mercado para animar la economía, mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios ofertados, teniendo como trasfondo, el discurso ideológicos de la ingobernabilidad de los costos de los sistemas de salud al lado de la persistencia de inequidades y desperdicios (Wold Bank Development Report, 1993:4).

Es entonces cuando el propio Banco Mundial crea un fondo especial para aliviar las consecuencias económicas y sociales adversas de los programas de ajuste y empieza a financiar las reformas como parte de las condiciones negociadas en las bases de los ajustes económicos (Almeida, C., 2002:906 y 919). La política de ajuste en nuestros países tuvieron efectos serios sobre el financiamiento del sector social y las condiciones de vida de amplios sectores sociales. En parte porque un alto porcentaje de la población no tenía acceso a los servicios de salud, a lo que se agregaba la pobreza existente.

[1] Temporalmente corresponde a finales de los años 70's y toda la década de los 80's.
[2] Temporalmente corresponde a la década de 1990.

1.2 La política de ajuste, el aumento de la pobreza y de la desigualdad social y nuevas orientaciones de política social

La política de ajuste en nuestros países tuvieron como consecuencia un aumento de la pobreza en todo el continente y de desigualdad social. Además, surgieron nuevas situaciones de pobreza y de vulnerabilidad, en particular en la población urbana aun cuando la situación del campo era más severa. La población en situación de pobreza en la región alcanzó en 1990 una cifra de 46%, neutralizando los progresos de la década de los setenta

En la mayor parte de los países de América Latina, de acuerdo con un documento de la CEPAL (1994), lo que se observó fue un "aumento de la diferencia entre los ingresos del 40% de hogares más pobres y del 10% de los más ricos" ampliando así, la distancia entre pobres y ricos. Las situaciones más adversas fueron en Argentina, Venezuela y Brasil. En estos países aumentó la indigencia. La paradoja es que el gasto social se contrajo en grandes proporciones, particularmente en El Salvador y México, afectando tanto la cantidad como la calidad de los servicios prestados.

El número de pobres e indigentes al margen de las prestaciones sociales de los sistemas de seguro social aumentó. Citando CEPAL (1994:37), en áreas urbanas de diez países la situación fue dramática para jefes de hogar inactivos que recibían algún tipo de prestación: Brasil, Costa Rica, Chile y Panamá representaban entre 12% y 14% del total; en Colombia, México y Paraguay variaba entre 5% y 7% y en Guatemala y Honduras, un 3%. El caso extremo es Uruguay, donde 30% de los jefes de hogares eran inactivos preceptores de pensiones. Ese mismo documento reveló que los jefes de hogar mayores de 60 años que recibían alguna ayuda proveniente de la seguridad social vivían mejor, disminuyendo el porcentaje de pobreza de forma importante y con consecuencias para su bienestar.

La orientación de política social para hacer frente a esa nueva realidad fue en el sentido de apoyar los grupos de extrema pobreza, en particular niños y mujeres, a través de paquetes de intervención, "alejándose de otros beneficiarios como los sectores medios y medios bajos, y adoptando un criterio de beneficencia más que de inclusión" (Horis del Prete, 2003:68). La paradoja de la situación es la tendencia de la política de salud de recortar recursos justos dirigidos a las políticas de bienestar y de hacer que los pobres participen en los costos de los mismos al mismo tiempo en que se daba prioridad a la atención médica especializada y al desarrollo del sector curativo-privado en perjuicio de las medidas preventivas y de interés colectivo. Otra consecuencia paradójica fue el cambio del enfoque igualitario por el de equidad, donde el último apunta "a la igualdad de oportunidades individuales para satisfacer un conjunto de necesidades básicas o aspiraciones definidas socialmente". La igualdad, es relativa y "apunta a la distancia entre categorías sociales respecto del poder y la riqueza" (Garretón, 2001:189).

En esta etapa de la reforma, las elites científicas comprometidas con ella tuvieron un papel importante, actuando como ideólogos y expertos. Como ideólogos, elaboraron los argumentos técnico-científicos a partir de los cuales se justificó la reforma y, en consecuencia, la legitimaron en su racionalidad técnico-científica. Como expertos, participaron indicando los conocimientos más adecuados para alcanzar sus fines.

