

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.

ATENCIÓN MÉDICO SOCIAL A LA TERCERA EDAD EN AMÉRICA LATINA

CENTRO INTERAMERICANO DE
ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL



CISS

ATENCIÓN MÉDICO SOCIAL A LA TERCERA EDAD EN AMÉRICA LATINA

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE
SEGURIDAD SOCIAL



1993

CATALOGACION EN PUBLICACION
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

618.970980
C163a

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México (D. F.)
Atención médico social a la tercera edad en América Latina ; pref. de Alvaro
Carranza Urriolagoitia y Jesús C. González Posada ; pról. de Enrique Parra Dávila
y Guillermo Fajardo Ortiz. México, CIESS, 1993

vii, 251 p., ilus., 21 cm.

Incluye bibliografía.

ISBN 968-6748-06-7

1. Geriatria. 2. Ancianos - Latinoamérica. 3. Tercera edad - Latinoamérica. I.
Carranza Urriolagoitia, Alvaro, pref. II. González Posada, Jesús Carlos, pref. II.
Parra Dávila, Enrique, pról. IV. Fajardo Ortiz, Guillermo, pról. V. t.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser
reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea
eléctrico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del
editor.

Editor: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Calle San Ramón s/n esq. San Jerónimo,
San Jerónimo Lídice,
C.P. 10100 México, D. F.
Registro 3079

© Derechos reservados. 1993. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

ISBN: 968-6748-06-7

Diseño de la portada: José Luis Fernández Ledesma

PREFACIO

El tema del envejecimiento de la población ocupa un lugar muy importante dentro de la esfera de la protección social de los países, particularmente en los catalogados en vías de desarrollo. Los efectos económicos y sociales de este fenómeno, aunados a la alta fecundidad prevaleciente y a la disminución marcada en las tasas de mortalidad infantil y al aumento en las últimas décadas de las expectativas de vida, han marcado las pautas para buscar alternativas de carácter nacional e internacional que satisfagan las demandas de la población que forma parte de la llamada tercera edad.

En términos generales, en América Latina, con excepción de algunos países la población aún guarda una pirámide con base ancha, con predominio de personas jóvenes; mas es el momento de establecer los estudios y programas sociales diseñados por cada país según sus necesidades o de mejorarlos en relación con las carencias variadas que tienen las personas de la tercera edad, o bien para planear oportunamente la atención de aquellos que llegarán algún día a esta condición.

Algunas problemáticas en las personas de la tercera edad con frecuencia se vinculan a aspectos de interrelación social, por lo que la inseguridad económica y social, el desempleo, así como la falta de relaciones comunitarias exigen la atención de los sistemas de salud y asistencia social, ya que a pesar de que en América Latina la familia sigue siendo el núcleo central de apoyo para los cuidados de las personas de edad avanzada, esta situación tiende a disminuir en las grandes ciudades.

De igual forma la fisiología en los ancianos declina su control natural y la facilidad de respuesta a los cambios, declinación que varía de acuerdo a los factores que determinan la salud y enfermedad.

Actualmente ya podemos considerar , sobre todo en los países económicamente avanzados a otro grupo, el que conforman las personas que sobrepasan los 80 años, las cuales por razón natural se vuelven más lábiles al aumentar las limitaciones físicas al igual que los distintos problemas de salud.

La compleja problemática que representa el mejorar las condiciones sociales y de salud de la tercera edad exige que ésta sea considerada como un tema prioritario en las agendas de capacitación de las instituciones de seguridad social. Por ello el CIESS ha incluido, como un aspecto de vanguardia en su programa académico, actividades docentes sobre la atención social a la tercera edad. A través de estas actividades así como de otras propias de la investigación, se busca favorecer la implementación de acciones efectivas en la materia. Ejemplo de lo anterior lo constituyen los Seminarios **Aspectos demográficos y financieros de la tercera edad; atención social a la tercera edad**, así como los que se contemplan para años venideros.

Esta publicación, contiene el material producto del Seminario **Atención social a la tercera edad**, realizado en el CIESS en 1992 en colaboración estrecha con la Oficina Panamericana de la Salud, así como el curso regional "**Administración de programas médico-sociales para la tercera edad**", dictado en septiembre de 1992 en Buenos Aires, Argentina, con el auspicio de la Asociación Internacional de Seguridad Social y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de Argentina.

Nuestro expreso agradecimiento por la coordinación y participación en esta publicación al doctor Enrique Parra Dávila, Jefe de la División de Medicina Social del CIESS, a la doctora Silvia Ester Molina, Directora de la Tercera Edad del Instituto Municipal de Previsión Social de Buenos Aires y a las licenciadas María Ester García y María Julieta Oddone, coordinadores académicos del curso regional en Argentina.

Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia
Director del CIESS

Dr. Jesús C. González Posada
Secretario Técnico Académico del
CIESS

PROLOGO

El contenido de este libro se compone de diecinueve capítulos que traducen experiencias médico-sociales en cuanto a la tercera edad de especialistas de los siguientes países: Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, México, Uruguay y Venezuela, a todos ellos agradecemos habernos proporcionado su valioso material e información que significan un esfuerzo latinoamericano. En todos los casos se ha procurado un estricto apego a lo expresado por los disertantes.

Los artículos ofrecen información sustantiva y cada uno representa una perspectiva particular; todos pretenden aportar elementos para conocer la problemática médico-social de la tercera edad y en su caso presentar opciones de solución.

Nos complace publicar artículos sobre una problemática que cada día se hace más evidente. Con la compilación de estos artículos buscamos hacer aportaciones al trabajo de aquellos que intervienen en la planeación, operación y evaluación de servicios médico-sociales para la tercera edad.

Los compiladores

DR. ENRIQUE PARRA DAVILA DR. GUILLERMO FAJARDO ORTIZ

INDICE

	Página
PRIMERA PARTE	
1. CAPACITACION Y RECICLAJE DE PROFESIONALES EN GERONTOLOGIA <i>DR. LUIS GUILLERMO SUAREZ</i>	3
2. ALTERNATIVAS A LA INSTITUCIONALIZACION DE LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA <i>DR. ELIAS ANZOLA P.</i>	17
3. LA LEGISLACION EN MEXICO SOBRE LA ASISTENCIA AL ANCIANO <i>LIC. ANDRES BANDA</i>	25
4. EL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA ATENCION DE LOS ANCIANOS <i>DR. GREGORIO MARTINEZ NARVAEZ</i>	33
5. LAS POLITICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL RELACIONADAS CON LA TERCERA EDAD <i>LIC. FRANCISCO MARQUEZ A.</i>	39
6. EL ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO DE LA TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD Y ASPECTOS DEMOGRAFICOS DEL ENVEJECIMIENTO <i>DRA. IRIS CORBALAN</i>	61
7. INVESTIGACION BASICA Y APLICADA EN GERONTOLOGIA <i>DR. LUIS ALBERTO VARGAS</i>	75
SEGUNDA PARTE	
8. REALIDAD DE LA POBLACION ANCIANA EN AMERICA LATINA <i>DRA. ADELINA BRENES BLANCO</i>	81

	Página
9. LOS PROBLEMAS DE LA TECNICA COSTO-BENEFICIO EN LOS PROGRAMAS MEDICO-SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD. CONSIDERACIONES GENERALES <i>DR. GUILLERMO FAJARDO ORTIZ</i>	93
10. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION MUNDIAL. UN NUEVO DESAFIO <i>DR. JUAN C. ROCABRUNO MEDEROS</i>	99
11. PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA LA TERCERA EDAD <i>LIC. MARIA CRISTINA LOMBARDI</i>	109
12. POLITICA DE SALUD MENTAL PARA LA TERCERA EDAD <i>DR. OSMAN NICOLAS ANTONUCCIO</i>	147
13. EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LA ARGENTINA <i>MARIA S. MULLER Y DRA. EDITH ALEJANDRA PANTELIDES</i>	161
14. COMENTARIOS ACERCA DE SALUD Y ENFERMEDAD EN LA TERCERA EDAD <i>DR. JUAN C. ROCABRUNO MEDEROS</i>	181
15. TEORIA SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO <i>LIC. MARIA JULIETA ODDONE</i>	185
16. LA POBLACION ANCIANA EN AMERICA LATINA <i>A.S. LILA BEZRUKOV DE VILLALBA</i>	203
17. RETOS Y PROBLEMAS PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS MEDICO-SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD <i>DR. GUILLERMO FAJARDO ORTIZ</i>	221
18. PROBLEMAS DE SALUD EN EL ANCIANO <i>DR. FELIPE MARTINEZ ARRONTE</i>	233
19. CONCEPTO Y TEORIA DEL MODELO DE SALUD. BASES PARA UN MODELO PARA TERCERA EDAD <i>DR. ENRIQUE PARRA DAVILA</i>	245

PRIMERA PARTE

1. CAPACITACION Y RECICLAJE DE PROFESIONALES EN GERONTOLOGIA

Dr. Luis Guillermo Suárez
Universidad Experimental Francisco Miranda
Venezuela

"La salud, la seguridad y el bienestar de las personas de edad constituyen el objetivo de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento"(AME).

Esta apuntación está contenida en las conclusiones de la Asamblea, cuando se refiere a las "esferas de preocupación de las personas de edad". Tales esferas fueron identificadas de inmediato incluyendo al sector salud y áreas de naturaleza social, cultural y económico.

Aunque cada una fue desarrollada *"in extenso"* y se individualizó con su título, se advirtió que los aspectos del envejecimiento están relacionados entre sí y suponen la necesidad de un enfoque global. Tratarlas en separado no dejaría el beneficio que exige la integración de ellas en la planificación social y económica, como vía para llegar a una formulación programática de gran contexto y perfil interdependiente.

Es obligado señalarlas, tal como fueron presentadas, en una breve sinopsis:

1. Salud y nutrición
2. Protección de los consumidores ancianos
3. Vivienda y medio ambiente

4. La familia
5. Bienestar social
6. Seguridad del ingreso y empleo

y, es obligado también, decir que antes de la identificación de estas necesidades por la AME, los países en desarrollo carecían de la información necesaria para articular políticas y programas de atención al anciano, con un rango de nacionalidad aceptable.

En el seguimiento que se ha hecho al Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, se puede decir que la mayoría de los países suscritores del Plan no han aplicado el patrón propuesto en forma literal, pero sí han seguido las líneas maestras del mismo adaptándolo a sus características culturales, de desarrollo económico y socio-asistencial.

El trabajo que se presenta, tampoco calca el modelo pero, toma las situaciones de mayor prevalencia en los países de la Región Latino-americana. La temática nuestra, sujeta al título, se refiere a los items inscritos.

1. INGRESO Y TRABAJO

La mayor preocupación de las personas de edad al momento de su retiro o jubilación, es saber con cuanto dinero contarán en su vida de retirado. Se debe de admitir que, ningún régimen de seguridad social, puede otorgar pensiones iguales al 100% del salario devengado durante la vida activa. Esto plantea una situación preocupante para los ancianos retirados. Puede haber seguridad en recibir la pensión acordada, pero no tienen protección para mantenerlo en el mismo nivel adquisitivo.

Los gobiernos le huyen al ajuste de las pensiones, aún cuando comprenden que la inflación y el aumento del costo de la vida las deterioran llevándolas al borde de la insubsistencia. Las mejoras alcanzadas, cuando se alcanzan, son resultados de protestas y conflictos sociales protagoni-

zados por los ancianos, que han sentido la necesidad de organizarse y actuar como grupo de presión para obtener magras conquistas.

Muchos sistemas de seguridad social fallan en su cobertura en cuanto a nivel de sueldos a los cuales ponen un "techo"; tienen huecos geográficos donde no llega el sistema, como el medio rural; deja fuera al llamado sistema informal, integrado por trabajadores de autogestión.

Para el contingente excluido de la seguridad social, el estado está obligado a crear un sistema de ayudas económicas no tributarias, otorgándolas después de un estudio socio-económico pertinente.

En algunos países existen compensaciones en especie para los ancianos como franquicia en el transporte urbano; bonos y/o cupones para alimentos, subvenciones para viviendas, etc., con lo cual el nivel adquisitivo de lo recibido rinde algo más.

Otras fórmulas, como los "seguros de vejez" tipo IRA (Cuenta Individual de Retiro S/Traducción Libre), existentes en USA; las posibilidades de empleo a tiempo parcial y otras variabls, pueden contribuir para que la persona de edad cuente con un ingreso aceptable.

Bajo cualquier forma en que se reciba, la percepción de un ingreso asegura al anciano la no dependencia, vivir integrado al núcleo familiar y evitar la internación.

El trabajo en las personas de edad

La "modernización" industrial insinuó hace varias décadas la supuesta inconveniencia de emplear trabajadores de cierta edad, llegando a establecer un piso de 40 años. Desde entonces ganó cuerpo esta mala costumbre en el régimen laboral; esta práctica la aplica el mismo sector oficial contraviniendo disposiciones legales que el mismo ha establecido.

Es corriente observar una discriminación por cuestiones de edad y así "un elevado número de trabajadores de edad avanzada no pueden permanecer en la fuerza de trabajo o reincorporarse a ella debido a prejuicios basados en la edad".

Como existen empleadores con estereotipos negativos sobre los trabajadores de edad, los gobiernos deberán adoptar medidas para informar a esos empleadores y asesorarlos en la utilización y capacidad de los trabajadores de edad. Así mismo, éstos deben tener acceso y protección a participar en los planes y servicios de orientación, capacitación y colocación para un benéfico reciclaje.

El problema de los trabajadores de edad ha ocupado la atención de los organismos internacionales, como la Organización Internacional del Trabajo, con su Recomendación 162, donde establece un fuero amplio en favor de los trabajadores de edad avanzada.

Tanto arraigo discriminatorio llega a invadir a las propias organizaciones sindicales, cuyo interés se centra en los trabajadores activos que constituyen una gran masa cotizante.

2. VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE

El anciano debe permanecer en su vivienda y con sus familiares todo el tiempo que sea posible. Para los ancianos la vivienda no se limita a un techo bajo el cual vivir; vivienda encierra una connotación psicológica arraigada con el concepto de hogar y esto tiene para el viejo significados personales, familiares y sociales cuya identidad debe mantenerse.

La vivienda, dicen algunos, debe diseñarse para toda la vida, de manera que pueda servir a las necesidades y capacidades funcionales de las

personas envejecientes, que son cambiantes con la edad. Es utópico pensar así dentro de la falta de espacio y costo de la vivienda moderna.

El diseño arquitectónico que se impone al colectivo comunitario, excluye de sus ambientes al anciano y cuando lo aceptan lo esconden por pena.

¿Qué alternativas de vivienda pueden esperar los ancianos, dentro de los programas habitacionales que desarrollan los países de la región?

Debemos reconocer, de entrada, que las viviendas para ancianos no tienen asignada prioridad alguna en los programas habitacionales en desarrollo. Que tal prioridad está reservada al déficit habitacional que afecta a la población en general.

Sin embargo, debemos identificar algunas soluciones realizadas y otras propuestas, como indicadores de búsqueda para resolver el alojamiento de las personas de la tercera edad.

- Si el anciano tiene dentro de su patrimonio una vivienda propia, adecuada en espacio, confort y seguridad, no son estos los que nos preocupan aún cuando son los menos.
- El anciano puede tener rentas de retiro, que le permitan alquilar una vivienda o parte de ella para vivir con su pareja o solo.

Nuestra preocupación no se llena con los pequeños ejemplos de vivienda individual, nos preocupa en verdad la falta de una respuesta idónea a la creciente actitud de separación del anciano del núcleo familiar, supuestamente excusable porque en la familia nuclear de hoy el viejo perdió su espacio. En otras, la excusa es considerar al viejo como una carga económica para justificar su endoso a las instituciones públicas o privadas no pagantes.

En otros casos, el anciano decide voluntariamente mudarse a instituciones de viviendas colectivas donde le aseguran, aparte del alojamiento,

servicios y cuidados que ya se notan necesarios con el avance de la edad. Podríamos incluir aquí las llamadas viviendas protegidas; en éstas se reserva un área social de uso común y otra para servicio de enfermería permanente, capaz de actuar rápidamente en casos de emergencia médica.

Conocemos edificaciones verticales adaptadas para esta función, no muy recomendables arquitectónicamente. Hemos visitado el Gran Complejo de Viviendas de Castle Hill que sostiene o administra la Iglesia Anglicana en las afueras de Sydney, Australia.

De reciente presentación ha sido un proyecto mexicano, interesante por el concepto de "vivienda progresiva" que ofrece a los ancianos. Este trabajo fue presentado en Geriatría'92, Congreso realizado en La Habana, Cuba, en mayo de este año. En este modelo se ofrece un menú de ambientes según la condición de ancianos en pareja sanos, de ancianos que quedan solos, de ancianos ligeramente discapacitados y necesitados de ayuda, hasta terminar en ambientes de larga estancia similares a lo ofrecido por la más común de las soluciones que oferta el gobierno o particulares a los ancianos como vivienda: nos referimos a la internación en residencias geriátricas, llamadas ahora así para evitar el término asilo y/o ancianato, ambos peyorativos y fuera del contexto social moderno.

En ocasión del XIV Congreso Internacional de Gerontología, celebrado en Acapulco, México, en junio de 1989, nos fue solicitada una colaboración sobre habitat del anciano. Nuestra modesta respuesta está incluida en la página 170 del libro de Resúmenes que publicó el Congreso. Nos permitimos transcribirlo como elemento de información, sobre lo que pudiera ser el rincón privado del anciano que ingresa a colectivos de vivienda.

"Habitat del Anciano. En la vivienda de la familia nuclear, impuesta en la sociedad actual, el anciano ha perdido su domicilio. Esta situación obliga a buscar alternativas donde las personas de edad avanzada puedan vivir con un grado aceptable de confort, seguridad, sociabilidad y de asistencia. El modelo ideal salvando la incidencia de costos, sería la construcción de

viviendas para ancianos bajo regulaciones arquitectónicas que garanticen como mínimo un dormitorio, rincón de cocina, cuarto de baño, trastero y terraza. Estos diseños demostrarán que se ha asimilado la definición de "vivir como anciano". Como las soluciones habitacionales unipersonales y/o unifamiliares son costosas y de difícil financiamiento, es obligado pensar en conglomerados de unidades de vivienda donde se respete el criterio de que los ancianos conserven su independencia personal y el contacto con el medio ambiente. Diseñar implica armonizar varios aspectos como el tamaño de la vivienda, su carácter, distribución, iluminación, equipamiento y cantidad.

En los complejos habitacionales deben incorporarse servicios de asistencia general -comedores, terapia, administración, capilla- y áreas para la asistencia especializada tales como enfermería, cuartos para el personal, almacenes, etc. El trabajo tiene consideraciones sobre la estructura y el fenómeno urbano, examinando la acción del ecosistema sobre el envejecimiento. Considera, además, el diseño de espacios abiertos (geroparques) para los ancianos y otros servicios en la comunidad que garanticen vida plena a las personas de edad".

Ecología y ancianos

Esta mención se refiere a la influencia que el entorno tiene sobre las personas de edad avanzada y plantea las ventajas y desventajas de vivir en el medio urbano o en el medio rural. Es el complemento a cualquier tipo de vivienda que hemos considerado anteriormente.

La vida urbana y sus aspectos positivos: "un grado de urbanización puede ser definido por la concentración en un espacio reducido de numerosas facilidades y por un elevado número de viviendas de calidad y confort".

La ciudad facilita a las personas de edad todos los bienes y servicios que ella necesita así como la frecuencia de actividades y visitar a los amigos que ha escogido.

Pero también hay aspectos negativos: en el centro de las ciudades, mientras más grandes sean, la densidad de población y el anonimato llevan a la "ruina psíquica". Igualmente la ciudad expone al ruido, la contaminación, a los riesgos de la intensa circulación y a índices más altos de criminalidad. Si esto es así, puede decirse que el macro-ambiente ofrecido por la ciudad al viejo de hoy no es el mejor y poco se está haciendo para mejorarlo.

El medio rural comporta un estilo de vida más pasivo pero más sano. La desventaja está en que los planificadores de programas sociales y otros servicios de apoyo no se acuerdan de los núcleos rurales. El urbanismo y la industrialización han hecho del anciano campesino un perdedor: si emigra a la ciudad, acompañando a sus hijos, está condenado a vivir en las zonas de borde -los cinturones de miseria-. Si se queda en el campo, sin el apoyo del trabajo de los más fuertes, su vida será una existencia menguada por la falta de protección social.

3. EDUCACION NO-FORMAL

El incremento de la población anciana ha coincidido con una verdadera revolución científica y tecnológica que han originado la enorme expansión de los conocimientos y la información en este Siglo XX, que aún no ha terminado. Concomitantemente se han dado rápidas transformaciones sociales que han cambiado el rol de las personas de edad en la sociedad global.

Cuando se vivía en culturas sencillas y estables como las del pasado, las personas de edad actuaban como depositarios de la información y los conocimientos pero, en la sociedad moderna-cibernética y computarizada- uno de los problemas del envejecimiento está referido a la constante pérdida de actualización de lo aprendido y los ancianos no tienen a quien transmitir sus experiencias. Los jóvenes están inmersos en un desarrollismo

tecnológico que cada día ofrece más sorpresas. El simbolismo del viejo, arraigo de algunas familias, ha cedido también al pragmatismo social de la modernidad.

¿Cómo reinsertar al anciano en el mundo competitivo de hoy? Creemos encontrar una respuesta en su re-educación a través de una educación no-formal.

No se trata de campañas de alfabetización -cuyo beneficio es innegable- sino del aprendizaje de una nueva actividad que mejore destrezas ya adquiridas. No es la búsqueda de niveles académicos (a los cuales pueden acceder algunos retirados). Se trata, según la tesis de Paul Tournier, de adquirir en el pre-retiro o ya como retirado, una "segunda ocupación". Tal concepto, de corte innovado, no debe confundirse con una nueva profesión.

Tournier se pregunta: "Después de la carrera profesional y antes del momento que ahora denominamos cuarta edad. ¿No hay un espacio para una segunda ocupación?" Después de diferenciarla de un hobby, de un hábito o de la rutina, el autor da relevancia a su propuesta señalándola como un acto consciente, con sentido de obra y de utilidad.

Nosotros presentamos aquí la segunda ocupación, como una actividad complementaria del retirado que le permite seguir participando en el mecanismo productivo del país. Con los ingresos obtenidos la pensión recibida se incrementa y los ingresos agregados pueden mejorar el nivel de vida.

4. BIENESTAR SOCIAL

El término seguridad social, con todo lo que se espera de ella, parece tener una menor dimensión que bienestar social. Ahora los gobiernos están propugnando Ministerios de Bienestar Social, asignándole a su nueva categorización un mosaico de programas y servicios sociales que ciertamente desbordan la seguridad social comúnmente entendida.

Bajo cualquier rango, el bienestar social de los ancianos debe convertirse en un instrumento de política nacional que reserve a los envejecientes toda la gama de servicios sociales, aplicables preferentemente, en su medio habitual, en la comunidad, pero también en las distintas instituciones a su servicio.

Dentro de las instituciones se debe hacer una acertada valorización de las capacidades y necesidades de los ancianos residentes y empeñarse en ofrecer una situación de vida lo más similar posible al hogar.

Ello entraña el respeto a sus pertenencias y recuerdos de familia. Asegurar su desplazamiento dentro y fuera de la institución.

Frecuencia de visitas de familiares y amigos. Facilidad de salir a la comunidad para mantener los vínculos con ella. Evitar interferencia en su vida y conducta íntima, incluidas sus relaciones con el sexo opuesto.

Respeto a su dignidad y estimular su participación en la toma de decisiones sobre servicios y actividades.

El bienestar social debe apoyarse en la acción voluntaria para dilatar su campo. Entonces será posible ofrecer ayudas domésticas, suministro de comidas a domicilio, pequeñas reparaciones a la vivienda. Transporte a servicios de salud y recreativos.

Promover la participación y beligerancia en cooperativas; en liderizar y dirigir clubes de ancianos y facilitarles contactos con grupos jóvenes para favorecer las relaciones intergeneracionales y dentro de este intercambio concientizar a la juventud sobre las necesidades especiales de los ancianos.

Es necesario atender los problemas de la delincuencia que hace de los ancianos presa fácil por el ampa común.

Insistir ante las autoridades para que presten atención a las quejas de los ancianos por pequeñas que sean para devolver a la población anciana un grado mayor de confianza y bienestar. El anciano evitará, por su parte, una exposición excesiva y vulnerable ante los delincuentes.

Protagonistas de estos servicios son los trabajadores sociales que debemos mirar con agradecimiento y apoyarlos para incrementar sus conocimientos a tono con la gerontología moderna.

5. FAMILIA Y TERCERA EDAD

La familia puede adoptar muchas formas de organización social en el mundo, pero en cualquiera de ellas, tradicionalmente se considera a los ancianos como parte integrante de las mismas, con funciones y responsabilidades asignadas cuyo cumplimiento le ganaban gran estimación y prestigio entre los familiares.

Era protagonista en la crianza y la relación efectiva con los niños y los adultos. En reciprocidad, recibían igualmente de los miembros jóvenes de la familia afecto y protección. Así fue ayer y así sigue siendo en la mayoría de los casos de hoy, cuando aparecen signos disociantes del grupo familiar atribuidos al desarrollismo, la industrialización y el urbanismo. Se empieza a perder el concepto de familia, de hogar o casa, apareciendo el anciano como un ser preterido y separado.

El matrimonio de los jóvenes y la migración ha distanciado los espacios familiares aunque los viejos siguen teniendo contacto y relación estrecha con la familia.

La aparición del patrón de la familia nuclear, integrado sólo por los cónyuges e hijos parece ser la organización que actualmente asume la familia.

Ahora bien, el aumento de la longevidad esta causando el fenómeno de familias de tres, cuatro y hasta cinco generaciones, como si volviéramos a la vieja fórmula de la familia extendida.

Sin embargo no ocurre así. Los hijos se casan y van a vivir en otra parte y los viejos quedan solos, o éstos se mudan voluntariamente y viven separados para mantener su autonomía e independencia o, sencillamente para no causar dificultades a sus propios parientes.

No todas las familias de un país tienen igual actitud hacia sus ancianos; la metrópoli y las grandes ciudades son las más segregantes; en otras geografías como la meseta andina o en las llanuras, ambas de estirpe ruralista, la familia al buscar recursos para sus ancianos no plantean la separación de éstos de la familia.

Es necesario, entonces, venir en ayuda de la familia a través de una política nacional que potencie al grupo familiar para mantener integrados a sus ancianos, tomando en cuenta su dignidad, su posición social, y su deseo de no separarse de su familia.

Potenciar a la familia significa otorgar recursos económicos al anciano y ayuda de otra índole para preservar su salud; previsión farmacéutica, de ropa y de recreación. Estas medidas convierten al anciano en un ser atractivo y le quitan el sentido de carga con que puede verlo la familia.

Dentro de estas consideraciones, la mujer anciana debe recibir una atención preferencial. Ellas sobreviven a su pareja y la vida en soledad, con escasos recursos además, la colocan al borde de una vida en penuria.

Debemos advertir que la participación exagerada de los gobiernos, creando facilidades que desarraiguen al viejo de su familia, puede romper el equilibrio entre ambos y debilitar las responsabilidades familiares de asistencia a sus ancianos. No creemos que esto ocurra en la región en el corto

plazo, pero ya ha aparecido en algunos países desarrollados por lo cual éste aviso es pertinente.

2. ALTERNATIVAS A LA INSTITUCIONALIZACION DE LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA

Dr. Elías Anzola P.

Asesor Regional del Programa de Salud de los Ancianos
OPS/OMS. Washington, D.C.

I. PERFIL DEL TEMA

De acuerdo a las estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas, la población adulta mayor o anciana (60 años y más) para América Latina experimentará notables incrementos absolutos y relativos de 1980 a los años 2000 y 2025: 23.3, 42.5 y 9 millones, y 6.5, 7.9 y 12.8% respectivamente.

Estos aumentos originarán crecientes demandas de servicios médicos y sociales para este segmento emergente de población, por lo cual se impone la necesidad de identificar algunas alternativas más adecuadas que la tradicional institucionalización a largo plazo -la modalidad dominante en América Latina- que contribuyan al mayor bienestar de los adultos mayores. Debe notarse en este tema, ha sido insuficientemente abordado en dicha área geográfica, tanto en su descripción como en su análisis crítico.

Los ancianos presentan necesidades médicas y sociales particulares. El objetivo básico de su cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado debe ser mantenerlos con su plena capacidad e independencia en el seno de la familia y la comunidad. Las muy diversas condiciones bio-psicosociales de los ancianos obligan a ofrecer opciones de alternativas que deben de

estar articuladas entre sí (red) y formar parte del sistema de atención al resto de la población. Los modelos de servicios deben tener como base la atención primaria, con pronunciado énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y discapacidades.

Dentro de las opciones posibles deben tenerse en cuenta los conceptos de cobertura, eficiencia, eficacia, costo e impacto en la calidad de vida de este grupo social postergado.

La selección de las diversas opciones que se ofrecen deben realizarse a través de un mecanismo de evaluación individual de los ancianos que debe ser dinámico, tomando en cuenta sus condiciones y necesidades cambiantes. En la evaluación se deben considerar, básicamente: la necesidad de atención médica, la suficiencia de manejar la medicación, la situación mental, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, la integración social, la situación económica y el apoyo familiar.

De acuerdo a la mayor o menor capacidad del anciano, dependerá su necesidad de servicios médicos y sociales, debiendo ofertarse desde la ayuda en la atención domiciliaria hasta la institucionalización. Es de hacer notar que una buena parte de los ancianos no requieren servicios de apoyo extrafamiliares, puesto que su familia desempeña tal rol a cabalidad.

Información sobre los ancianos y sus necesidades sociales a la población general para crear o reorientar las políticas destinadas a la solución de las mismas.

Educación: Se deben valorar aquí dos aspectos: uno de ellos, de gran necesidad y poca divulgación, es la educación para la jubilación, pues es necesario que el paso del individuo de una vida laboralmente útil a una con exceso del tiempo libre sea adecuadamente manejado para evitar que el anciano sufra trastornos en su esfera psíquica debido a este cambio. Esto

puede unirse a lo que se denomina "educación opcional" para aquellos individuos que en este período deseen profundizar sus conocimientos en artes, oficios, enseñanza de sus habilidades, etc. El segundo aspecto a valorar es el de la recalificación laboral ("segunda ocupación") dada la creciente explosión tecnológica existente en el mundo y la realidad insoslayable de que el anciano es necesario para el desarrollo de cualquier país.

Servicios: El concepto básico en relación con los servicios para atención al anciano, es el de ayudarlo a funcionar en su hogar, vecindario y comunidad el mayor tiempo posible. Atendiendo a su carácter predominante se clasifican en servicios de salud y servicios sociales, pudiendo aplicar en ambos el concepto de servicios de atención por niveles de complejidad creciente.

1. Servicios sociales

a) Subsidios económicos:

Este aspecto es de gran importancia para todos los adultos mayores y debe incluir todas las formas posibles que favorezcan, como mínimo, la solución de las necesidades básicas de este grupo. Estas formas incluyen las jubilaciones, pensiones y prestaciones sociales que permitan vivir con dignidad los últimos años de vida del individuo. Generalmente estos beneficios provienen de los sistemas de seguridad social, aunque en los casos de las pensiones de tipo no contributivo provienen de fondos gubernamentales (casos de Chile y Venezuela, entre otros).

b) Ayuda domiciliaria:

Es tal vez la forma más interesante desde el punto de vista económico y social en la atención de los ancianos. Aquí se puede incluir la asistencia en labores domésticas: limpieza de la casa, compras de los alimentos en los abastos, preparación de los mismos, lavado de ropa, préstamo de equipos

o ayudas médicas, etc., para aquellos ancianos que viven solos, son discapacitados o deben permanecer solos por necesidades impostergables de trabajo de sus familiares.

Estos establecimientos, en gran parte fundados por órdenes religiosas o iniciativas filantrópicas, constituyen la modalidad más antigua y universal de la atención de los ancianos fuera de su familia; tienen el inconveniente del aislamiento e inactividad del anciano, unido frecuentemente a su manejo no técnico, alto costo y serias limitaciones cuando los ancianos residentes se tornan enfermos o discapacitados.

En Cuba existen 11.294 plazas en hogares de ancianos (alrededor del 1% de la población de 60 años y más). Como referencia se podría mencionar que la institucionalización a largo plazo para las personas de 65 años y más es de 5% en Estados Unidos y 4.5% en Israel.

Es necesario hacer énfasis que en los últimos años han proliferado en América Latina los hogares o residencias con fines de lucro, muchos de los cuales no cumplen los requisitos mínimos para funcionar, solicitando en cambio significativas retribuciones en dinero a los familiares de los ancianos, cayendo muchas veces en el campo de la especulación.

Una encuesta muy bien diseñada, conducida en los 62 hogares de ancianos en La Plata, capital de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, que contenían 1.158 ancianos de ambos sexos, demostró que alrededor del 80% de dichos establecimientos no alcanzaron los puntajes mínimos de funcionalidad; 10% fueron considerados de funciones intermedias; 7% eran adecuados, y 3% eran clausurables. La misma metodología se está aplicando actualmente a los 38 hogares de ancianos del Ecuador que albergan 2.749 personas (aproximadamente el 0.5 del total de la población anciana en el país).

Protección en la vivienda:

Es una posibilidad que se puede emplear por las propias familias, las autoridades nacionales o la comunidad organizada. Esta opción, generalmente de bajo costo y fácil aplicación requiere, como mínimo, de medidas de protección en el baño, cocina y dormitorio. Evita un alto número de accidentes caseros, los más frecuentes en los ancianos.

Centros de atención diurna o Centros de día:

Estos centros, concebidos para ancianos con capacidad para valerse por sí mismos, garantiza un apoyo a la familia ya que estas unidades asumen el cuidado de los ancianos durante 8 a 10 horas diarias, facilitando su permanencia en la comunidad y en seno del núcleo familiar, impidiendo molestias a los familiares con vínculo laboral o escolar activo; además, es un poderoso vehículo de estimulación y socialización para el anciano, se maneja con muy poco personal y es, en general, fácilmente costeable.

2. SERVICIOS DE SALUD

En la atención de salud de los ancianos el objetivo fundamental es evitar la limitación y la dependencia de las personas mayores y, por consiguiente, se debe profundizar en la búsqueda de condiciones o enfermedades que puedan reducir la capacidad de valerse por sí mismas. Al igual que lo expresado en los servicios sociales, debe existir también una red de atención médica y odontológica por niveles de complejidad creciente que incluya: atención primaria de salud, atención geriátrica ambulatoria, atención en el hogar y atención hospitalaria, tanto en servicios de corta y mediana estadía como en instituciones de larga estadía para aquellos ancianos con graves limitaciones físicas y mentales que hagan imposible la permanencia con sus familiares.

El hospital de día geriátrico constituye una oferta relativamente nueva. Es

una opción de atención diurna que se concibe como un medio más humano y a la vez más económico de atender pacientes que no estén gravemente enfermos, pero que necesiten una atención más especializada y supervisión frecuente. Estos centros son considerados una extensión de las salas de hospitalización, permitiendo un egreso precoz de los pacientes; igualmente pueden ser vistos como una prolongación de los servicios médicos ofrecidos por la atención primaria de la salud, con el fin de evitar una hospitalización a tiempo completo.

En el hospital de día geriátrico se ofrecen servicios médicos y de enfermería de tipo asistencial y docente como de investigación, a través de equipos multidisciplinares que incluyen médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, entre otros.

3. COMENTARIO CRITICO

Los programas y servicios comentados demuestran la gran variedad de opciones para la atención integral de los ancianos de acuerdo con sus necesidades médicas y sociales, así como la necesidad de que en ellos intervengan varios sectores. En general, el Programa Regional Salud de los Ancianos, de la OPS, recomienda enfáticamente la necesidad de que se establezcan en cada país las normas de atención de los ancianos a partir de modelos orientados a la familia y a la comunidad. Deberá priorizarse el enfoque de riesgo tanto individual como colectivo, teniendo en cuenta los ambientes habitacional, ocupacional y recreacional para generar acciones eminentemente preventivas y de promoción de la salud, con fuerte participación comunitaria. El Programa Regional no recomienda la apertura de nuevos hogares de ancianos ni la expansión de los existentes, sino más bien evaluar los que existen y mejorar sus condiciones físicas y de funcionamiento.

4. BIBLIOGRAFIA

1. Bergman, Shimon. *Atención Social y de Salud de los Ancianos en Israel. Taller para Análisis de Algunas Experiencias de Atención de los Ancianos de América Latina*, Rosario, Argentina, 4-7 abril, 1990, OPS. 29 p.
2. Devesa Colina, Evis. *Atención del Anciano en Cuba. Taller para Análisis de Algunas Experiencias de Atención de los Ancianos de América Latina*, Rosario, Argentina, 4-7 abril, 1990, OPS. 22 p. illus.
3. Salazar, Jaime H. y Carlos A. Buendía. *Proyecto para el Desarrollo de la Sección de Geriatría y Gerontología*. Hospital Universitario San Juan de Dios, Armenia, Colombia, 1991. s.p.
4. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España. Instituto Nacional de Servicios Sociales. *Residencias de la Tercera Edad; Hogares y Clubes de la Tercera Edad*. Madrid, INSERSO. 1987. 41 p.
5. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España. Instituto Nacional de Servicios Sociales. *Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad*. Madrid, INSERSO. 1985. 240 p.
6. Ministerio de Cultura de España. *Tercera edad: estudio sectorizado, Tetuán*. (Madrid). Madrid, Ministerio de Cultura. 1980. 240 p.
7. United Nations: Department of International Economics and Social Affairs. *World Population Prospects 1990*. New York. United Nations. Publication. 1991. 670 p. (Population Studies No. 87)

3.