Concretamente hicieron la traducción de los argumentos económicos para el sector salud; elaboraron su marco normativo, el diseño de los sistemas asistenciales, sus estrategias de intervención y los instrumentos a partir de los cuales se

definirían las prioridades en salud; militaron por la necesidad de formación de recursos humanos bajo nuevos principios y un conocimiento capaz de viabilizar la puesta en práctica de los acuerdos y una nueva dinámica para asignar recursos que no contribuyan a aumentar la carga tributaria del Estado.

En el nuevo marco de decisión que la reforma buscaba imponer, las necesidades entendidas como demandas en salud, serían identificadas por la investigación epidemiológica, la oferta de servicios y recursos y por la economía de la salud. La primera, tenía como misión dar a conocer el cuadro epidemiológico y, en ese sentido, era la que generaba información en torno a las futuras demandas y necesidades de servicios de salud. La economía de la salud, proporcionaba la información necesaria para la asignación racional y eficiente de los recursos financieros para la atención, actuando ambas, como intermediarias en la competencia financiera entre las necesidades de las enfermedades crónicas con las infecciosas, conforme ellas se expresaban en virtud de la transición epidemiológica y a través de las diferentes instancias (World Health Organization. World Health Report 2000:73-77).

Bajo esa metodología, fue propuesto un paquete básico de intervenciones dirigido a la población de menores recursos a ser ejecutado por los poderes locales, como expresión óptima, en términos de costo-beneficio y costo-efectividad, y paquetes asistenciales a ser garantizados por la vía de los seguros y por el sector privado u organizaciones sociales. En ese esquema centrado en la atención médica-curativa y de paquetes ofertados en base a la técnica costo-efectividad, ¿cómo salvaguardar los derechos de los ancianos de gozar de una situación de salud satisfactoria, independiente de su status cultural o económico y, por tanto, de su pertenencia familiar? ¿Qué resultados de salud busca el paquete básico obtener con relación a los ancianos? ¿Quién está respondiendo por los factores que actúan sobre el proceso de envejecimiento y no necesariamente sobre la demanda derivada de una enfermedad? La otra interrogante a la cual es preciso dar respuesta es: ¿cómo garantizar una acción integral cuando los servicios pertenecen a entes de naturaleza diversa, que no siempre actúan bajo la misma lógica?

La respuesta a esta cuestión se debe buscar en los sistemas de salud reformados, preguntando por las políticas específicas que se están poniendo en práctica para responder a las demandas de ese grupo social, así como por las informaciones existentes y recursos dirigidos a la atención del adulto mayor en sus diversas etapas. Se plantea otra cuestión: ¿es posible incorporar las consideraciones de equidad por edad a las técnicas para establecer y monitorear las prioridades, por ejemplo, al análisis de costo-efectividad? (Farjado Ortiz, G. (1993).

2. La problemática de salud del adulto mayor en la perspectiva de otros actores: el reclamo por un enfoque integral

2.1. La problemática del anciano a partir de la agenda de la diversidad social

Una de las características de las tres ultimas décadas del siglo pasado fue la mayor presencia de las demandas de la sociedad civil en las políticas de salud del Continente. La diversidad de la sociedad civil se hizo más explícita con las demandas étnicas, raciales, religiosas, etáreas, ambientales, sexuales y muchas otras, develando un mundo de exclusión, marginación, desigualdad y dolor, pero

también el deseo de vivir en diversidad en un marco de respeto y de equidad. Además, propició la proliferación de diversas organizaciones sociales así como la formación de redes temáticas, regionales, nacionales y locales de apoyo y de investigación (Foro de la Sociedad Civil (1999).

Como parte de ese proceso, se reivindicó el derecho de una vida plena para el adulto mayor y se reconoció que la vejez requiere de cuidados especiales y de un replanteamiento de la sociedad y la cultura para proteger su status social. Este replanteamiento incluye una nueva identidad para el anciano en la sociedad, que sea un garante de un lugar digno, que reconozca que la disminución de las capacidades laborales, físicas y mentales, no significa la pérdida de su calidad de ser humano y que las diferencias de edad signifiquen solamente diferencias de papeles y funciones (Morales, M.E.38).

El propósito de esos movimientos no fue el de negar lo innegable, que el organismo pasa por transformaciones y que en determinada etapa de la vida, hay una predominancia de las enfermedades crónico-degenerativas que se gestaron desde etapas anteriores, debido a factores biológicos y sociales determinados por las condiciones de trabajo y vida: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías y problemas relacionados con la depresión (Morales, M.E., 1999:36). Por lo contrario, reclamaban la especificidad de ese grupo social y la complejidad de la situación en constante cambio, que requería de nuevos enfoques y conceptos diferentes de la visión negativa de la vejez, muy vinculada a la pérdida de la capacidad de trabajo. Además, se reconoció que ese grupo social era heterogéneo, y que en su interior era posible distinguir subgrupos diferenciados con una dinámica y características que les eran propias, incluso algunos en situación de vulnerabilidad mayor que otros, debido a las determinaciones de clase social, género y etnia, de acuerdo con el sistema de exclusión de cada país.

Frente a esta situación, el reto era hacer oír la voz del anciano, definida como la manifestación más auténtica de las necesidades, que reclamaba por un cuidado especial capaz de incorporar tanto la dimensión física del cuerpo, como social y psíquica (Robles Silva, 2001:563), por la promoción de políticas que incluyeran redes de apoyo y de cuidados, que no lo separaran de su entorno socio-cultural-familiar y que atendieran a la complejidad del fenómeno, que tenía una manifestación biológica, pero que era también de naturaleza social, económica y cultural. Se reivindicó una identidad del anciano más allá de la de un sujeto portador de un conjunto de enfermedades que requería de servicios médicos.

Las organizaciones de mujeres argumentan que "el envejecimiento está marcado por el género" (Morales, M.E., 1999:37). Observan que los recursos para los trastornos de la menopausia no existen en la misma proporción que los aplicados para controlar la capacidad reproductiva, que las mujeres viven más y desempeñan roles en la sociedad que muchas veces no son valorados económicamente. Lo anterior, plantea, en las perspectivas de las organizaciones de mujeres, no sólo problemas vinculados al cuidado personal, como los asignados por el rol de género, sino que demandan políticas de salud donde el eje de referencia central para la elección de los objetivos sea la mujer anciana.

Además, observan que la mujer anciana continúa desempeñando el papel de trabajadora infatigable que cuida de todos y de todo, trabajo ése no remunerado y que es fundamental para la reproducción de la familia, pero poco reconocido socialmente. Argumentan que en situación de viudez, la posibilidad de la mujer de volverse a casar es menor que la del hombre, y las

enfermedades degenerativas y discapacidades hacen que dependan del cuidado de algún familiar o institución. Esta cuestión se torna cada vez más compleja con la disminución de las tasas de natalidad, fomentada en contextos anteriores por muchos gobiernos y organismos internacionales y que ha significado una disminución de la familia. Súmase a esta dinámica, los nuevos papeles que las mujeres han ocupado en la vida social, los reducidos espacios de las viviendas, que han contribuido a debilitar las soluciones cerradas en el espacio familiar, como es la propuesta hoy muy discutida de disminuir los tiempos de hospitalización, aumentando el tiempo de cuidado de las familias, o mejor de las mujeres o las propuestas de trabajo comunitario en salud. Ambas propuestas están basadas en la premisa de que la mujer es una fuerza de trabajo sub-ocupada que puede con facilidad asumir una carga laboral adicional (Standing, H., 2000:6)

2.2. El problema del anciano en la perspectiva de los organismos de cooperación en el marco de las Naciones Unidas

Otro fenómeno de gran trascendencia y que contribuyó a hacer pública la cuestión de salud del adulto mayor y en particular del anciano, fue el aumento de la injerencia de los organismos de cooperación internacional de las Naciones Unidas. Esta injerencia resultaba en parte explicada por la tendencia demográfica del envejecimiento de la población, principalmente en el mundo desarrollado y, en menor intensidad, en naciones de desarrollo medio. Dicha tendencia fue percibida como un problema para los sistemas de seguridad social y de salud, las familias y los gobiernos, pues se podía apreciar que, cada vez más, se presentaba como un problema central de la vida cotidiana.