LA LEGISLACION EN MEXICO SOBRE LA ASISTENCIA AL ANCIANO

Lic. Andrés Banda

Jefe del Departamento Jurídico del
Instituto Nacional de la Senectud,
México

Los derechos de los mexicanos, en general, se encuentran plasmados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de ésta derivan leyes secundarias tales como Ley de Amparo Reglamentaria de los artículos 103 y 107 Constitucionales, Código Civil, Código Penal, Ley General de Salud y Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, por citar algunas.

Particularmente, en lo que se refiere a asistencia social a los sectores, y nuestra Carta Magna, en su artículo 4º establece la garantía social de que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud" y la Ley General de la Salud, reglamentaria del mencionado precepto constitucional, señala en su artículo 2º las finalidades de esa garantía, destacando, entre otras, las que se refieren a la asistencia social.

En el título segundo del mismo ordenamiento, se desarrollan las bases del Sistema Nacional de Salud, mismo que está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que prestan servicio de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y cuyo objeto es dar cumplimiento al Derecho de la Protección de la Salud, destacando la colaboración del Sistema Nacional de Salud, al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social a los senectos

desamparados, fomentando su bienestar y propiciando su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social, aún más, la mencionada ley considera como un servicio básico de salud la asistencia social, a los grupos más vulnerables, entre los que podemos incluir a las personas de la tercera edad de escasos recursos económicos.

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, define el concepto de asistencia social, mismo que es contemplado por primera vez en la legislación de salud y reconoce su importancia al establecer en su artículo 167 que "se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva". Asimismo establece las actividades básicas de asistencia social entre otras, la atención en establecimientos especializados a senectos en estado de abandono o desamparo; la promoción de bienestar de las personas de edad avanzada, el desarrollo de acciones de preparación para la senectud; la prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social a las personas de la tercera edad sin recursos.

Toda vez que el desarrollo desigual provoca la formación de grupos vulnerables, entre los que se encuentran las personas de la tercera edad en desamparo que requieren de la asistencia física, mental, técnica del estado, para protegerlos de los riesgos y sean incorporados a una vida más plena y productiva, el legislador crea la norma jurídica para adecuarla a la realidad.

Otro ordenamiento jurídico que también contempla disposiciones encaminadas a la protección de las personas de la tercera edad, es la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, al establecer que las personas de edad avanzada en situación de desamparo, incapacidad, marginación

o sujetos a maltrato, son objeto de la recepción de los servicios de asistencia social de manera preferente.

Esta legislación tiene como objeto que los senectos en situación de desamparo o carentes de recursos económicos gocen de protección para evitar los riesgos a que están expuestos e incorporarlos a una vida más útil para la sociedad y para ellos mismos.

Observamos que, desde el punto de vista constitucional y legal, existe la obligatoriedad del estado de establecer y proporcionar servicios de asistencia social, es decir, proteger a los grupos más débiles de nuestra sociedad, entre los que se encuentran las personas de la tercera edad desamparadas.

Este marco jurídico de protección a los senectos, nos ha conducido a sistematizar y organizar los servicios de asistencia social, que el Estado proporciona, superando la dispersión de esfuerzos y permitiendo un apoyo más eficiente a las personas de la tercera edad.

La asistencia social se fue perfilando en México a través de los años, a partir del ideario, las manifestaciones y aspiraciones que surgen de la idiosincrasia del pueblo de acuerdo con sus requerimientos y necesidades, dándole expresión y fundamento en una estructura legal y en un conjunto de instituciones que en nuestro devenir histórico le han dado vigencia y proyección a la asistencia social.

De esta manera, nuestra constitución vigente sintetiza y da expresión a las demandas del movimiento revolucionario de 1910 y consagra en su contenido un conjunto de garantías conocidas como derechos sociales, cuyos principios, elementos y contenido constituyen acciones tutelares y reivindicatorias para las personas de la tercera edad.

Actualmente, la participación del estado, en las tareas asistenciales, es más activa y dinámica, para resolver los problemas que le son inherentes

a la tercera edad y crea instituciones con facultades específicas, integradas al sector salud con el objeto de realizar e impulsar las acciones del poder público destinadas a la población de la tercera edad.

Para tal efecto, y cumplir con los objetivos anteriormente citados, el Instituto Nacional de la Senectud, organismo público descentralizado de asistencia social del gobierno federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, fue creado por el Ejecutivo Federal por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 22 de agosto de 1979, el cual tiene como objetivos ayudar, atender, proteger y orientar a la población de edad avanzada del país y estudiar los problemas específicos derivados de la senectud y ofrecer soluciones integrales a sus requerimientos y necesidades concretas.

Es importante resaltar que el estudio de la tercera edad no sólo ocupa la atención de las instituciones del sector salud, también interesa a investigadores, estudiosos universitarios demógrafos y particulares.

Observamos que existe un marco jurídico conformado por diversas leyes, que tienen por objeto proteger y garantizar los derechos de personas de más de 60 años de edad y que enfrenten algún problema de tipo legal.

En estas condiciones, corresponde al Instituto Nacional de la Senectud, en coordinación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, dar asistencia integral a los senectos en cuanto a su problemática económica, social y jurídica, que está compuesta a su vez de diversas variantes tanto específicas como particulares. De ahí que el Instituto a través de programas definidos, ha implantado actividades que coadyuvan y que integran a las personas de la tercera edad a la sociedad.

Por esas razones y para apoyar al mismo senecto en la solución de sus problemas administrativos o judiciales, o en los derivados de sus relaciones públicas o privadas, existe dentro del Departamento Jurídico del propio

Instituto Nacional de la Senectud, la Procuraduría de la Defensa del Anciano.

Esta área de apoyo tiene funciones específicas para asesorar y orientar en sus derechos y obligaciones a todas las personas de 60 años o más de edad, y patrocina trámites judiciales a aquellos senectos que no cuenten con recursos económicos y que requieran de este servicio jurídico gratuito; situación que se determinará a través de estudio socio-económico que se encargará de realizar el área de trabajo social de la Procuraduría de la Defensa del Anciano. De tal manera que el primer contacto que tendrá el senecto al solicitar el referido servicio, será con la trabajadora social, quien turnará el caso a uno de los abogados para que éste conozca ampliamente el problema que aqueja al senecto; y si a éste le asiste razón legal pueda formarse un criterio, para decidir si extrajudicialmente y a través de una junta conciliatoria se llega a un acuerdo, dando solución al problema planteado o bien si es necesario acudir ante las autoridades competentes.

Como podemos apreciar, la Procuraduría de la Defensa del Anciano desde el punto de vista procedimental actúa en tres fases:

1. Orientación y asesoría jurídica gratuita.
2. Conciliación de intereses (junta conciliatoria extrajudicial)
3. Recurre ante las autoridades competentes.

Por otra parte, cabe destacar que la Procuraduría de la Defensa del Anciano con frecuencia atiende, entre otros, los siguientes asuntos:

EN MATERIA FAMILIAR

1. Juicios sucesorios intestamentarios (Herencia)
2. Juicios sucesorios testamentarios (Herencia)
3. Información testimonial (Cuando se carece de acta de nacimiento para acreditar su personalidad jurídica).

4. Rectificación de actas de nacimiento, de matrimonio o de defunción (error en el nombre, apellidos o fecha).

EN MATERIA DE ARRENDAMIENTO

1. Juicios especiales de desahucio.
2. Terminación de contrato de arrendamiento.
3. Rescisión de contrato de arrendamiento (Por alguna de las causales que establece el Código Civil).
4. Prórroga de contrato de arrendamiento.

EN MATERIA CIVIL

1. Medios preparatorios a juicio ordinario civil.
2. Terminación de contrato de comodato.
3. Prescripción positiva.

EN MATERIA ADMINISTRATIVA

Quejas por incumplimiento a los decretos presidenciales publicados en el Diario Oficial de la Federación de fechas 7 y 19 de enero de 1982, que establecen el 50% de descuento en el transporte federal de pasajeros y en Ferrocarriles Nacionales de México; ante la Dirección General de Tarifas, Maniobras y Servicios Conexos de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

EN MATERIA PENAL

Es importante mencionar que en materia penal, tanto el C. Procurador General de Justicia del Distrito Federal, como el C. Procurador General de

la República, emitieron acuerdos que fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación, de fecha 15 de junio de 1990 y de fecha 4 de noviembre de 1991, respectivamente, mediante los cuales se dispone el trato especial que debe otorgarse a las personas mayores de 65 años de edad, en la prestación de servicios encomendados a las diversas unidades de la institución del ministerio público.

En los referidos acuerdos se refleja el avance de brindar un trato especial a las personas de edad avanzada que se encuentren involucradas en alguna averiguación previa, siempre y cuando no se trate de delitos violentos, en materia del fuero común y en materia federal también cuando no se trate de delitos violentos o contra la salud, en los que el agente del ministerio público ordenará su inmediata libertad decretando su arraigo domiciliario hasta resolver su situación jurídica.

Actualmente el Instituto Nacional de la Senectud, en colaboración con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, continúan promoviendo la Defensa de los Derechos Humanos de la Tercera Edad, sumando esfuerzos con las diversas instituciones encargadas de brindarles asistencia social. Para lograrlo actuamos para ellos buscando su dignidad y respeto.

En conclusión, se cuenta con una legislación dispersa como marco jurídico que establece los derechos y obligaciones de las personas de edad avanzada, sin embargo las personas de la tercera edad se enfrentan al problema de una barrera social que no permite su pleno desarrollo dentro de la misma.

Ejemplo: las personas de edad avanzada no cuentan con rampas, tanto en banquetas como en edificios públicos para poder transitar en los transportes públicos de pasajeros, son demasiado altos y no les permite abordar su transporte.

Esos son problemas de planeación en donde profesionales y técnicos en la materia deben intervenir para resolver estos problemas.

4. EL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA ATENCION DE LOS ANCIANOS

Dr. Gregorio Martínez Narváez
Fundación Mexicana para la Salud

Si en términos generales, la administración es la disciplina que permite lograr el ordenamiento de los esfuerzos institucionales para la consecución de objetivos, la aplicación del proceso administrativo a la atención de los ancianos es necesaria para lograr que las políticas y recursos que la sociedad destina a este grupo se realice en la mejor forma posible y se obtengan resultados cada vez más satisfactorios.

La adecuada utilización del proceso administrativo, en el caso del cuidado de los ancianos, también tiene un sentido ético; ya que ellos deben ser beneficiados por el mejoramiento de la capacidad de gestión de las estructuras sociales, pues de una manera u otra, ellos han contribuido a estos desarrollos.

Los elementos básicos del proceso administrativo que mayor trascendencia tienen son: la planeación, la organización, la dirección o conducción, el control y evaluación.

El primer elemento, la planeación, es importante para la definición de políticas y programas; así como para el diseño del modelo o modelos institucionales de atención a los ancianos, modelos que deben precisar lo siguiente:

a) *Los servicios*, que se considere apropiados, proporcionar según necesidades, estructura social y familiar, problemas más frecuentes de los ancianos y disponibilidad de soluciones.

b) *Infraestructura física*. Definiendo el tipo de unidades (asilos, hospitales de día, clínicas, hospitales generales, hospitales de especialidades, unidades de atención primaria, centros recreativos, centros culturales, unidades de terapia y rehabilitación, etc.). Los tipos de unidades deben tener relación con la gama de servicios que se considere pertinente proporcionar.

c) *Las tecnologías*, que sean seleccionadas para llevar a la práctica los servicios. Los manuales de procedimientos, actualizados periódicamente, son instrumentos que permiten difundir entre el personal operativo los conocimientos necesarios para la organización y prestación de servicios.

d) *El equipamiento* con que deben contar las unidades mencionadas en el punto b).

e) *El personal*. Como factor más relevante, pues de la capacidad, permanencia y desarrollo del personal profesional, técnico y auxiliar, depende el desempeño apropiado de los servicios, así como la satisfacción de los usuarios.

Es preciso tener en cuenta que las oportunidades de planeación no surgen espontáneamente, sino que es necesario crear un ambiente de revisión y ajuste de políticas y programas institucionales, lo cual se produce cuando surge la necesidad de utilizar racionalmente los recursos, logrando su mejor aprovechamiento.

La sistematización de un proceso de planeación es procedente ante las circunstancias que se experimentan en la mayoría de los países de América Latina, entre las que destacan los siguientes fenómenos de transición:

- Transición demográfica con ampliación relativa y real de la proporción de ciudadanos de más de 65 años, por reducción de las tasas de mortalidad general y aumento de la esperanza de vida. También en el rubro demo-

gráfico se experimenta el fenómeno de urbanización, con las consecuencias de cambios de patrones culturales, de estructura familiar, y de transformación de los estilos de vida, con su consecuente repercusión en las necesidades vitales de los ancianos.

- Transición epidemiológica, es decir, la persistencia de enfermedades transmisibles y parasitarias coincidiendo con enfermedades crónicas y degenerativas, así como por incremento de riesgo a los accidentes y sus secuelas, este panorama repercute necesariamente en la necesidad de servicios para los ancianos, los cuales deben comprender la prevención, la atención médica y la rehabilitación.
- Transición económica, con persistencia de algunos elementos propios de la crisis como son la deuda externa, desequilibrio comercial, etc., con su repercusión en dos áreas: la macroeconómica con disminución real de los rubros de presupuesto destinados a los sectores sociales, en tanto que en el área microeconómica la repercusión se da en la disminución del ingreso familiar, lo cual naturalmente repercute en el nivel de vida de los ancianos.

Todos estos factores determinan la necesidad de establecer programas a mediano y a corto plazo, que permitan a la sociedad establecer modelos de amplia cobertura y diversa gama de servicios, que satisfagan la demanda de los grupos de ancianos, es decir que sean eficaces en la atención de necesidades; pero además, es necesario que estos servicios sean eficientes, para que sus costos no constituyan una carga excesiva para la sociedad en su conjunto.

En la época actual, es asimismo necesario explorar las diversas fuentes de financiamiento, revisando las estructuras legales y económicas institucionales, para garantizar, ahora y en el futuro, las prestaciones a que tienen derecho los ancianos.

El rubro de organización, no sólo es necesario revisar las estructuras institucionales, la capacidad y variedad de los servicios, su operación descentralizada y sus mecanismos de gestión; sino que es preciso examinar el funcionamiento de los mecanismos de coordinación entre la variedad de servicios institucionales como son las prestaciones económicas, culturales y de servicios médicos; así como las interrelaciones de los servicios que se proporcionan intramuros con aquellos que se proporcionan en el hogar.

Un rubro de coordinación que requiere especial atención es el interinstitucional, pues generalmente son diversas las organizaciones que proporcionan servicios a los ancianos, y pueden existir fallas importantes de coordinación entre las mismas.

Las diversas responsabilidades entre las instituciones y el volumen diferente de recursos, generalmente dan lugar a fenómenos de inequidad por cobertura y calidad de servicios que se ofrecen a quienes tienen acceso a instituciones diferentes.

La supervisión es muy importante para mantener la uniformidad, de los servicios, así como para garantizar la calidad técnica de los mismos. La supervisión debe entenderse como un mecanismo para llevar a todos los niveles y operadores de los servicios la ayuda, asesoría, consejo y experiencia de quienes han alcanzado los conocimientos y habilidades para que las instituciones cumplan sus objetivos. Es aconsejable que existan programas y manuales de supervisión; lo cual también permite constatar que los manuales de organización, de procedimientos, y de contenido múltiple son realmente utilizados. En el desarrollo de la supervisión es posible tomar nota de necesidades de actualización de los instrumentos normativos ante los constantes cambios de las circunstancias en que los servicios se proporcionan y los avances técnicos que se experimentan.

Otro recurso de conducción y control es el sistema de información;

entendiendo éste como el registro y manejo de los datos que permitan la toma de decisiones sobre los servicios por parte de quienes son responsables de ellos en todos los niveles; debe evitarse la estructura centralizada de los informes, que muchas veces sólo se traducen en boletines anuales; la información debe servir para estructurar y operar un sistema de vigilancia, para mantener actualizado el conocimiento de la situación, para estar atento a los cambios y sentido de los problemas de los ancianos, y para valorar el desempeño de los servicios.

Los indicadores de desempeño son instrumentos básicos de la evaluación, deben ser medibles, comparables y uniformes, con objeto de evitar que la evaluación se realice en función de juicios subjetivos; los indicadores expresados en relaciones, tasas y estándares, partiendo desde las coberturas, pueden dar una idea exacta del funcionamiento institucional y hacer comparaciones en el tiempo y en el espacio. Se debe partir de un modelo integral de evaluación que en base a criterios preestablecidos y los indicadores seleccionados, permita conocer además de los alcances de objetivos y metas, las características del funcionamiento institucional.

La evaluación actualmente también se vincula con el análisis del funcionamiento de los sistemas de apoyo como son: de administración de personal, de ejercicio presupuestal, de suministros, transporte, conservación y mantenimiento, pues muchas veces los indicadores de desempeño, por ejemplo, las atenciones proporcionadas en una unidad pueden bajar notablemente no por ausencia de demanda, ni por falta de buena disposición y capacidad del personal, sino por la ausencia de insumos o de mecanismos ágiles para el ejercicio presupuestal.

Un elemento de evaluación que cada vez toma mayor importancia son las encuestas de satisfacción de usuarios y prestadores de servicios, las cuales permiten el conocimiento de los puntos de vista de ambos protagonistas de un acto institucional, proporcionan una visión integral de la situación y de los niveles que alcanza la prestación de servicios. Existen mecanismos de encuestas institucionales de cierta complejidad; pero es posible integrar

manuales de autoevaluación de unidades, que además de registrar los indicadores, incluyen formularios de encuestas de satisfacción que pueden ser manejados en forma ágil y sencilla a nivel local.

Cada vez es mayor la necesidad de contar con personal profesional para la atención de los ancianos; desde los niveles de gerencia de sistemas y servicios, hasta el personal encargado de proporcionar las atenciones directas a los ancianos; por lo tanto es evidente la conveniencia de formar y capacitar personal, tanto en los servicios públicos como privados. Las instituciones públicas deben además estimular la permanencia y desarrollo de este personal, mediante un servicio civil que ofrezca satisfacción, recompensas y realización profesional.