En el año de 1979, la Organización Mundial de la Salud aprobó la primera resolución específica relativa a la atención al anciano y, en 1982, celebró en Viena la Asamblea Mundial del Envejecimiento, que tuvo diversas repercusiones. Otras Conferencias fueron realizadas, en las que se definieron metas de investigación, se realizaron acuerdos, se formaron comités e instituciones y se logró involucrar a diversos organismos en la iniciativa y a la comunidad de investigadores en temas afines. Este conjunto de acciones culminaron en la celebración en La Habana (1992) del primer seminario internacional "Atención al anciano en América Latina, necesidades y perspectivas", seguido de otros eventos promovidos por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) (Alfonso Fraga, J. y Correa, M. M., 1999:442).

Una preocupación presente en todas esas reuniones y que se transforma en una base conceptual para orientar políticas es, en las palabras de Alfonso Fraga (ob.cit.:460), la de construir consensos que movilicen a la comunidad internacional en torno del problema y, en consecuencia, conduzcan a "implantar acciones y políticas que eviten las consecuencias negativas que lleven a que los ancianos se conviertan en una carga social, si no se logra adaptar el funcionamiento de la sociedad en algunos aspectos fundamentales".

Debe subrayarse que, a partir de este momento, se incrementó el número de publicaciones, investigaciones y acciones dirigidas a enfrentar la cuestión, promovidas por los organismos de la sociedad o por el poder público a través de la política social.

2.3. El envolvimiento más amplio de la comunidad científica

La comunidad científica ha respondido a la convocatoria de los organismos de la

Naciones Unidas, aportando información al conocimiento del fenómeno del envejecimiento, en una perspectiva dinámica y multidimensional a partir de un enfoque interdisciplinario. El reto para muchos investigadores se constituyó en generar conocimiento adaptado a la realidad de los países para proponer las políticas que de él se deriven, a fin de alcanzar su viabilidad, consistencia y efectividad.

Un paso importante ha sido partir del presupuesto de que la salud en la edad avanzada necesariamente no constituya un proceso unidireccional, ni necesariamente de deterioro irreversible, aceptando que hay diversos caminos para el envejecimiento que "dependen en gran medida de las condiciones de vida y los comportamientos relacionados con éstas a lo largo de la vida" (Ham Chande, R., 2001:557). En consecuencia, definieron el envejecimiento como un proceso dinámico, complejo, en el cual los estilos de vida de las diferentes generaciones y los ambientes —tanto sociales como físicos— a los que están expuestos los individuos, tienen efectos en el deterioro de su salud y por lo tanto, en su estado al llegar a una edad avanzada (Wong, R. y Lastra, M.,A., 2001:521).

En ese sentido, entre los factores con efectos directos sobre la salud del adulto mayor "se encuentran las actitudes y percepciones hacia la salud y el uso de los servicios, las redes familiares, las transferencias privadas y la exposición acumulada de la persona a diversos ambientes, igual que la historia laboral y de salud, la experiencia migratoria del individuo y de su red familiar y las transferencias públicas" (Wong y Lastra, ob.cit.:523).

Por otra parte, la percepción de que el aumento de la esperanza de vida no estaba implicando necesariamente gozarla con calidad, hizo que surgiera investigaciones dirigidas a conocer mejor esa nueva realidad y cuantificar la esperanza de vida libre de invalidez, la esperanza de vida sin demencia, la esperanza de vida en hospitales o asilos (Ham C. Ob. Cit.,: 558).

En esta perspectiva, se articula el aumento de los costos por las prestaciones sanitarias que requerirán los adultos mayores a lo largo de la vida. Esta visión induce a la demanda general de cambio de la política social, dado que una buena parte de la población del Continente vive bajo los estragos de la pobreza, sin recursos suficientes para atender las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación; situación que se puede agravar, con la baja cobertura de los servicios públicos y la casi inexistencia de acciones preventivas y de promoción de la salud. Estos factores conllevan a llegar a la edad avanzada con afecciones a la salud que comportan altos gastos al sistema sanitario público.

A su vez, el envejecimiento es descrito como una situación específica propia de una etapa de la vida en que se pierden algunas funciones, caracterizada por la carencia de autonomía, pero que no necesariamente se refiere a una enfermedad. Esta carencia de autonomía está asociada a un conjunto de situaciones de la vida como la pérdida de trabajo, soledad, marginación social y depresión. Se reconoce que estas diversas situaciones de la vida con el paso del tiempo aumentan, se acumulan y se influyen recíprocamente. En consecuencia, se plantea que la solución no está en medicar el envejecimiento, porque no se está delante de una situación necesariamente patológica solucionable a ser tratada como tal; se va a requerir de una respuesta en términos de una política social, que no necesariamente se encuentra en el interior de la familia, ni solamente en los servicios médicos curativos, y que debe ayudar a las personas a recuperar su independencia, condición para no aislarlas de la vida social (Scortegagna, R. 1995).

En este marco, ha avanzado considerablemente el conocimiento en torno a la especificidad del envejecimiento, con aportes de múltiples disciplinas, que buscan recuperar al anciano para la sociedad, demostrando cómo el envejecimiento afecta individualmente a cada uno, como la propia idea de ser joven, y que esa situación, demanda un concepto específico de bienestar que replantea el lugar del cuidado personal para un ámbito público y la necesidad de fuentes de ingresos para solventar las necesidades en una etapa de la vida de muy poca capacidad productiva.

Se puede decir que, en la actualidad, está puesto en la mesa del debate la cuestión del envejecimiento de la población, los problemas que representa para los individuos y para las colectividades, y la situación de vulnerabilidad que encuentran con relación al reparto de los recursos sociales. Ello implica que las políticas públicas, y más específicamente, las sociales, deben incluir componentes específicos dirigidos a la atención de ese grupo social como sujetos de derechos sociales, en una perspectiva integral que va más allá del simple cuidado a la persona mayor y con pocos resultados en su calidad de vida.

En ese sentido, se hace necesario garantizar seguridad social y económica y, asimismo, las oportunidades para contribuir al desarrollo nacional. Elaborar iniciativas destinadas a otros grupos etarios, a los hijos e hijas, nietos y nietas para promover cambios en las relaciones entre generaciones, como también en las instituciones de salud y seguridad social en el sentido de buscar una normalidad específica para el anciano "definible como el grado de autonomía funcional del que goza en relación al proceso que está viviendo" (Scortegagna:405), pero también, a las instituciones económicas para "fortalecer las capacidades de los países para enfrentar efectivamente con el envejecimiento de sus poblaciones y con los intereses y necesidades especiales de los ancianos" (OPS-OMS:97).

3. Propuestas de acción que buscan una recuperación del anciano para la sociedad

En el actual gobierno de la Ciudad de México, se está poniendo en práctica una política social dirigida a los adultos mayores de 70 años, que busca elevar su calidad de vida mejorando sus condiciones materiales, atendiendo de manera integral sus necesidades subjetivas y particulares y disminuyendo las desigualdades ante la enfermedad, la muerte y el acceso a la protección a la salud. Para eso, se definió que todo adulto mayor de 70 tenía derecho a una pensión universal (en marzo de 2001 era de 13 dólares; en diciembre del mismo año, 22 dólares; en octubre de 2002, 28 dólares; en 2003, 29 dólares y para 2004, 32 dólares), gratuidad en los servicios médicos y en medicamentos. Se elaboró una Cartilla de Salud para Personas Adultas Mayores, se promovió la conformación de redes sociales de apoyo y acciones de capacitación en gerontología y geriatría al personal, visitas médicas domiciliarias y acciones de sensibilización de la sociedad por una cultura del envejecimiento.

Una de las características del programa es su sencillez: se inscribe sin burocratismo, a través de una solicitud directa del interesado o de un familiar cercano, en los Centros de Salud o Módulos de Atención. Hasta el momento, hay 325.000 inscriptos, el 61.% son mujeres. Del universo atendido, solo 23% tiene ese recurso para vivir. Se reconoce que este programa ha tenido un impacto positivo en la calidad de vida de este grupo social dado que ha posibilitado una mejora en su alimentación, hacer compras que antes no podía, sentirse más

seguro e independiente, colaborar con la familia, salir más y tener acceso a los servicios de salud (Gallardo, R., 2003).