Un nivel de capacitación en muchos países y modelos incluye a la comunidad y la familia, por lo tanto los programas de capacitación deben contemplar, en los casos que así sea necesario, aquellas personas que cotidianamente se encuentran en contacto con el anciano.

Finalmente, para completar el ciclo técnico-técnico administrativo, se manifiesta como necesario en la época moderna, estimular la investigación en torno al anciano, tanto de los aspectos biológicos, médicos y culturales, como de las formas de prestación de servicios de salud, para encontrar mejores técnicas y mecanismos que permitan atender adecuadamente a las necesidades de los ancianos.

5.
**LAS POLITICAS DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL RELACIONADAS
CON LA TERCERA EDAD**

Lic. Francisco Márquez A.
Sub-jefe de la Unidad de
Atención a Pensionados
del IMSS

INTRODUCCION

México a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ha sido uno de los países precursores de la seguridad social integral en América Latina, ya que además de proporcionar los seguros sociales de protección tradicional, agregó los servicios de prestaciones sociales que vinieron a complementar las prestaciones médicas y económicas, con acciones tendientes a elevar la calidad de vida de la población.

El Instituto ha venido realizando diferentes actividades con el fin de atender a la población más vulnerable del país entre la que se encuentran los jubilados, pensionados y los senescentes, con el propósito de favorecer su mejoramiento general, la superación de su postración social, propiciando las condiciones necesarias para lograr una sociedad más justa e igualitaria.

En esta presentación se aborda en forma sintética, la problemática que afronta este sector de la población en México, las deficiencias que no han permitido el avance deseado, así como los aspectos que se pueden aprovechar para otorgar los servicios con mayor calidad y calidez.

Asimismo, plantea una serie de acciones que la institución, la sociedad, la familia y los propios grupos de senescentes pueden realizar, para traducirlas en una política de seguridad y solidaridad social que coadyuve a que cada una de las personas que forman parte de este sector poblacional, pueda vivir con dignidad y sin temores, y que puedan ser autogestoras en la consolidación de su patrimonio económico, social, cultural y de salud.

No obstante que los diversos foros internacionales en los que ha participado el IMSS, han tenido un carácter general, en donde han quedado inscritos los asuntos relacionados a la seguridad social de los grupos de la tercera edad, tanto en aspectos de atención a la salud, como de prestaciones sociales, etc., es claro que en el tratamiento de esas ramas de la seguridad social, esos grupos etéreos han tenido incidencias tanto en forma directa como indirecta. Así, ha sido el caso de las comisiones mixtas internacionales; en los convenios sobre transferencia de pensiones México-Argentina y las asambleas de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

También a nivel latinoamericano se han tocado los temas de la tercera edad en la seguridad social, como la reunión de evaluaciones previa a la binacional, México-Guatemala, el Cincuentenario de la Seguridad Social en Costa Rica, la reunión de la Comisión Americana Médico Social del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social en Río de Janeiro; el cuarto diplomado de Seguridad Social con el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, y del instituto Peruano de Seguridad Social.

En las perspectivas a corto plazo, el Instituto prepara su participación en la conferencia internacional sobre población senecta, en San Diego, California y el encuentro internacional de la asamblea de la asociación internacional de la seguridad social, a celebrarse en Acapulco, Guerrero, el presente año (1992).

Los objetivos que estimamos se pueden cumplir con nuestra participación en este evento, consistirán en:

- * Intercambiar experiencias en relación a la normatividad y operación de los programas institucionales en materia de atención de la seguridad social a grupos de población de la tercera edad.
- * Analizar la problemática existente y estudiar nuevos proyectos y alternativas de seguridad social, a nivel internacional.
- * Difundir los avances y perspectivas de los programas de seguridad social a grupos de pensionados.

ANTECEDENTES

Como consumación plena del ciclo del existir humano aparecía a los ojos de los antiguos mexicanos la Huehueyotl (senectud o vejez), y los ancianos llegaban a la condición de Huehuetain (reverenciado anciano) o Ilatzín (reverenciada anciana). Existían los llamados "Ueuetques", eran quienes sobrevivían a guerras, enfermedades o trabajo, y constituían una clase privilegiada, ya que por haber servido al Estado (guerreros, burócratas) recibían una pensión, lo que significa que fueron los primeros casos conocidos de remuneración a su retiro.

Resulta interesante señalar que con relación a estos conceptos, se estableciera con un determinado número de años, una medida de tiempo en su calendario, y esta medida era la Huehueriliztli (cumplimiento de la vejez) que consistía en un período de 104 años.

Contrastando con este período largo de vejez prolongada, estaba el de la mitad del mismo o "atadura de años", que era de 52 años. En la tradición prehispánica quienes llegaban a una "atadura de años", iniciaban el ciclo de la tercera edad, la cual podía prolongarse en casos excepcionales hasta más de los 100 años que era la plenitud de la consumación de la vejez.

En contraste con otras culturas, para nuestra antigua sociedad, la vejez

no implicaba necesariamente un estado de decrepitud, pérdida de facultades, ya que ésta podía abarcar desde una simple atadura de años (52), hasta el doble de este lapso.

En una bella traducción de León Portilla sobre dos textos del "Códice Matritense", se describen las figuras ideales del anciano y de la anciana. En ambos textos se percibe el reconocimiento de los atributos compartidos por ambos.

Una larga experiencia, raíz de su sabiduría, les permite dar consejos y amonestar a los más jóvenes en el seno de sus familias. Eran los poseedores de los testimonios históricos y de las tradiciones que deberían comunicar y preservar para sus descendientes.

Hay dos rasgos que destacan en la anciana: el de ser corazón y rescoldo del hogar, por lo mismo bien puede entenderse como guardián de la existencia unitaria de la familia, lo máspreciado en este mundo prehispánico.

Los ancianos actuaban dentro de la sociedad en diversos consejos y en los cuales asesoraban con su experiencia a los funcionarios del estado, como hemos dicho, eran los encargados de preservar los testimonios referentes a su pasado, como ejemplo tenemos una cita de Tezozomoc al principio de su célebre crónica Mexicayotl o de la mexicanidad, escrita en náhuatl.

Otras reflexiones acerca de la senectud, encontradas en los textos de la literatura náhuatl, complementan la descripción de los atributos de experiencia, sabiduría moral y viviente depositario de los recuerdos del pasado.

En el Códice Florentino, libro VI, hay textos en donde se destaca el atributo de maestro, propio de los ancianos que señalan el camino de la vida a las nuevas generaciones.

Durante la época virreinal, fueron las órdenes religiosas a través de los misioneros, fundamentalmente franciscanos, los que se encargaron de la atención a los grupos más desprotegidos, entre los que se encontraban la población de la tercera edad.

Para la atención a la vejez a mediados del siglo XIX se fundan algunas asociaciones de beneficencia privadas.

En el año de 1879 se funda la Asociación Francisco Díaz de León; en 1884 la Asociación Franco - Mexicana, Suiza y Belga de Beneficencia Privada; en 1885 el Instituto de Beneficencia Lorrainzar, en el mismo año la Casa Hogar Mariano Gálvez; en 1891 La Casa Hogar Santa María de Guadalupe; en 1893 la Fundación Asilo Casa - Betti; en 1898 el Hogar para Ancianos Matías Romero; en 1899 la Fundación de Ayuda a la Ancianidad con la Casa Isabel la Católica y la Casa Hogar Nuestra Señora del Camino.

A principios de este siglo es creada la Sociedad de Beneficencia Española, así como la Sociedad Americana de Beneficencia; en 1905 la Asociación de Ayuda de la colonia alemana; y ya en 1917, en pleno período revolucionario, se funda una de las instituciones de más trascendencia en el país de carácter privado, como fue la Fundación Mier y Pesado; al siguiente año se crea la Fundación de Socorros, Agustín González de Cossío; para 1928 se funda la Casa Hogar para Ancianos Hospital Concepción Béistegui.

En este período que abarca casi un siglo, se caracteriza por la participación de los particulares en la atención y socorro de la población de la tercera edad, fueron organismos o personajes de la sociedad civil, quienes más se preocuparon por el bienestar social, basadas en su carácter filantrópico o de solidaridad de algunos grupos de extranjeros que vivían en México. Ellos aportaron recursos y obras como los asilos que se mencionaron.

La historia en México registra en sus anales, la presencia de un estancamiento de carácter económico y social durante casi tres décadas que se

inicia desde el nacimiento de la gesta revolucionaria de 1910, hasta principios de la década de los cuarenta.

Al final de este período, la población mexicana no había experimentado suficiente satisfacción de sus necesidades y demandas sociales, ya que por un lado las instituciones oficiales aún no se habían creado o eran incipientes, y con lo que más se contaba, era con algunos servicios básicos de atención a la salud, y educación, servicios éstos, que adolecían de una verdadera y amplia cobertura a la población, y estaban ausentes en muchas partes del país.

La cobertura de las necesidades de carácter social en general eran precarias o inexistentes, por lo que las demandas de: vivienda, educación, salud, cultura, recreación y deportes, eran insatisfechas. En este sentido, puede afirmarse que hasta finales de la tercera década de este siglo, no se había logrado alcanzar los niveles mínimos de bienestar social para la población, misma que según datos del censo del año 37, nos muestra que la población mayor de sesenta años representaba el 3.3% de un total de 20 millones.

En este contexto, la morbilidad y mortalidad de las personas de la tercera edad, era demasiado alta, (250,000 aproximadamente), casi igual que el de la población infantil. Del 50% de la población analfabeta, los de mayor edad representaban también el 50%, por citar sólo algunos de los indicadores más representativos del bienestar de la población.

En general los problemas que en materia de seguridad social afectaban a la sociedad y a los integrantes de la familia; eran los mismos que afectaban a la población de mayor edad, ello por ser parte integrante y medular de la célula familiar. Toda esta situación influyó en la lucha de los trabajadores en activo por el establecimiento de un organismo que le proporcionara al trabajador y a sus familiares, el mejoramiento de los niveles de vida y bienestar; movimiento que vendría a desembocar en la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943.

Cabe señalar que a principios de los años cincuenta, la esperanza de vida al nacimiento era de apenas cuarenta años aproximadamente, por lo que la población mayor de esta edad, y hasta los 60 años considerados como de vida productiva, era relativamente baja.

Cabe hacer mención que también en este período que va desde principios de este siglo hasta nuestros días, las instituciones y organismos de carácter privado, han continuado realizando labores en beneficio de la población de la tercera edad, destacando la fundación en 1968, de la Asociación de los Sesenta, que es la única institución autofinanciable a través de talleres de capacitación, con cuyas utilidades se sostienen tres casas hogar. En 1973 se fundó la casa hogar para ancianos, Mujeres Cotija de la Paz; en 1974 la Fundación Protección y Asistencia para Ancianos Desvalidos; en 1977 el organismo Atención al Anciano y Protección Social, a quien pertenece la Quinta Las Margaritas; en 1982 se creó la Fundación para Ayuda de Ancianos y la Casa de la Divina Providencia; en 1988 la Fundación, Residencia Reina Sofía, y en 1989 la Asociación Teodoro Gildred, así como el asilo exclusivo para ancianos desamparados, Dr. Gonzalo Cossío Ducoing; en 1990 la Fundación de Mano Amiga a Mano Anciana empieza a prestar sus servicios; así como la Fundación Rosa Loroño; y en 1991 la Fundación Bringas - Haghenbeck y la Fundación Promoción Humana.

LA TERCERA EDAD

La seguridad en México, y la participación del IMSS

El período posrevolucionario hasta 1940 registra una incipiente incorporación a la justicia social y seguridad pública, debido a la crisis económica y política que caracterizó esa etapa de consolidación. No fue sino hasta 1943, año de la Fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social cuando sus prestaciones involucraron en sus beneficios a la población asegurada

de edad avanzada del país, otorgándoles servicios de carácter médico y posteriormente al incorporarlos al régimen de pensiones con prestaciones en dinero.

Los antecedentes de las prestaciones sociales en el Instituto indican que fue en 1957, cuando con las modificaciones a la propia Ley del Seguro Social, se insertan esos derechos. Diversos acontecimientos fueron configurando el establecimiento formal de las prestaciones sociales, como el origen de las casas de la asegurada, los clubes de la asegurada y beneficiarios, las misiones médico-sociales y los centros de seguridad social para el bienestar familiar.

Los fenómenos socio-demográficos y laborales, se reflejaron en el Instituto hasta 1960, en su régimen de pensiones, cuando se incorporaron escasamente 49 mil trabajadores a dicho régimen, provenientes sobre todo de la floreciente planta industrial y de orden urbano. Para el final de la década y principios de los setentas esta situación se cuadruplicó, alcanzarse un registro de 217 mil pensionados, que ya disfrutaban de las prestaciones en dinero, así como de las médicas y de prestaciones sociales.

Sin embargo, cabe precisar que aún después de haber transcurrido alrededor de 30 años de vida del Instituto y cerca de quince del inicio de las prestaciones sociales, éstas aún no llegaban a la población de mayoría de edad, bajo una concepción avanzada integral de la seguridad social y con programas específicos, ya que se les consideraba como sujetos beneficiarios por extensión de los diferentes programas comunitarios.

Lo anterior se debió también al hecho de que el esquema de seguridad, a través de las prestaciones sociales, estaba fundamentalmente dirigido a beneficiar a las amas de casa y a los jóvenes, en actividades de capacitación, en las artes y en los oficios, la cultura, el deporte y la recreación.

Para principios de 1980 la cifra de pensionados del Instituto sumaba ya 536 mil; para 1990, llegó a un millón 121 mil, lo que demuestra que se ha

venido duplicando esa población cada década. Para ese año, se registraron 964 mil 116 pensionados y 26,450 jubilados del Instituto Mexicano del Seguro Social, y a su distribución geográfica le correspondió el 81% al sistema foráneo y el 19% restante al D.F. Del sistema foráneo, el Estado de México muestra el mayor nivel de concentración representando el 10%, que sumado al 19% del D.F., alcanzaron casi el 30%, alrededor de la tercera parte del país, siguiéndole en importancia los estados de Nuevo León, Jalisco y Coahuila, con: 8, 7 y 6%, respectivamente. El promedio de edad de la población pensionada osciló entre los 50 y 70 años de edad, y va de acuerdo al tipo de pensión, los cuales abarcan, desde riesgos de trabajo en la edad más temprana (50 años), hasta la pensión por vejez y cesantía que en promedio son de 70 años, además de otros conceptos como: invalidez, viudez y ascendencia.

Por tipo de pensiones, el 84% correspondieron en 1990 a los otorgados por incapacidad no profesional, cumplimiento de los 65 años, destituidos por la edad avanzada, y por viudez, orfandad y ascendencia, así como en el caso de muerte; y el 15% restante correspondió a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Del presupuesto global del Instituto, el pago de pensiones y jubilaciones representó alrededor del 20%, sin considerar el gasto que significaron los servicios utilizados extensa e intensamente por esta población, en materia de atención médica y actividades de naturaleza cultural, social y recreativa.

Los pensionados tienen derecho, entre otras prestaciones, a la asistencia médica para él y sus beneficiarios; en este sentido, el total de familiares de los pensionados asciende a un millón de personas adicionales.

En el curso de la historia humana, las sociedades han ido afrontando la situación de la vejez de muy diversas maneras según particularidades en las que tienen que ver la tradición, las creencias religiosas, las estructuras políticas y socio-económicas y otras razones igualmente complejas. En esta materia se ha llegado a los extremos: por un lado, identifican la vejez con

la sabiduría y la grandeza, como en Grecia, o en el México prehispánico, donde vejez era sinónimo de posesión de valiosas experiencias siempre dignas de respeto y consulta; y por el otro, considerar a quienes llegaban a avanzada edad como una carga insoportable para el resto de la comunidad, abandonándolos por tanto a su suerte, como era la costumbre entre los esquimales, y otros pueblos urgidos por las necesidades más elementales.

La esfera biológica ha tenido límites definidos para caracterizar la situación del anciano, y ha dependido del contexto social en que se desenvuelve. En las sociedades occidentales la esperanza de vida al nacer ha ido en creciente aumento, y a partir del desarrollo y de los avances en la atención a la salud, la evolución hacia la vejez se ha precipitado, más o menos según los recursos de la sociedad.

La función social y política ha dependido de su posición económica. Para los ancianos de las clases medias o bajas, su suerte ha dependido de las políticas impuestas por el estado y por la mayoría de la población activa.

La situación moral y material de los senectos está indisolublemente ligada al régimen de producción, organización y distribución social. Su marco de sobrevivencia biológica y psico-social forma parte de los procesos de desarrollo. En la medida en que pierde capacidad de trabajo, se margina al anciano, pero también es reflejo del grado de cultura y desarrollo en que se encuentra cada sociedad. Es un hecho que en los países cultural y económicamente desarrollados, sí se preocupan por los ancianos y les conceden la atención adecuada en todos los aspectos; lo hacen participar en el desarrollo de sus países como trabajadores calificados y como consejeros profesionales y políticos, por algo será. El sentido que los hombres asignan a su sistema de valores, define el sentido y valor que le dan a la vejez.

En nuestro país, la explosión demográfica y el desarrollo socio-cultural han llevado al incremento tanto de la esperanza de vida, como del número de ancianos en forma creciente; nos encontramos ya en el nivel de los países con mayor número de ellos como Francia, Inglaterra o Suecia. El

avance de la ciencia y la tecnología y sobre todo la seguridad social mexicana, lo han hecho posible.

Tenemos que reconocer que en México el impacto causado por las nuevas generaciones y sus ingentes necesidades de educación, recreación, trabajo y salud, han determinado una atención mucho más esmerada y cuantiosa para ellos que para los hombres de edad avanzada; y sin embargo necesitamos aceptar que en un país de jóvenes como el nuestro, el anciano debe poder cumplir su misión actual y realizarse en lo individual, a través de políticas, acciones y servicios institucionales.

La vejez representa un problema complejo, ya que el anciano está condicionado, en gran medida, a un contexto social cuyas acciones están destinadas hacia la esfera productiva, negándole la oportunidad de integración a una sociedad que ha creado sus propios valores, entre los que sobresalen los materiales.

Podría afirmarse que una de las situaciones humanas y sociales a las que en la época actual hemos sido más insensibles, menos justos, es la que rodea a este núcleo de personas que, por su edad avanzada, es englobado en el término genérico de viejos o ancianos. Una calificación que lamentablemente ha ido perdiendo; lo que implicaba de espontáneo y afectuoso respeto, para adquirir una connotación de indiferencia u olvido, cuando no de lástima o menosprecio.

La inmensa mayoría de las personas que llegan a la vejez son totalmente dependientes de la familia. Una pequeña proporción recibe una suma por concepto de pensión o jubilación, habitualmente insuficiente para su personal subsistencia. Esta situación es otra fuente de desventura permanente en el dolor del anciano.

La problemática económica y social por la que atraviesan los 5.3 millones de personas de la tercera edad, se refleja en los siguientes aspectos medulares:

- DE CARACTER ECONOMICO

- + Existe un cierto núcleo de la población de edad avanzada que no percibe ningún tipo de prestación, por no pertenecer a ningún régimen de seguridad social.
- + Un grupo de personas de tercera edad que disfrutan de pensiones, alrededor de 1'500,000: este millón y medio representa el 45% de un total de 3,400 mil personas mayores de 65 años. (1 millón 220 mil del Instituto Mexicano del Seguro Social; más de 200 mil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; cerca de 50 mil del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas). Por ello existen demandas por incrementos a las pensiones.

- DE CARACTER MEDICO

- + La ancianidad empieza a ser uno de los problemas graves en el país en materia de seguridad social, ya que debido a la incidencia en las enfermedades propias de la edad avanzada, implican grandes costos en la atención a su salud.

- DE CARACTER SOCIAL

Ausencia marcada en la sociedad de una cultura del senescente, por considerarlos erróneamente personas incapacitadas e improductivas, provocándoles marginación y abandono social y familiar.

En el contexto social la ausencia de una cultura integral del y para el senescente, modifica el estatus social, sobre todo al retirarse de su vida laboral, lo que constituye un problema de orden social de suma importancia.

SITUACION ACTUAL DE LA POBLACION DE LA TERCERA EDAD, EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL

El vocablo jubilar viene del latín "*jubilare*" que significa eximir del servicio activo o del trabajo por razones de antigüedad o ancianidad, a la persona que desempeña un cargo, asignándoles una pensión vitalicia en recompensa a los servicios prestados.

A pesar de que la expresión jubilar se relaciona etimológicamente con júbilo, en muchos casos ha cobrado un carácter más bien penoso, se ha transformado en un acontecimiento no siempre deseado por el trabajador.

La jubilación o pensión es nefasta desde el punto de vista físico, psicológico y social, opinan algunos gerontólogos, ya que el índice de mortalidad es más elevado durante el primer año de jubilación.

Los hombres interpretan el dejar de trabajar como una pérdida, se les "obliga" a pasar de una actividad de tiempo completo fuera de su casa a una inactividad dentro de su hogar, esto da como resultado una gran depresión que les puede llevar incluso a la muerte. Son más adaptables al cambio que presupone el dejar de trabajar repentinamente, porque generalmente se dedican a las actividades propias del hogar que resultan de su agrado y las mantiene ocupadas casi todo el día.

Aquella persona que crea deber fundamentar su justificación o derecho a la existencia únicamente en su quehacer, es decir, en su trabajo, con la jubilación se le retiran de repente todos los apoyos. Quien no se ha procurado a su debido tiempo otros valores, otros fundamentos y alegrías más desinteresadas, camina inexorablemente hacia la llamada bancarrota de la jubilación.

El tránsito de actividad a inactividad es prácticamente penoso porque en su gran mayoría, los jubilados o pensionados son personas todavía perfectamente capaces de desempeñar una labor útil.

Uno de los problemas que aquejan mayormente a la población senescente, es sin duda el económico como ya se comentó anteriormente, pero no se puede soslayar el impacto que reciben estas personas en el ámbito social y familiar producto del rechazo y la marginación de que son objeto. En este sentido, las diferentes instituciones encargadas de la seguridad social, mantenemos el compromiso de elevar su nivel y calidad de vida.

Hoy en día, el Instituto Mexicano del Seguro social atiende a más de un millón 200 mil pensionados y jubilados; otorga también atención médica completa a un millón de personas más, beneficiarios de los pensionados.

A lo largo de casi cincuenta años de existencia de esta institución, las prestaciones económicas proporcionadas a los pensionados han sufrido modificaciones y adiciones; reseñarlas nos llevaría considerable tiempo, por lo que sólo mencionaremos algunas de éstas y la situación que guarda el monto de las pensiones a últimas fechas.

Por lo que respecta a la cuantía de las pensiones, durante el período de 1964 a 1988 ésta varió entre el 27% y el 35% del salario mínimo general en el Distrito Federal.

Para hacer frente a la problemática económica en cuanto a los montos de las pensiones, el Instituto en la presente administración ha venido incrementando el porcentaje de las mismas. Así, en 1989 observamos un sensible aumento en las pensiones, al pasar del 35% al 70% del salario mínimo general establecido para el Distrito Federal; adicionalmente se dispuso el sistema de pensiones dinámicas, las que se traducen en el aumento de la cuantía en función de los incrementos del salario mínimo.

Por iniciativa del Ejecutivo Federal, en 1991 nuevamente el monto de las pensiones se ven incrementadas en un 10%, al pasar del 70% al 80%.

Destaca el más reciente incremento, junio de 1992, aprobado por el Poder

Legislativo, al pasar del 80% al 90% respecto al salario mínimo general del Distrito Federal.

En similitud, la Ley del Seguro Social ha sufrido modificaciones, estableciendo el otorgamiento de prestaciones a los pensionados, superiores a las consideradas en su génesis.

Citaremos las siguientes:

- * Derecho de pensión al viudo incapacitado.
- * Incorporación a la ley de las pensiones de ascendencia.
- * Compatibilidad de la pensión con la obtención de un trabajo remunerado.
- * Inserción de asignaciones familiares.
- * Aguinaldo de 30 días por año, 15 días más de los estipulados en la Ley Federal del Trabajo.
- * Disminución de 700 a 500 semanas de cotización para acceder a la pensión por vejez o cesantía.

Por otra parte, a iniciativa del Ejecutivo Federal, quien, consciente de la necesidad de prever una mejor situación económica al momento del retiro de los trabajadores actuales, se creó en febrero de este año un seguro adicional a los que establece la Ley del Seguro Social: el Seguro de Retiro, éste se instrumentó por medio de un sistema de ahorro, que tiene por finalidad incrementar los recursos a disposición de los trabajadores cuando éstos se retiren o incapaciten. A través de cuentas bancarias individuales, los patrones acreditan el dos por ciento mensual sobre el salario base de cotización.

Así, a través del tiempo, las reformas y adiciones que ha sufrido la Ley del Seguro Social ha permitido que un sector de la población tan sensible como lo son los pensionados, vean posibilidades más concretas de no irse rezagando respecto al constante aumento de la vida. Sin embargo, la atención integral de las demandas sociales va más allá de la sola participación de las instituciones que tienden a la seguridad social. El compromiso es también de toda la sociedad.

LAS POLITICAS INSTITUCIONALES RELACIONADAS CON LA TERCERA EDAD

La política social del actual gobierno ha dado prioridad a la atención integral del anciano, y así lo confirma lo asentado por el Presidente de la República Mexicana, licenciado Carlos Salinas de Gortari en su Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 "a los niños y a las personas de edad avanzada debe proporcionárseles el trato humano que merecen, inculcará en los primeros los valores democráticos y se alentará el respeto y reconocimiento de la experiencia y sabiduría de los segundos. Es preciso desterrar el abuso de menores e incrementar los beneficios laborales de retiro y la atención a los ancianos". (capítulo 4-4-43 pag. 50). "La seguridad social atiende el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación, protege el poder adquisitivo de su salario y otorga apoyos financieros; asimismo garantiza la protección en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte" (capítulo 6-6.63 pág. 105).

La modernización propuesta no persigue sólo cambios materiales sino, sobre todo, transformaciones en las actitudes y en las conductas que hagan posible una cultura de igualdad, que al preservar lo mejor de las tradiciones y valores, se constituya en fuente de renovación permanente.

Los beneficios que otorga el gobierno a la población senescente los da

a través de las instituciones directamente vinculadas a su bienestar: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de la Senectud, Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, Desarrollo Integral de la Familia, Departamento del Distrito Federal e Instituto Mexicano del Seguro Social. No obstante la complejidad, magnitud y alcance de la problemática planteada para la atención de este grupo, los esfuerzos ya realizados de concentración, orientación de recursos, y definición de programas son limitados.

El plantearse como grandes propósitos sociales la identificación, el respeto, la presencia y el aprovechamiento productivo de la capacidad y experiencia acumulada de la población objeto, es un reto nacional que involucra definiciones de política de gran alcance:

- Dar atención integral a la salud de los ancianos, preventiva, curativa y rehabilitadora.
- Asegurarles pensiones dignas.
- Reformar la legislación existente para ampliar la protección legal del anciano y su derecho al trabajo.
- Llevar a cabo una gran campaña de concientización, desde el seno familiar, con los hijos, los trabajadores en activo, y la sociedad en general para que sea fomentada la solidaridad para los ancianos y la ayuda mutua entre generaciones.
- Capacitar a los senectos en los últimos años de su vida, deberá ser parte integral de las políticas sociales, la cual incluirá aspectos físicos, psicológicos, sociológicos, culturales, religiosos, espirituales, económicos y de salud.

Las políticas que en materia de seguridad social tiene definidas el Instituto Mexicano del Seguro Social, para con la población senescente son:

- Brindar los servicios de seguridad social a la población derechohabiente, beneficiarios y solidariohabientes, con calidad, calidez y solidaridad.

- Proporcionar los servicios médicos a la población pensionada en sus tres niveles de atención, con sentido humanístico e integral.
- Participar dentro del Sistema Nacional de Salud en el desarrollo de sus programas de salud pública.
- Contribuir a la elevación del nivel y calidad de vida de la población, a través de los servicios de bienestar y desarrollo social.
- Ejercer los derechos y el disfrute de las prestaciones, a través de los servicios técnicos.
- Ampliar los servicios de seguridad social a sectores de la población más desprotegida, con el apoyo del Programa Nacional de Solidaridad.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA PENSIONADOS Y JUBILADOS

El Instituto Mexicano del Seguro Social instrumenta sus políticas de seguridad a través de sus programas sustantivos de las áreas: médica, económica y de prestaciones sociales, así como el Programa IMSS-SOLIDARIDAD, destacándose los siguientes:

- Creación de la Unidad de Atención a Pensionados. (1991)
- Un proyecto integral médico que se instrumentará en breve.
- La implantación de pago directo a pensionados.
- Campañas para fomentar la cultura de atención y dignificación de esta población.
- Elaboración de boletines de orientación e información de servicios institucionales.
- Cursos prejubilatorios.
- Se ha iniciado la operación de centros de convivencia para pensionados en las instalaciones de los centros de seguridad social en turnos matutinos.
- Existe un proyecto para dotación de prótesis.
- En apoyo a su economía, se han formado 38 cooperativas de producción, 33 grupos de suministro y 131 grupos de cursos sobre protección de la economía familiar, mejoramiento de la vivienda, medio ambiente y alimentación.
- Actividades recreativas, culturales y vacacionales, talleres y convivencias.

Con este sentido, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Movimiento Unificador Nacional de Jubilados y Pensionados, suscribió el 25 de julio de 1991, las bases de colaboración IMSS-MUNJP, que constituye un convenio suscrito por ambas partes, con la finalidad de mejorar la atención y calidad de vida, a través de las diferentes prestaciones que el Instituto ofrece en beneficio de este sector de la población.

Esta colaboración representa el acuerdo de voluntades para dar cauce a la participación organizada, consciente y corresponsable de las agrupaciones de pensionados, con la finalidad de que participen en acciones propositivas que repercutan en la solución de sus problemas y en la atención de sus demandas de bienestar.

Las bases de colaboración han permitido el establecimiento de una Comisión Nacional Mixta entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y las organizaciones de pensionados, con facultades de una instancia deliberativa y resolutoria con relación a las siguientes prestaciones: servicios médicos en sus tres niveles de atención; prestaciones sociales, cuantía en pago de pensiones; calificación de incapacidades; calidad y calidez en la atención a pensionados; medicina del trabajo; fomento a la salud; suministro de medicamentos; programas de información y orientación; capacitación en actividades productivas; actividades recreativas, turísticas y culturales, así como otras acciones que directa e indirectamente inciden en el bienestar de los pensionados.

El funcionamiento de la comisión con la participación de los representantes de las organizaciones de pensionados y jubilados, enriquece el quehacer del Instituto Mexicano del Seguro Social, porque permite incorporar sus demandas traduciéndolas en programas y en acciones concretas.

Las bases de colaboración y el funcionamiento de la Comisión Nacional Mixta, prevé la creación de comisiones mixtas delegacionales en cada una de las entidades federativas, con facultades similares a la comisión nacional,

pero relacionadas con asuntos de carácter local, lo cual permite que los planteamientos y problemas tengan solución en el lugar en que se presentan, haciendo posible la desconcentración de funciones y la participación de los niveles de gobierno estatal y municipal.

Con este propósito, el Instituto Mexicano del Seguro Social durante 1992, emprendió un programa de instalación de comisiones mixtas a nivel delegacional, con la participación de las organizaciones de pensionados y jubilados, así como de las áreas relacionadas con el otorgamiento de prestaciones médicas, económicas y sociales. A la fecha se llevan instaladas en los estados de: Baja California, Guanajuato, Michoacán, Puebla y Tamaulipas.

La operación de las comisiones a nivel delegacional permitirá que cada una de las unidades prestadoras de servicios, adecuen sus programas a los intereses reales de los pensionados y éstos a su vez, participen en su formulación y seguimiento.

En este contexto, la atención a la población de la tercera edad, particularmente a los pensionados y jubilados, se proyecta como una de las acciones prioritarias, en virtud de que ese importante conglomerado social ha sido la base de los esfuerzos productivos que generaron al México pujante de hoy.

Ese sector de la población fue el que hizo posible superar los obstáculos al desarrollo económico y social que se presentaron históricamente, a partir de la gesta revolucionaria en nuestro país, que cambió los horizontes de progreso y justicia social manifestados en nuestra Constitución. Por ello representan para el Instituto Mexicano del Seguro Social, un grupo humano del más alto interés y prioridad.

La labor institucional, se extiende por solidaridad a beneficiarios mayores de 60 años y su cobertura abarca a la población abierta senescente, misma que habrá de crecer a una tasa promedio del 4.1% en el lapso 1990-95 y de 4.6% al año 2000; incrementándose la población de 3.4 millones a 4.1 y 4.9 millones respectivamente.

PERSPECTIVAS Y CONCLUSIONES

A fin de ofrecer una perspectiva de la seguridad social en el país, y muy particularmente en la esfera de acción del Instituto Mexicano del Seguro Social, y debido al impacto de la problemática en la atención de pensionados y por extensión a la población senecta en general, población que se duplicará por motivos de orden demográfico, y consecuentemente sus beneficiarios, el Instituto habrá de otorgar atención médica completa a más de 4 millones 400 mil personas a más tardar a finales del presente siglo.

Es preocupación del gobierno de la República y del propio Instituto, mejorar la situación general de los pensionados, sin descuidar la viabilidad financiera del mismo. La presente administración ha efectuado modificaciones importantes para elevar la cuantía de las pensiones que van del 35.2% del salario mínimo general en 1989, al 90% que actualmente se ha alcanzado con motivo de las recientes modificaciones a la Ley del Seguro Social, autorizadas por el poder legislativo. En esta modificación a la Ley del Seguro Social, se permitió por única vez disponer de parte de la reserva financiera, lo cual quiere decir que la respuesta a las demandas económicas de los pensionados, habrá de darse en el futuro, bajo un enfoque de participación coordinada y solidaria de las diversas instituciones públicas que atienden a la seguridad social del país, así como con la participación de los diferentes niveles de gobierno; de las organizaciones del sector social y privado, que permitan preservar los medios de subsistencia de los pensionados y sus familiares, asimismo la elevación de los niveles y calidad de vida, muy especialmente del importante sector de la población senescente la que con su esfuerzo, dedicación, trabajo y voluntad, ha formado este país, del cual ahora disfrutamos y para el bienestar de las nuevas generaciones herederas de la sabiduría, experiencia y visión que nos han legado como patrimonio a todos los mexicanos.

Finalmente, en una breve reflexión, considero que este tipo de reuniones consolida el avance del cooperativismo entre los países de latinoamérica, que con un gran contenido ideológico y humanista buscan incesantemente

soluciones a problemas semejantes por numerosas razones. De ahí nuestra exhortación a la Organización Panamericana de la Salud y al Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, de continuar sumando esfuerzos para ofrecer nuevos y mejores horizontes a los senectos y nuestro reconocimiento por la celebración de este importante seminario.

6.

EL ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO DE LA TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD Y ASPECTOS DEMOGRAFICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Dra. Iris Corbalán

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)

EL ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO DE LA TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD

La CEPAL ha presentado a los gobiernos de la región una propuesta de lineamientos estratégicos para el desarrollo económico y social en la década de los 90's. Se trata de la llamada Transformación Productiva con Equidad, (T P con E) que busca superar la crisis de la década pasada (la década perdida), mediante un ataque a las causas estructurales del estancamiento económico y el desajuste social.

En las reuniones de Caracas, en 1990 y Santiago, en abril de 1991, los gobiernos hicieron suya la propuesta y varios de ellos hicieron el análisis de sus acciones presentes en el marco analítico de la T P con E.

En primer lugar, quisiera señalar que el eje de la propuesta está constituido por la introducción de cambio tecnológico a todo lo largo del proceso productivo. No se basa la estrategia en la explotación de recursos naturales ni en la depresión salarial como manera de lograr mayor competitividad internacional. Se trata, en cambio, de alcanzar mayor competitividad por la vía del incremento de la productividad, siendo ésta a su vez perseguida mediante la elevación de la capacidad de nuestros recursos para emplear tecnología moderna.

En segundo lugar, como se trata de lograr este incremento de la productividad en todo el sistema productivo, la elevación de la capacidad tecnológica de los recursos humanos abarca a todos los sectores y a todos los niveles: no sólo de los empresarios y técnicos sino también de los asalariados del sector privado y también en todos los niveles del sector público. La productividad de cada unidad productiva se ve limitada no sólo por lo que sucede en su interior sino también por la productividad alcanzada por sus proveedores, por los servicios, por la administración pública y aún por sus competidores.

Esto significa a su vez que todos los sectores sociales participen en el esfuerzo por aumentar la productividad y reciban por ende los frutos de dicho aumento. Por oposición a una estrategia basada en un sólo sector (por ejemplo el exportador) la estrategia de la TP con E es *inherentemente más equitativa* de ahí que la equidad forme parte de su título. Hay, por supuesto, más razones sociales y políticas, que hacen de la equidad una precondition y un mandato para el desarrollo de la región.