Programas de esta naturaleza, fuertemente orientados a los resultados, compuestos por un conjunto de acciones dirigidas a objetivos muy concretos, se legitiman junto a la población y facilitan su éxito. Su puesta en práctica no requirió la creación de nuevos servicios y sí de reconocer la problemática del anciano y buscar su autonomía, entendida esta como expresión de salud para el anciano y su familia. Para muchos puede parecer poco lo que está haciendo ese programa, pero sus resultados son muy concretos.

También ahora en Brasil, después de siete años en el Congreso, el Estatuto del adulto mayor fue sancionado por el presidente de la República y beneficiará a cerca de 20 millones de brasileños. "Sus 118 artículos forman un arco de garantías legales que la sociedad debía a sus adultos mayores. A partir de ahora, ellos van a tener una amplia protección jurídica para gozar de derechos sin depender de favores, sin sufrir humillaciones y sin pedir para existir ", dijo el actual presidente de Brasil, Lula da Silva (traducción libre de la autora).

Cito estas dos experiencias, pero deben existir otras que buscan recuperar el lugar de dignidad del adulto mayor e informan que la cuestión del adulto mayor es parte de las preocupaciones de nuestros gobiernos y que difícilmente se dará vuelta atrás en ese proceso.

4. Inferencias posibles de las agendas

La rápida y breve revisión del proceso de formulación de algunas agendas de política de salud que están orientando programas específicos del adulto mayor proporcionan soluciones políticas que parten de diferentes bases técnicas e ideológicas y que son expresiones de disputas tanto en términos teórico-conceptuales como socio-políticos. En este sentido, definen las coordinadas del debate y confrontación y los ámbitos legítimos de intervención, inciden en la reproducción o transformación de las relaciones sociales construidas en torno a las inequidades por edad y determinan el lugar y el papel asignado al adulto mayor en los programas y también en la sociedad.

La agenda de reforma del sector salud, construida como alternativa al Estado de Bienestar, tuvo como principal tarea la legitimación de un proceso de decisión fundamentado en conocimientos específicos, capaz de identificar científicamente las necesidades sociales; estrategia acorde con el momento de surgimiento del problema del aumento de costos de los servicios de atención y de la reducción de los recursos para el sector social, en un contexto que caracteriza de transición demográfica, epidemiológica, social y económica que conlleva a presiones en la demanda. El equilibrio entre las necesidades y los recursos era el eje definidor de la intervención social, de tal forma que no se transformará en un peso para el área económica. En este marco, la propuesta de reforma del sector salud no fue pensada para eliminar diferencias sociales o de edad como estrategia para combatir la inequidad y sí como un instrumento de gestión y administración de los costos y recursos para garantizar la cobertura a los grupos más necesitados que no disponían de condiciones para satisfacer sus necesidades en el mercado.

La agenda de la diversidad social, construida como una alternativa al Estado corporativista clasista-monolítico, tuvo como principal tarea la legitimación de la diversidad social y la incorporación de nuevas demandas y derechos a las políticas

sociales; estrategia acorde al surgimiento de diversas movilizaciones en torno a cuestiones de etnia, género, edad y opciones sexuales, que exigían el reconocimiento y construcción de una nueva integración social ya no más referida solamente al mundo del trabajo o a la esfera económico-social, sino a la especificidad en función de otros roles sociales, como ancianos, padres, madres y enfermos, situaciones que generan inequidades específicas.

A su vez, los organismos vinculados a las Naciones Unidas, orientados por los valores de los derechos humanos y sociales, tuvieron como principal tarea la legitimación de los individuos como portadores de derechos en su calidad de seres humano y, para gozarlos, debían de contar con las potencialidades y capacidades para poder desarrollarse como tales, "de ahí la necesidad de asegurarlos, reconocerlos y construir condiciones sociales para su ejercicio, y paralelamente, para alertar sobre las condiciones que los inhiben o dificultan y, en particular, las que atentan contra ellos" (Figueroa Perea y Sánchez Olguín, 1999:81).