Ahora bien, la equidad de que se habla tiene múltiples dimensiones, se trata de la equidad entre factores productivos, entre estratos sociales, la equidad entre los habitantes de las zonas rurales y urbanas, la equidad entre géneros y, por fin la equidad entre distintos estratos etarios. Porque es difícil concebir una sociedad equitativa que restrinja su preocupación por esa característica sólo a los participantes directos del proceso productivo.

Esto afecta entonces muy directamente a nuestro tema de debate: la tercera edad. Si la región se logra enderezar por un sendero de progreso y justicia, esto debe alcanzar también a los adultos mayores. La pregunta clave es ¿cómo facilitar que este grupo etario participe plenamente de lo que el progreso posibilita y la justicia reclama?.

Todo el tema de los sistemas de pensiones y jubilaciones está presidido por esta pregunta, pero también lo están los temas especializados de salud, vivienda, recreación y hasta educación para la tercera edad. Más en general la inserción social de la tercera edad es un tema de equidad.

En tercer lugar hay que notar que al interior de la población de tercera edad se replican algunas de las preguntas sobre equidad que valen para la sociedad como un todo. Es preciso evitar que, al diseñar una política para la tercera edad, se olvide el peligro de que esa política favorezca, dentro del conglomerado, a un subconjunto social u ocupacional por sobre otros, a un género o a una zona geográfica de residencia.

En definitiva, de la estrategia de la transformación productiva con equidad se desprenden consecuencias de importancia para los adultos mayores, y sobre todo por la variable equidad.

Las consideraciones sobre estructura demográfica que haré a continuación pretenden tener lo anteriormente expuesto en mente y ser instrumentos analíticos útiles para el diseño y ejecución de políticas que sirvan al tratamiento equitativo de nuestra población mayor.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS DEL ENVEJECIMIENTO

La vida humana se ha prolongado produciéndose un aumento de la proporción de personas de edad avanzada y determinando así el envejecimiento de la población.

El estudio del envejecimiento demográfico plantea una serie de consideraciones en cuanto a conceptos, definiciones o indicadores adecuados para su estudio.

Entre ellas: qué significa y a partir de qué edad se es viejo o se deja de ser joven o cuáles indicadores permiten medir o estudiar mejor, desde un punto de vista teórico y práctico este fenómeno.

Una manifestación de estas interrogantes se expresa en cómo nombrar a los componentes de la llamada tercera edad: ancianos, adultos mayores, personas de edad avanzada, viejos, etcétera.

Siendo el envejecimiento un proceso paulatino y que difiere entre los individuos (nadie envejece automáticamente a partir de una edad determinada), podemos decir que la demarcación cronológica de la tercera edad es arbitraria y abierta a la discusión, ya que tiene sentidos diferentes en diferentes lugares. Sin embargo, y a pesar de sus limitaciones se acepta su uso para delimitar el segmento que constituye la tercera edad. La Asamblea Mundial del Envejecimiento adoptó como límite 60 años y más, mientras que en muchos estudios se usa 65 y más.

El concepto de envejecimiento puede estar referido a un individuo o a una población. En este último caso, se trata del aumento de la proporción de individuos en tramos de mayor edad. El de los individuos es un proceso irreversible asociado a la edad cronológica, que empieza con el nacimiento. El de la población es un proceso reversible y más complejo; la población no envejece con el transcurso del tiempo, puede permanecer inalterada y aún rejuvenecerse.

En el CELADE, el análisis del proceso del envejecimiento privilegia los aspectos demográficos del fenómeno: nos interesa describirlo a nivel individual y social, conocer su dimensión y su composición; pero también establecer las causas y consecuencias del proceso, con apoyo de las técnicas demográficas.

Las variaciones de la fecundidad y la mortalidad determinan la composición por edades de la población, la cual suele representarse gráficamente por un histograma o pirámide que muestra la frecuencia relativa de cada sexo en las distintas edades.

Una de las definiciones del "envejecimiento de la población" se refiere precisamente al proceso de cambio de la estructura por edades de la población, caracterizado por el aumento del peso relativo de las personas de edades avanzadas.

La fecundidad, la mortalidad y la resultante estructura por edades son

los elementos fundamentales en la evolución de la población, modificada eventualmente por la migración.

La experiencia histórica ha mostrado que en su tránsito a la modernidad, las poblaciones pasan por etapas más o menos definidas. De esta experiencia se derivó la teoría de la transición demográfica, que toma en cuenta el comportamiento simultáneo de la fecundidad y la mortalidad.

En una primera etapa al disminuir las enfermedades de tipo infeccioso, principal causa de muerte de niños de 0 a 5 años de edad, aumenta el número de personas en estas edades. En un contexto de alta fecundidad, esto se refleja en los gráficos como un ensanchamiento de la base de la pirámide, y se habla de un rejuvenecimiento de la población.

En una siguiente etapa, la disminución de la fecundidad, determinando una disminución de la población infantil y un estrechamiento de la base de la pirámide.

En una tercera etapa, los jóvenes, que constituían un volumen mayor de población, alcanzan ahora edades adultas y posteriormente avanzadas. Si el descenso de la fecundidad continúa habrá una menor proporción de niños y mayor de viejos. La pirámide tiende a la forma rectangular y en un caso extremo se habla de inversión de la pirámide (el predominio de jóvenes es reemplazado por el de adultos).

Al comparar la población de América Latina en distintos momentos a través de las pirámides de su población. En (1950) se muestra una forma típicamente piramidal con una base particularmente amplia; 30 años después, en una etapa intermedia, la pirámide muestra una base más estrecha, producto del descenso de la fecundidad (utilizando la tasa global de fecundidad, número de hijos por mujer al término de una vida fértil, como medida de la fecundidad, se ve que entre 1950-55 y 1985-90 ésta disminuye de 5.9 a 3.6 hijos por mujer) en el período; en el 2025 la figura se aleja de los esquemas anteriores y muestra una base estrecha con mayor amplitud en los grupos de edades de la parte central y superior.

Si la reducción de la fecundidad es importante, disminuye en forma notable la base de la pirámide de edades y se habla de "envejecimiento por la base". Si, habiendo llegado el ritmo de disminución de la mortalidad infantil y juvenil a valores bajos, se verifica un descenso intenso de la mortalidad adulta, entonces se habla de envejecimiento por la cúspide.

Históricamente el efecto del envejecimiento por la base tiene más intensidad que el envejecimiento por la cúspide. Por ello, el estudio de las tendencias demográficas y su comportamiento en la estructura por edades de la población, permiten señalar a la fecundidad como la variable determinante en el envejecimiento de la población.

El proceso de envejecimiento de la población es un proceso de cambio derivado de la transición demográfica que tuvo lugar primeramente en los países desarrollados y en la actualidad en los menos desarrollados.

En general los países en desarrollo presentan una estructura joven, gran proporción de personas de pocos años y baja proporción de personas mayores. Las poblaciones de los países industrializados en cambio son generalmente estructuras viejas, con jóvenes proporcionalmente escasos y personas de edad numerosas.

En los países actualmente desarrollados los cambios en las variables demográficas fueron lentos y asociados al desarrollo económico y social de los países. En los países en desarrollo, el descenso de la mortalidad y la fecundidad será, de acuerdo a las proyecciones, bastante más rápido, inducido desde fuera y no siempre acompañado del desarrollo, al menos en la magnitud de lo ocurrido en el centro.

El porcentaje de población mayor de 65 años oscilaba en los países desarrollados entre el 10 y el 17% en 1985, esperándose un aumento que los lleve a entre 18 y 22% alrededor del año 2025.

El país más envejecido con 17% de adultos mayores actualmente es Suecia y Japón el de más rápido crecimiento, pues entre 1970 y 1996, en sólo 26 años duplicará su proporción de adultos mayores.

El porcentaje de personas en edades avanzadas de la población mundial fue de alrededor del 9% en 1990 y se prevé que en el 2025 llegará a 14%. En las regiones más desarrolladas de 17% en 1990 llegaría al 24% en el 2025 y en las menos desarrolladas estos mismos porcentajes variarían entre el 7 y el 12%, en promedio. Entre los menos desarrollados, América Latina está sobre el promedio de la región; mientras que en África el proceso de envejecimiento es aún incipiente.

En América Latina el fenómeno del envejecimiento empieza a perfilarse alrededor de 1950. Si se expresa la mortalidad a través de la esperanza de vida al nacimiento (ENV), que representa el número medio de años que se espera viva una persona de acuerdo a las condiciones de mortalidad imperantes al nacer. En el quinquenio 1950-55 un grupo de 13 países que concentraban el 80% de la población, registraban elevados niveles de mortalidad con una EVN inferior a 55 años, 35 años después en el quinquenio 1985-90, 18 países que concentraban el 97% de la población alcanzaban una mortalidad moderada con 60 años de EVN; hacia fines de este siglo, en el período 1995-2000, la mortalidad continuará decreciendo y en 9 países (Cuba, Costa Rica, Panamá, Uruguay, Chile, Argentina, México, Venezuela y Colombia) la EVN será superior a 70 años.

Al comienzo del período 1950-55 existían variaciones llamativas en los niveles de mortalidad de algunos países respecto de otros, entre la EVN de Haití (38 años) y la de Uruguay (66 años) había 28 años de diferencia. En la actualidad, dado que el ritmo de crecimiento de la EVN tiende a disminuir, a alcanzar altos niveles, las diferencias entre países son menores. Ello, sin embargo, subsisten diferencias todavía importantes, con niveles extremos de mortalidad. Los valores de la EVN varían de 75 años en Costa Rica a 59 años en Bolivia, 16 años.

La fecundidad a diferencia de la mortalidad, no ha descendido en forma gradual. Medida a través de la tasa global de fecundidad (TGF), la fecundidad alcanza niveles muy altos hasta el período 1960-65.

En el período de 1950-55, 15 de los 20 países de la región tenían una TGF superior a 6 y aún a 7 hijos por mujer. En los cinco países restantes: Argentina, Cuba, Chile, Uruguay y Panamá oscilaba entre 3 y 5 hijos por mujer. Al iniciarse la década del 70 hay un marcado descenso de la fecundidad, de modo que entre 1985 y 1990 las TGF de 13 países son menores a 4.5 hijos por mujer.

Son llamativos los casos de Costa Rica y Colombia cuyas TGF en 1960-1965 era de 7 y 6.8 hijos por mujer, respectivamente y en 1990-1995, descienden en ambos casos a 3 hijos por mujer en el período. También el caso de Cuba que alcanza una TGF (1.83) bajó el nivel de reemplazo, es decir es una población decreciente que no alcanza a reemplazarse a sí misma.

En el quinquenio 1995-2000 se estima que la tendencia decreciente de la fecundidad continúe de modo que 12 países tendrán ahora menos de 3.5 hijos por mujer, Cuba en cambio aumentará su fecundidad hasta alcanzar el nivel de reemplazo.

Los datos aquí expuestos son valores a nivel nacional. Es importante tener en cuenta que para distintos países y aún para distintos sectores geográficos y distintos estratos sociales de un mismo país, existen diferencias notables.

Los cambios que tienen lugar en la forma de la pirámide de la población según las características de la fecundidad en el tiempo se expresan a continuación. Si se categoriza la fecundidad según las tendencias en el tiempo, considerando 1950-1955 y 1980-1985, como períodos extremos; a estos períodos se hace referencia cuando se habla de la fecundidad antes y reciente.

A continuación se detallan los criterios para cada categoría y los países que forman parte del grupo. Para las TGF: menos de 3.4 es baja; 3.5. a 4.4, media baja; 4.5 a 5.4, media alta y 5.5 y más, alta.

- Grupo 1. Fecundidad alta antes y ahora: Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua.
- Grupo 2. Fecundidad alta antes y media alta ahora: Ecuador, El Salvador, Haití, Paraguay y Perú.
- Grupo 3. Fecundidad alta antes y media baja ahora: Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, República Dominicana y Venezuela.
- Grupo 4. Fecundidad media baja antes y baja ahora: Cuba y en el mismo grupo con fecundidad alta antes y baja ahora: Chile.
- Grupo 5. Fecundidad baja antes y baja ahora: Argentina y Uruguay.

Entre los períodos 1950-55 y 1960-65 los altos niveles de fecundidad combinados con niveles decrecientes de mortalidad contribuyen al aumento de las tasas de crecimiento y a los cambios en las estructuras por edad de la población. Una primera aproximación que permite evaluar las implicancias económicas y sociales de los cambios en las estructuras etarias es aquella que considera tres grandes grupos funcionales: el que incluye las personas de edades inferiores a las típicas de ingreso a la fuerza de trabajo, el que corresponde a las personas en edad de trabajar y el que abarca a las que superan la edad en que las personas se retiran de la actividad económica. Es decir la población menor de 15, de 15 a 64 y de 65 años y más.

En América Latina entre los años 1950 y 1970 hay un aumento del número de personas jóvenes como resultado de la disminución de la mortalidad y el mantenimiento de altos índices de fecundidad. A partir del

período 1960-1970 la proporción de jóvenes muestra una marcada tendencia descendente. La tasa de crecimiento para esas edades varía de modo tal, que en los períodos decenales consecutivos entre 1960-1970 y 1990-2000 alcanza 2.8%; 1.6%; 1.2% y 0.9%. Esta tendencia se observa en la mayoría de los países de la región.

El grupo de población en edad de trabajar disminuye en las décadas que van de 1950 hasta 1970 y a partir de allí comienza una tendencia creciente.

El grupo de los mayores de 60 años crece en promedio a tasas superiores al 3% mientras que el ritmo de crecimiento de la población total, aunque no tan alto, también ha sido relativamente elevado.

Además de la revisión de las cifras relativas merece atención la dinámica de este grupo expresada en valores absolutos. Los valores así expresados, en efecto, nos dan otra perspectiva del fenómeno permitiéndonos visualizar su magnitud e impacto. El 5.3% de la población en América Latina en 1950 eran mayores de 60 años, lo que equivale a unos 8 millones de personas. En 1990 esta población representaba, ya, el 7.1%, es decir poco menos de 31 millones. Después del 2000 se espera que el proceso continúe y se acelere de modo que al 2025 más del 10% de la población sea mayor de 60 años en 11 países de América Latina y de acuerdo a las proyecciones esta población sería superior a 94 millones de personas.

Al interior de la región, la situación del envejecimiento varía significativamente entre países. Hacia 1950 cuatro países de América Latina mostraban señales inequívocas de un incipiente proceso de envejecimiento: Argentina, Chile, Cuba y Uruguay.

En Argentina y Uruguay con un avanzado proceso de transición demográfica aumenta fuertemente el porcentaje de mayores de 60 años.

En valores absolutos, los países que por su tamaño concentrarán al final del período (2025) el mayor número, el 50% de los mayores de 60 años

de la región son: Brasil (33.9 millones) y México (18.7 millones). Le seguirían Argentina (8 millones), Colombia (6.6 millones), Perú (4.7 millones), Venezuela (4.3 millones) y Chile (3.3 millones).

El grupo de mayores de 60 años es un grupo heterogéneo y es posible distinguir en su interior subgrupos diferenciados con una dinámica y características que le son propias. Existen diferenciales:

- A. Por edades. Es posible distinguir, por ejemplo, entre adultos mayores de 60 a 64 años que no siempre son considerados de la tercera edad, de los de 65 a 74 años, ya en la tercera edad pero aún aptos para desempeñar algunas tareas y de los mayores de 75 años que a medida que avanzan en edad aportan menos a la sociedad y cuya necesidad de atención revierte normalmente en sus familiares. Dentro de la tercera edad el número de personas mayores de 75 años aumenta más rápido que el de las más jóvenes.
- B. Por género. Las mujeres constituyen la mayor proporción de personas de edades avanzadas en todos los países de América Latina; es de hacer notar que los avances en materia de longevidad siguen siendo más rápidos en el caso de las mujeres, de modo que la brecha entre la EVN por género se amplía y debe esperarse que la proporción de mujeres aumente entre la magnitud de este porcentaje con indicadores de tipo demográfico.
- C. Por contexto urbano-rural. Los cambios en las estructuras por edades en general y el proceso de envejecimiento en particular presentan características distintas según el contexto urbano o rural. La proporción de personas mayores en el área urbana, en general, es mayor que en la rural. La población de ambas áreas difiere significativamente en su composición por género. En el ámbito urbano la proporción de mujeres mayores de 60 años supera la de los hombres mientras que ellos a su vez predominan en el área rural.

No es posible sustraerse a los aspectos humanos que plantea el envejecimiento. La vejez suele asociarse a una escasa valoración social de dependencia y enfermedad, lo cual percibido por el anciano le conduce a un descenso de su autoestima y a problemas de diversa índole (depresión, aislamiento, etcétera).

Dentro del grupo de tercera edad existen grupos aún más vulnerables. Por ejemplo las mujeres, que tienden a sobrevivir a los hombres, y que generalmente enfrentan un futuro de soledad y pobreza, ya que, o no trabajaron o bien lo hicieron en empleos generalmente mal remunerados y por lo tanto no perciben una jubilación de acuerdo a sus necesidades, si es que perciben alguna. Otro grupo es el de los mayores de 75 u 80 años cuyas funciones vitales van declinando y se encuentran cada vez más dependientes de su grupo social, para quienes constituyen una carga. También están las personas de las zonas rurales para quienes la situación se agrava por la falta de servicios que generalmente existe en estas regiones.

Los grupos más pobres de distintos países sufren de un cuadro de enfermedades relacionados con malas condiciones sanitarias, de vivienda y de servicios inadecuados y a pesar de que las condiciones de salud de los países en vías de desarrollo han mejorado notablemente, existen diferencias considerables en los niveles de salud entre los países de la región y entre las personas de un país de diferente estrato social.

El desarrollo ha afectado de diferentes maneras a la tercera edad. Cambios en la estructura económica que conllevan aumento de la tecnología y mayor especialización, dejan al anciano en clara desventaja frente a los más jóvenes. La vida en las áreas rurales y en el trabajo agrícola permite al anciano más posibilidades de permanecer activo e integrarse al grupo social; la urbanización, con el éxodo de los más jóvenes desde las áreas rurales a las ciudades deja al anciano en gran desamparo emocional sin lazos afectivos, sin posibilidad de inserción laboral y muchas veces, la mayoría sin apoyo económico.

También el cambio en los patrones culturales afectan el tamaño de la familia, especialmente en las áreas urbanas. En estos hogares reducidos donde la mayoría de las veces la hija o la nuera trabajan, el anciano aquejado de enfermedades y necesitado de atención no tiene cabida. La familia, principal apoyo del adulto mayor, muchas veces no está en condiciones de recibirlo y para darle a esto una solución se recurre a internaciones innecesarias.

Por la importancia actual del envejecimiento y por como se proyecta es del mayor interés atender las demandas que este proceso plantea. En efecto el envejecimiento demanda recursos que la infraestructura económica y social de nuestros países no está en condiciones de atender.

Los problemas de la tercera edad no son independientes de los procesos que vive la sociedad en que se inserta y las circunstancias en que se da el proceso de desarrollo de la región son tales que los problemas vinculados al envejecimiento se agudizan.

El envejecimiento plantea problemas biológicos, psicológicos, sociales, económicos, jurídicos y hasta filosóficos, para intentar resolverlos hay que comprender al hombre en su totalidad, en su contexto, es decir, asociado a sus características genéticas, tipo de cultura, grupo social de pertenencia, país de origen y de residencia, así como otros factores que se agregan con la edad.

Todo esto está estrechamente asociado al tipo de viejo que se llega a ser, a sus enfermedades, a sus hobbies, a sus hábitos sociales, etcétera.

A este amplísimo campo hemos hecho en esta ocasión bien delimitada. Nos hemos ocupado de los mayores en América Latina y desde el punto de vista demográfico.

El gran desafío, es intentar hacer un aporte a la sociedad en la medida de sus posibilidades y encontrar un rol dentro de la sociedad que les permita ser autosuficientes.

El gran desafío para la sociedad, en especial en nuestros países, es tomar conciencia de este proceso en toda su complejidad y de la celeridad con que este proceso se desarrollará en la región. Como consecuencia de esta toma de conciencia se deberán establecer los mecanismos que permitan diseñar políticas que atiendan a las necesidades básicas de la tercera edad en el marco de la equidad y de nuestras situaciones particulares, de modo de asegurar a los integrantes de este grupo de la población, una vejez autosuficiente y digna.

7. INVESTIGACION BASICA Y APLICADA EN GERONTOLOGIA

Dr. Luis Alberto Vargas
Facultad de Medicina e Instituto
de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México

1. El cuestionamiento debe ser la actitud permanente de los equipos de salud, las preguntas que se plantean pueden encontrar respuesta en investigaciones básicas y aplicadas. El límite entre estas dos clases de investigación es difuso. Se suele hablar de las primeras cuando se enfocan problemas de fondo como el proceso de envejecimiento o fenómenos complejos. Este tipo de investigación habitualmente requiere infraestructura complicada, que puede incluir un hospital, laboratorios apropiados o el seguimiento de numerosos casos problema.

La investigación aplicada o investigación-acción es tan rigurosa como la básica, muchas veces llega a ser tan importante como ella, pero habitualmente requiere poca infraestructura, pero abundante sentido común. Este tipo de investigación se caracteriza por producir resultados en corto plazo, que son utilizables para encausar el trabajo cotidiano.

2. En esta presentación haremos énfasis en la investigación aplicada, ya que es accesible para todos y permite retroalimentar nuestras actividades en beneficio de los ancianos.

3. El tipo de investigación que propongo parte de un marco teórico que enfoca al hombre de manera integral, con sus componentes biológicos, psicológico y sociocultural, y constante interacción con el ambiente físico, biológico y humano.

Para ello es pertinente presentar dos conceptos: enfermedad y padecer, con los calificativos gravedad y severidad.

El padecer es personal, dinámico y es ofrecido por el paciente en cada encuentro.

Gravedad se refiere a la amenaza contra la supervivencia.

Severidad califica la limitación para realizar las actividades habituales.

4. Nuestro propósito es identificar el padecer de los ancianos, independientemente de la posible existencia de enfermedad.

5. Las políticas, estrategias y programas regionales y locales para la promoción de la salud de los ancianos requieren de la investigación para:

- a) Conocer el estado biológico, psicológico y social en que se encuentran los ancianos e identificar sus necesidades en el campo de la salud.
- b) Determinar la pertinencia, eficacia y eficiencia de las actividades que se lleven a cabo con el fin de ratificar o rectificar su operación.
- c) Detectar modificaciones de la realidad que haga necesarias nuevas acciones o la desaparición de las que se llevan a cabo.

6. Los objetivos finales de la investigación en el campo del fomento de la salud de los ancianos son:

- a) Ofrecer a los ancianos mejores opciones para llevar a cabo vidas agradables y con un grado razonable de actividad, y que de ser posible, sean productivas.
- b) Prolongar la vida independiente y de buena calidad de los ancianos, y prepararlos para una muerte digna, al tiempo que se reafirma su papel como personas que contribuyen al bienestar colectivo.

- c) Disminuir la prevalencia o retrasar la aparición de algunas enfermedades o condiciones incapacitantes o discapacitantes y de las alteraciones propias del proceso de envejecimiento.
- d) Disminuir la demanda actual y proyectada de la atención médica para los ancianos al tiempo que se controla los gastos excesivos y se hace uso eficaz y eficiente de los recursos humanos y materiales en actividades relevantes para el beneficio de los ancianos y quienes conviven con ellos.

7. Para fines prácticos y tomando en cuenta el modelo del padecer proponemos como ejemplo los siguientes temas de investigación:

a) Efectos del proceso de envejecimiento sobre la persona.

- biológicos, p.e. aislamiento sensorial
- psicológicos, p.e. depresión
- socioculturales, p.e. dependencia

b) Explicaciones o significados del proceso de envejecimiento.

- p.e. exceso de trabajo, mala vida, "pecados" en la juventud, herencia.

c) Comprensión del modelo biomédico para una adecuada atención del padecer.

- p.e. dieta, problemas articulares, catarata, cuidados de la boca.

d) Comprensión de los padecimientos que son: controlables, reversibles o curables.

- p.e. a quién acudir (servicio médico, enfermería, psicología, trabajo social), eficacia, eficiencia y pertinencia de los servicios.

e) Relación paciente-familia.

- p.e. rol por género, status, condiciones físicas y emocionales del hogar, disponibilidad de tiempo.

f) Relación paciente-familia-comunidad (incluyendo servicios).

- p.e. acceso a servicios, rol de los ancianos en la gestión de los servicios, estudios prospectivos.

SEGUNDA PARTE

8. REALIDAD DE LA POBLACION ANCIANA EN AMERICA LATINA

Dra. Adelina Brenes Blanco
Caja Costarricense de Seguro Social
Costa Rica

DEFINICIONES

Es importante iniciar el desarrollo del tema que nos ocupa, dedicando algunos minutos, para analizar conceptos, y definiciones que en el transcurso de la exposición, irán surgiendo con alguna frecuencia:

Gerontología; según el diccionario de la Lengua Española, el vocablo proviene de "*Geronte*" que quiere decir "viejo", y "*logos*" tratado o sea el tratado de los viejos⁽¹⁾. El término se remonta al año 1929, cuando N.A. Rilnicov trazó los dominios de esta disciplina, considerándolos más amplios que los de la geriatría, porque abarcaba además del estudio de las condiciones sociales de la edad avanzada, la descripción y análisis de los cambios en las conductas propias de la edad. La Gerontología es relativamente autónoma; atiende principalmente las condiciones y repercusiones de los grupos de edad más avanzada. Esto quiere decir, que no se trata únicamente de los aspectos biológicos y psicológicos del envejecimiento, sino de todo aquello que caracteriza a este grupo, que tiene en común haber llegado a los 60 años de edad.

Geriatría; Proviene del griego "*gerón*" (viejo o anciano) e "*iatreia*" (curar). Es una rama de la ciencia médica que se preocupa de los problemas

fisiológicos y patológicos de los individuos ancianos ⁽²⁾. Es una especialidad médica que estudia la fisiología del envejecimiento, así como, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los ancianos.

Anciano; (senescente, geronte, sexagenario, senecto-senil). El Diccionario Larousse, define la palabra anciano "Dícese del hombre o la mujer que tiene mucha edad". ⁽³⁾

Para algunos estudiosos el concepto ancianidad tiene tres componentes "biológico, que está ligado al desarrollo somático de cada individuo; el psicológico o sensación subjetiva de sentirse o no viejo, y el social o visión de la sociedad con respecto a qué o a quién considere anciano."

El término anciano se utiliza para referirse a las personas mayores de sesenta años, sin diferencia de sexo. La masculinización del término se debe a motivos culturales aceptados, y es la definición que utilizaremos a lo largo de esta exposición.

¿A qué edad es un individuo viejo? La Organización Mundial de la Salud considera que una persona es vieja en América Latina a la edad de sesenta años. En general se ha venido llamando tercera edad, o anciano a aquellas personas que tienen como línea divisoria esta edad.

Vejez; el Diccionario Larousse de la Lengua Española nos dice que es "el último período de la vida". ⁽⁴⁾ "Es un proceso progresivo de cambios desfavorables ordinariamente, asociados al paso del tiempo y que desemboca en la muerte". ⁽⁵⁾

Envejecimiento; es un proceso, que para Aguilera y Messick no debe ser visto únicamente en términos de años cronológicos, sino que también, debe verse en relación con las complejas interrelaciones de los cambios biológicos, psicológicos y sociológicos. ⁽⁶⁾

Para concluir estas definiciones, es importante resaltar que aunque

muchas personas confunden los términos de geriatría y gerontología, no son lo mismo; el primero atiende los problemas médicos de los envejecientes, y el segundo, incluye y estudia científicamente todos los aspectos de la vejez: sociales, económicos, psicológicos, biológicos entre otros.

Dentro de la gerontología, la geriatría es la parte de la medicina, que estudia el envejecimiento como un proceso general que afecta de manera semejante a ciertos órganos y tejidos, así como su funcionamiento. Esta disciplina, ha adquirido nueva relevancia en las últimas décadas, gracias al aumento de las personas ancianas, en relación con la población total.

También el envejecimiento y la vejez, son términos diferentes, afirman los doctores P.R. Bize y C. Vallier que desde el momento en que se nace, se evoluciona y por lo tanto, se envejece.

La vejez por su parte, tiene una clara caracterización; evolución de células, mayor dificultad de adaptación y otros. El envejecimiento, es un proceso continuo que abarca una gran variedad de aspectos, que acompañan toda la vida a los ancianos, que no los afectan de la misma forma. Los problemas que le ocasiona la escasez de recursos económicos, la jubilación, la soledad, las relaciones familiares deterioradas, el alojamiento adecuado, la pérdida de "status" y el aislamiento, tienen diferente peso relativo en su desarrollo.

CONSIDERACIONES DEMOGRAFICAS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de una persona o una población son conceptos diferentes, el primero se refiere a que una persona envejece a medida que aumenta su edad cronológica. El segundo a una población, puede llegar a ser de más edad según los cambios experimentados por las variables demográficas. En el envejecimiento de una población intervienen indicadores como la edad mediana, la proporción de ancianos o de personas de 60 años o más, los niños menores de 15 años y la esperanza de vida entre otros.

Los senescentes son el grupo etario que crece más rápidamente a nivel mundial. En 1985 se tuvieron 406 millones de ancianos. En el año 2000 y 2025 estas cifras ascenderán aproximadamente según proyecciones de CELADE a 585 y 1120 millones respectivamente. El 70% de estas personas de 60 años y más en el año 2025, vivirán en los países en vías de desarrollo y 78.4 millones vivirán en América Latina. ⁽⁷⁾

Las tendencias mundiales anteriormente señaladas presentan diferencias considerables a lo largo del tiempo, las cuales tienen profundas repercusiones en los países, que cuentan con una población envejeciente como son los de América Latina.

Los cuadros y gráficos que posteriormente se presentan ilustran a nivel de América Latina esta situación.

BIBLIOGRAFIA

1. García Pelayo y Gross, *Diccionario Larousse de la Lengua Española*, Ed. Larousse, México, 1979.
2. Arguera y Sellares. *Cómo envejecemos y por qué morimos*. México, Ed. Diana, 1975. pp. 13
3. *Diccionario Larousse Ilustrado*. México, Ed. Larousse, 1981. pp. 66
4. García Ramón - Pelayo y Gross, *Diccionario Larousse de la Lengua Española*, Ed. Larousse, México, 1979. pp. 611
5. Díaz Diego Dr. *La última Edad*, Ed. Eunsa, España, 1976.
6. Aguilera y Messick, *Control de los conflictos emocionales*, segunda edición, Ed. Interamericana, México, 1976.

7. CELADE *"Tres enfoques metodológicos para el estudio de la condición social de los ancianos"*. Costa Rica, 1990.

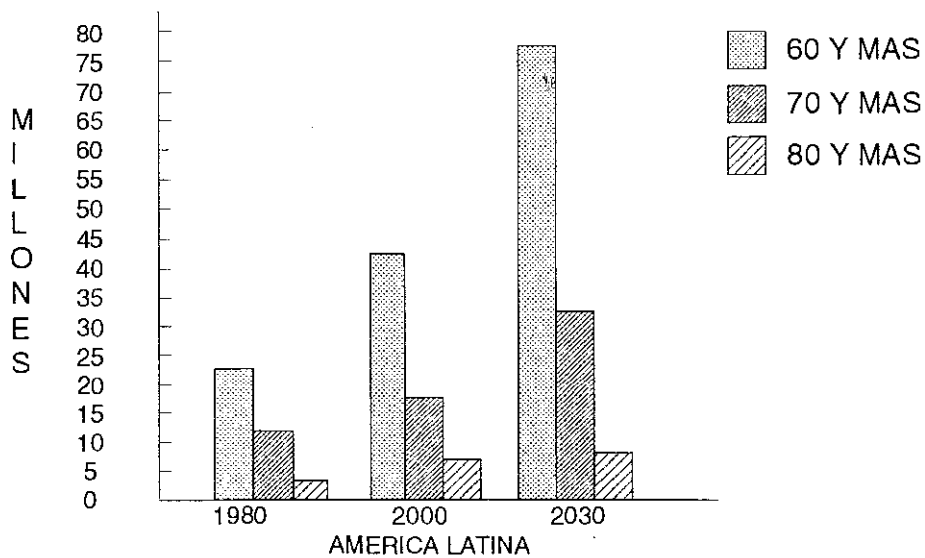
P.R. Bize y C. Vallier, *La Tercera Edad*, Ed. Mensaje, España, 1976.

Cuadro No. 1
EVOLUCION DE LA POBLACION GENERAL Y DE 60 Y MAS EN AMERICA LATINA SEGUN ESTIMACIONES: (EN MILLONES) 1980 Y 2030

REGION		1980	2000	2,030
AMERICA LATINA	POBLACION GENERAL	363.7	565.7	803.6
	POBLACION 60 Y MAS	23.3	41.0	78.2
	% P. 60 Y MAS	6.4	7.2	9.7

Fuente: Naciones Unidas. Evaluación de la población mundial en 1980, No. 78, 1981.

Figura 1
EVOLUCION DE LA POBLACION DE 60 Y MAS AÑOS SEGUN ESTIMACIONES EN AMERICA LATINA ENTRE 1980 Y 2030



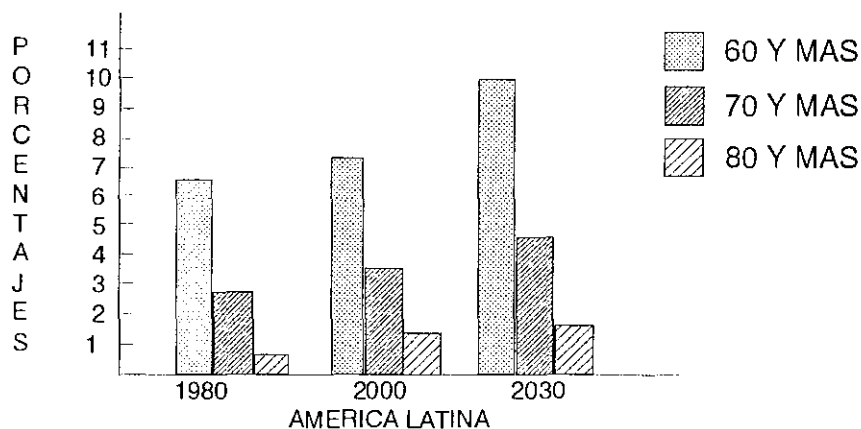
Cuadro No. 2
ESTIMACION DE LA EVOLUCION DE LA POBLACION ANCIANA EN AMERICA LATINA POR GRANDES GRUPOS ETARIOS 1980 - 2030

	1980		2000		2030		
	GRUPOS ETARIOS	No. (*)	% (**)	No. (*)	% (**)	No. (*)	% (**)
AMERICA LATINA	50 Y MAS	23.3	6.4	41.0	7.2	78.2	9.7
	70 Y MAS	9.4	2.6	17.5	3.1	31.2	3.9
	80 Y MAS	2.2	0.6	4.5	0.8	8.2	1.0

Fuente: Naciones Unidas. Evaluación de la población mundial en 1980, No. 78, 1981

Nota: (*) en millones (**) Porcentaje sobre la población total.

Figura 2
EVOLUCION DE LA PARTICIPACION PORCENTUAL DE LOS ANCIANOS EN LA POBLACION GENERAL, SEGUN GRUPOS ETARIOS EN AMERICA LATINA ENTRE 1980 Y 2030



Cuadro No. 3
**ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS
RURAL, URBANA, SEGUN SEXO. AMERICA LATINA 1980 - 2000**

	1980						2000					
	URBANO			RURAL			URBANO			RURAL		
	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos
AMERICA LATINA	7,262	8,924	16,186	3,789	3,352	7,141	14,583	17,640	32,203	4,705	4,083	8,788
CARIBE	613	747	1,360	547	484	1,031	1,077	1,414	2,491	635	574	1,209
CENTRO AMERICA	1,250	1,651	2,901	918	864	1,732	2,855	3,569	6,424	1,294	1,148	2,442
SUR AMERICA	5,399	6,525	11,924	2,323	2,004	4,327	10,841	12,657	23,288	2,775	2,362	5,137

Fuente: Estructura de la población urbana y rural según sexo y edad 1980 - 2000. Documento de la división de población de las Naciones Unidas ESA/P/WP 81, diciembre 1982.

Nota: Las cifras pueden diferir del total al ser redondeadas.