La estrategia impulsada en el ámbito del gobierno de la Ciudad de México, igual que el nuevo marco legislativo en Brasil, se ubican en las preocupaciones tanto de la Agenda de la Diversidad Social como de la construida en torno de la noción de derecho social. En consecuencia, ambas propuestas buscan fortalecer la posición del anciano en la sociedad al intervenir en las relaciones sociales que obstaculizan su realización como ciudadano. Expresan también preocupación con la propia naturaleza del desarrollo y de las políticas económicas y sociales que excluyen determinados grupos sociales de sus beneficios.

Bibliografía citada

Armada F., Muntaner C., y Navarro V.- Health and Social Security Reforms in Latin America : The convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations. International Journal of Health Services. Volume 31, Number 4, Pages 729-768, 2001.

Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud: Indicadores del Desarrollo Mundial. Washington, D.C.

Almeida C.- Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cuadernos de Saúde Pública. Volume 18, (2002), Número 4, Pág. 905-925.

World Health Organization. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Chapter 4: What resources are needed. World Health Organization. Geneva.

Farjado Ortiz, G. (1993), "Los problemas de la técnica costo-beneficio en los programas medico-sociales para la tercera edad. Consideraciones generales". En: Atención medico social a la tercera edad en América Latina, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Foro de la Sociedad Civil (1999), Cuaderno del Foro, año 1, nº.2.

Morales, M. E. (1999), "Ser Viejo", En: Foro de la Sociedad Civil (1999), Cuaderno del Foro, año 1, nº.2.

Robles Silva, L. (2001), "El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento". En: Estudios Demográficos y Urbanos, vol.16, nº3:561-584, México.

Standing, H.(2000), "El género y la reforma del sector salud", OPS-Harvard Center for Population and Development Studies, Publicación Ocasional nº3.

Alfonso Fraga, J. C. Y Correa, M. M. (1999), "Envejecimiento. Un reto adicional. Apuntes para su estudio en América Latina". En: Salud, cambio social y política, perspectivas desde América Latina, coordinado por Mario Bronfman, Roberto Castro, Edamex-INSP, México.

Han Chande, R. (2001), "Esperanza de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas", En: Estudios Demográficos y Urbanos, vol.16, nº3:545-560, México.

Wong, R., Lastra, M. A. (2001) "Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado". En: Estudios Demográficos y Urbanos, vol.16, nº3:519-544, México.

Scortegagna, R (1995), "Nuevos servicios y nuevas aproximaciones en la política social para los ancianos", En: El Estado del bienestar en la Europa del Sur, compiladores Sebastià Sarasa y Luis Moreno, Consejo Superior de Investigación Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Madrid.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (1997), "Formulación de políticas integrales para las personas mayores de América Latina, conceptos básicos". En: Problemas y programa del adulto mayor, CIESS, OPS, México.

Gallardo, R (2003), "Atención Integral a las Personas Adultas Mayores", Secretaria de Salud de D. F, Servicios de Salud Pública, Dirección de Promoción a la Salud y Atención al Adulto Mayor, Ponencia presentada por ocasión del Seminario Rediseño de procesos en Seguridad social. Afiliación y Cobranza, realizado del 8 al 10 de septiembre 2003, CIESS, México.

Figueroa y Sánchez Olguín (1999), "Algunas reflexiones sobre ética, derechos humanos y salud", En: Salud, cambio social y política, perspectivas desde América Latina, coordinado por Mario Bronfman, Roberto Castro, Edamex-INSP, México.

CEPAL (1994), Panorama social de America Latina, Serie documentos reproducidos Nº40.

Garretón, A. (2001), "Igualdad, ciudadanía y actores sociales: En: Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia", coord. Por Rolando Franco, CEPAL-sigloXXl, México.

Horis del Prete, S. (2003), "Transformación económica, salud y equidad. La perspectiva latinoamericana: una visión de la economía social en el contexto del auge del mercado". En: "Gerencia y Economía de los Servicios de Salud", Material de Estudio, Tomo 1, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, junio, México.