Cuadro No. 4
**ESTIMADO Y PROYECCION DE LAS TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD, TASAS
 BRUTAS DE NATALIDAD Y EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER,
 AMERICA LATINA, 1980-1985, 1995-2000 Y 2020-2025**

	Tasas brutas de mortalidad por cada 1,000 personas			Tasas brutas de natalidad por cada 1,000 personas			Expectativa de vida al nacer (años)		
	1980- 1985	1995- 2000	2020- 2025	1980- 1985	1995- 2000	2020- 2025	1980- 1985	1995- 2000	2020- 2025
AMERICA LATINA	8.2	6.8	6.7	32.3	27.1	21.6	64.1	68.1	71.8
CARIBE	8.1	7.3	7.5	27.0	24.5	19.7	64.1	67.0	70.7
Barbados	8.5	7.7	8.9	19.1	16.9	13.8	71.1	72.9	75.2
Cuba	6.4	7.2	9.9	16.9	17.1	13.9	73.4	74.7	75.1
República Dominicana	7.9	6.0	6.0	34.0	27.9	19.6	62.6	68.1	72.4
Guadalupe	7.3	8.1	9.0	19.9	15.9	13.9	70.4	72.6	75.1
Haití	14.2	10.3	6.5	41.3	39.1	28.8	52.7	58.4	66.0
Jamaica	6.4	6.0	6.5	26.3	19.5	15.0	71.2	72.8	75.0
Martinica	7.6	7.8	6.5	18.8	17.3	14.0	70.4	72.6	75.1
Puerto Rico	5.5	5.8	8.9	21.5	18.1	13.8	73.4	74.4	75.7
Trinidad y Tobago	6.0	6.4	8.8	20.7	16.5	13.9	70.0	72.6	75.2
Islas Barlovento ¹	6.5	4.4	5.1	35.7	23.2	16.1	69.5	72.9	75.5
Oras islas del Caribe ²	6.2	5.5	6.9	28.3	20.8	15.5	70.2	72.6	75.2
CENTROAMERICA ³	7.4	5.4	5.0	36.8	28.0	20.4	65.1	69.7	72.0
Costa Rica	5.0	5.1	6.9	28.1	23.8	19.0	70.9	72.8	73.9
El Salvador	3.1	5.2	5.2	40.2	34.2	22.9	64.8	71.3	73.1
Guatemala	9.3	6.3	5.7	38.4	33.6	24.0	60.7	68.0	72.2
Honduras	10.1	6.3	4.9	43.9	38.0	25.8	59.9	67.8	72.2
México	6.9	5.3	6.0	36.2	27.3	19.1	66.0	70.1	72.7
Nicaragua	10.6	6.6	5.2	14.6	38.1	26.8	57.6	64.7	70.1
Panamá	5.6	5.5	7.2	23.4	23.9	18.3	70.7	72.8	73.5
ZONA TEMPLADA SUR									
AMERICA ⁴	8.8	8.9	10.1	21.7	18.7	15.6	69.0	71.1	72.1
Argentina	9.0	9.5	10.5	20.6	18.1	15.3	69.9	71.2	72.0
Chile	7.7	7.2	9.3	24.8	20.0	16.2	67.0	70.6	71.9
Uruguay	10.2	10.0	9.7	19.9	18.8	15.7	70.3	72.7	73.6
ZONA TROPICAL SUR									
AMERICA ⁵	8.5	7.0	6.6	33.1	28.0	23.1	63.0	67.1	71.7
Bolivia	15.9	10.0	6.0	44.0	39.6	28.3	50.7	59.4	67.2
Brasil	8.4	7.2	6.9	31.4	26.9	23.4	63.5	67.4	71.9
Colombia	7.7	6.9	7.5	31.0	24.3	17.7	63.6	66.9	71.3
Ecuador	8.9	5.6	5.4	40.6	33.5	25.1	62.6	69.0	71.5
Guayana	5.2	5.0	6.9	27.9	19.4	14.9	70.5	72.5	75.0
Paraguay	7.2	6.1	6.0	36.0	29.5	21.1	65.1	67.8	71.7
Perú	10.3	7.5	5.5	38.3	34.4	27.5	59.1	64.4	71.2
Surinam	6.1	3.9	3.3	41.1	31.8	18.9	68.8	72.3	74.9
Venezuela	5.6	4.8	5.7	35.2	27.0	20.0	67.8	70.9	73.9

- 1 Incluye a Dominica, Grenada, Santa Lucía, San Vicente y las Grenadinas.
- 2 Incluye Antigua, Bahamas, Islas Vírgenes, Islas Caimán, Montserrat, Antillas Holandesas y otras.
- 3 Incluye a Belice y Zona del Canal de Panamá.
- 4 Incluye las Islas Malvinas.
- 5 Incluye a la Guayana Francesa.

Cuadro No. 5
**ESTIMACION Y PROYECCION DE LA POBLACION DE TODAS LAS EDADES (A) Y DE
 MAS DE 60 AÑOS (B), AMERICA LATINA 1980, 2000 Y 2025 ***

	(A) Total de población (en miles)			(B) Población de 60 años y más (en miles)		
	1980	2000	2025	1980	2000	2025
AMERICA LATINA	363,704	565,747	865,198	23,328	40,990	93,317
CARIBE	30,648	43,286	61,887	2,391	3,701	8,092
Barbados	263	320	381	33	34	82
Cuba	9,732	11,718	13,575	1,016	1,520	2,752
República Dominicana	5,947	9,329	14,495	260	526	1,515
Guadalupe	329	354	413	31	46	87
Haití	5,809	9,860	18,312	323	478	1,025
Jamaica	2,188	2,872	3,764	192	247	551
Martinica	325	362	430	32	46	82
Puerto Rico	3,675	5,312	6,463	326	537	1,321
Trinidad y Tobago	1,168	1,483	1,789	88	146	358
Islas Barlovento ¹	409	527	743	30	28	96
Otras islas del Caribe ²	805	1,149	1,523	61	93	224
CENTROAMERICA ³	82,538	155,709	242,909	4,684	8,888	28481
Costa Rica	2,213	3,377	4,893	124	251	683
El Salvador	4,797	8,708	15,048	245	485	1,276
Guatemala	7,262	12,739	21,717	326	734	1,899
Honduras	3,691	6,978	13,293	163	347	906
México	69,752	115,659	173,960	3,590	6,615	17,512
Nicaragua	2,733	5,154	9,752	106	194	595
Panamá	1,896	2,823	3,937	122	224	530
ZONA TEMPLADA SUR AMERICA ⁴	41,067	51,605	61,925	4,768	6,886	10,542
Argentina	27,036	33,222	39,058	3,437	4,857	6,818
Chile	11,104	14,934	18,758	899	1,471	3,038
Uruguay	2,924	3,448	4,108	432	557	685
ZONA TROPICAL SUR AMERICA ⁵	199,452	315,146	498,476	11,484	21,537	51,253
Bolivia	5,570	9,724	19,525	290	489	1,077
Brasil	122,320	187,494	291,252	7,464	13,995	31,816
Colombia	25,794	37,999	51,718	1,433	2,589	6,606
Ecuador	8,021	14,596	25,725	424	779	1,935
Guayana	883	1,238	1,620	52	87	256
Paraguay	3,168	5,405	8,553	171	303	810
Perú	17,625	30,703	56,036	925	1,693	167
Surinam	388	698	1,097	22	34	81
Venezuela	15,620	27,207	42,846	698	1,564	4,494

1 Incluye a Dominica, Grenada, Santa Lucía, San Vicente y las Grenadinas.

2 Incluye Antigua, Bahamas, Islas Vírgenes, Islas Caimán, Montserrat, Antillas Holandesas y otras.

3 Incluye a Belice y Zona del Canal de Panamá.

4 Incluye las Islas Malvinas.

5 Incluye a la Guayana Francesa.

* Las cifras pueden diferir del total al ser redondeadas

Cuadro No. 6
**ESTIMACION Y PROYECCION DE LA POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS, POR
 GRANDES GRUPOS DE EDAD, AMERICA LATINA, 1980, 2000 Y 2025 ***

	Población (en miles)					
	1980		2000		2025	
	60-69	70 y más	60-69	70 y más	60-69	70 y más
AMERICA LATINA	13,952	9,376	23,455	17,535	55,463	37,854
CARIBE	1,395	996	2,086	1,615	4,857	3,235
Barbados	18	15	17	17	51	31
Cuba	567	449	825	695	1,527	1,225
República Dominicana	161	99	314	212	644	571
Guadalupe	18	13	24	22	55	32
Haití	205	118	299	179	661	364
Jamaica	110	82	129	118	384	167
Martinica	19	13	24	22	56	26
Puerto Rico	188	138	303	234	755	566
Trinidad y Tobago	58	30	82	64	220	138
Islas Barlovento ¹	17	13	14	14	68	28
Oras islas del Caribe ²	36	25	55	38	138	86
CENTROAMERICA ³	2,745	1,939	5,226	3,640	14,200	9,231
Costa Rica	75	49	147	104	417	266
El Salvador	147	98	280	205	778	198
Guatemala	204	122	440	294	1,130	769
Honduras	107	56	208	139	556	350
México	2,062	1,528	3,892	2,723	10,613	6,899
Nicaragua	68	38	121	73	379	216
Panamá	76	46	129	95	309	221
ZONA TEMPLADA SUR AMERICA ⁴	2,742	2,026	3,580	3,306	5,678	4,864
Argentina	1,971	1,466	2,474	2,383	3,546	3,272
Chile	527	372	829	642	1,766	1,272
Uruguay	243	189	276	281	365	320
ZONA TROPICAL SUR AMERICA ⁵	7,068	4,416	12,563	8,974	30,729	20,524
Bolivia	190	100	311	178	676	401
Brasil	4,508	2,956	7,953	6,042	18,655	13,161
Colombia	931	502	1,559	1,030	4,112	2,494
Ecuador	252	172	466	313	1,188	747
Guayana	32	20	50	37	162	94
Paraguay	105	66	177	126	501	309
Perú	579	346	1,075	618	2,605	1,562
Surinam	13	9	18	16	66	15
Venezuela	456	242	952	612	2,757	1,737

1 Incluye a Dominica, Grenada, Santa Lucía, San Vicente y las Grenadinas.

2 Incluye Antigua, Bahamas, Islas Vírgenes, Islas Caimán, Montserrat, Antillas Holandesas y otras.

3 Incluye a Belice y Zona del Canal de Panamá.

4 Incluye las Islas Malvinas.

5 Incluye a la Guayana Francesa.

* Las cifras pueden diferir del total al ser redondeadas

Cuadro No. 7
**POBLACION ESTIMADA Y PROYECTADA EN LOS PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD,
 EN EL TOTAL DE LA POBLACION, AMERICA LATINA, 1980, 2000 Y
 2025 (PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA POBLACION)**

	1980			2000			2025		
	0-14	15-59	60 y más	0-14	15-59	60 y más	0-14	15-59	60 y más
AMERICA LATINA	39.8	53.8	6.4	34.7	58.1	7.2	29.0	60.2	10.8
CARIBE	37.3	54.9	7.8	31.5	60.0	8.5	27.3	59.6	13.01
Barbados	28.9	58.6	12.5	24.1	65.3	10.6	20.2	58.3	21.5
Cuba	31.3	58.2	10.4	24.1	62.9	13.0	20.2	59.5	20.3
República Dominicana	44.8	50.8	4.4	35.5	58.9	5.6	28.3	61.2	10.4
Guadalupe	31.0	59.6	9.4	23.4	63.6	13.0	20.3	58.6	21.1
Haití	43.6	50.9	5.6	43.4	51.8	4.8	37.2	57.2	5.6
Jamaica	40.6	50.6	8.8	28.3	63.1	8.6	21.8	63.6	14.6
Martinica	33.2	56.9	9.8	24.6	62.7	12.7	20.0	60.9	19.1
Puerto Rico	31.2	59.9	8.9	23.9	66.0	10.1	20.3	59.3	20.4
Trinidad y Tobago	32.9	59.6	7.5	24.5	65.7	9.8	20.3	59.6	20.0
Islas Barlovento ¹	43.8	48.9	7.3	33.0	61.7	5.3	23.1	63.9	12.9
Oras islas del Caribe ²	38.0	54.4	7.6	29.7	62.2	8.1	2.3	63.0	14.7
CENTROAMERICA ³	44.6	50.3	5.1	37.1	57.2	5.7	28.2	62.2	9.6
Costa Rica	37.9	56.5	5.6	31.7	60.8	7.4	26.3	59.7	14.0
El Salvador	45.2	49.7	5.1	40.7	53.8	5.6	30.8	60.7	8.5
Guatemala	44.1	51.4	4.5	39.4	54.7	5.8	31.7	59.6	8.7
Honduras	47.8	47.8	4.4	42.3	52.7	5.0	34.1	59.1	6.8
México	44.6	50.2	5.1	36.3	58.0	5.7	26.8	63.1	10.1
Nicaragua	48.0	48.1	3.9	44.1	52.2	3.8	35.4	58.5	6.1
Panama	39.8	53.7	6.4	31.5	60.6	7.9	25.2	61.3	13.5
ZONA TEMPLADA SUR									
AMERICA ⁴	29.1	59.3	11.6	26.2	60.4	13.3	22.4	60.6	17.0
Argentina	27.9	59.4	12.7	25.5	59.9	14.6	22.0	60.6	17.4
Chile	32.5	59.4	8.1	28.0	62.1	9.9	23.1	60.7	16.2
Uruguay	27.2	58.0	14.8	26.1	57.8	16.1	23.0	60.3	16.7
ZONA TROPICAL SUR									
AMERICA ⁵	40.1	54.1	5.8	35.3	57.9	6.8	30.5	59.2	10.3
Bolivia	43.4	51.3	5.2	43.5	51.4	5.0	37.5	57.0	5.5
Brasil	39.2	54.7	6.1	33.9	58.6	7.5	30.4	58.7	10.9
Colombia	39.4	55.0	5.6	32.7	60.5	6.8	24.9	62.3	12.8
Ecuador	44.4	50.3	5.3	41.3	53.4	5.3	32.9	59.5	7.5
Guayana	40.2	53.9	5.9	28.3	64.7	7.0	21.7	63.5	15.8
Paraguay	42.7	51.9	5.4	37.7	56.7	5.6	29.0	61.5	9.5
Perú	42.3	52.5	5.2	40.4	54.1	5.5	35.2	57.4	7.4
Surinam	51.3	43.0	5.7	43.8	51.3	4.9	25.5	67.1	7.4
Venezuela	42.1	53.4	4.5	35.7	58.5	5.7	27.7	61.8	10.5

1 Incluye a Dominica, Grenada, Santa Lucía, San Vicente y las Grenadinas.

2 Incluye Antigua, Bahamas, Islas Vírgenes, Islas Caimán, Montserrat, Antillas Holandesas y otras.

3 Incluye a Belice y Zona del Canal de Panamá.

4 Incluye las Islas Malvinas.

5 Incluye a la Guayana Francesa.

9.
**LOS PROBLEMAS DE LA TECNICA
COSTO-BENEFICIO EN LOS
PROGRAMAS MEDICO-SOCIALES PARA
LA TERCERA EDAD.
CONSIDERACIONES GENERALES**

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
Centro Interamericano de Estudios
de Seguridad Social
Facultad de Medicina. Universidad
Nacional Autónoma de México

INTRODUCCION

Las decisiones que deben tomarse para asignar recursos a los programas médico-sociales para la tercera edad deben tener en cuenta:

1. Los recursos con que cuentan propiamente los programas y,
2. Los recursos y gastos que hacen los ancianos y sus familiares relativos a su atención.

Todo esto, teniendo presente la utilidad y distribución de los recursos entre las diferentes instancias. Esta situación es complicada en sí, pero se agrava más ya que los recursos son escasos, los costos son crecientes y no hay evaluaciones comparativas al respecto.

La economía ha hecho aportaciones para ayudar a solucionar dichos problemas, contribuciones que pueden facilitar la toma de decisiones de tipo estratégico en los programas para la tercera edad. Las aportaciones se

refieren a las técnicas costo-beneficio y costo-efectividad; procedimientos que son útiles en la planificación, programación, presupuestación y evaluación.

En general no se está del todo familiarizado con dichas técnicas, las que han probado ser una forma racional y objetiva de administración y administración estratégica evitando decisiones empíricas y la intuición.

La expresión costo-beneficio en forma resumida, relaciona los insumos y resultados manifestados en los beneficios, expresados ambos en términos por lo general monetarios.

La otra expresión costo-efectividad es la relación de los insumos y el resultado obtenido; los insumos representados en unidades monetarias y los resultados expresados en términos como años de vida prolongados, trabajos desarrollados, etcétera.

Dichas técnicas tienen como base la teoría de sistemas, su análisis se facilita recurriendo a los árboles de decisión, que son esquemas descriptivos que pueden usarse para elaborar pronósticos.

Los problemas más importantes que hay en la aplicación de estos enfoques en cuanto a la toma de decisiones se refieren a la forma de expresar los resultados obtenidos y determinar la duración del período en que los insumos deben compararse con los resultados.

SITUACION ACTUAL

En la actualidad, desde un punto de vista económico, no se tiene suficiente información en cuanto a los beneficios y eficacia de los insumos en los programas médico-sociales para la tercera edad. Los registros económicos que se efectúan hacen difícil por ahora, determinar dichos datos, por ejemplo en muchos presupuestos los conceptos de gastos se

presentan como partidas, es decir, no hay una asignación a objetivos. En algunos establecimientos se conoce con bastante precisión el costo de la energía eléctrica y del consumo de agua, pero no en qué proporción se distribuyen el tiempo y el costo del personal profesional, de apoyo y auxiliar en las diferentes áreas. En ocasiones se suele contar con alguna información quizás no muy confiable, en cuanto a ciertos costos unitarios como por ejemplo, día-usuario, costo hora-taller, etcétera.

En algunas instituciones se ha recurrido al "presupuesto por programa", cuya metodología relaciona los insumos y los objetivos.

Por otra parte, hay documentos llamados costo-beneficio que en realidad sólo son estudios de disminución de costos, no relacionan en alguna forma los insumos y los resultados.

COSTO-BENEFICIO

La técnica costo-beneficio es un elemento de juicio, un método útil para decidir; apoya y orienta en cuanto a llevar a la práctica o no un programa; se aplica en particular a la distribución de recursos en la planeación; el concepto es simple, pero en la práctica es complicado, necesita de constantes investigaciones y ajustes.

En la fórmula costo-beneficio el numerador y el denominador se expresan en unidades monetarias; tanto el costo de los insumos, como el valor de los beneficios son expresados en las mismas unidades.

$$\text{Relación costo-beneficio} = \frac{\text{Beneficios en unidades monetarias}}{\text{Insumos en unidades monetarias}}$$

Fórmula costo-beneficio

Para que un programa sea valioso es preciso que la relación costo-beneficio sea mayor de 1, lo que significa que los beneficios deben ser mayores de los mismos.

La técnica tiene tres etapas:

1. Identificación de los insumos y beneficios relevantes.
2. Cuantificación en unidades monetarias de todos los insumos y beneficios.
3. Evaluación en unidades monetarias de todos los insumos y beneficios.

Una característica importante del estudio costo-beneficio no es la comparación de insumos y beneficios, sino el cálculo de un conjunto de costos esperados.

Es necesario tener presente que esta medida tiene sólo valor estadístico, siendo útil para grupos, no para casos individuales.

Si se emplea, por ejemplo, para seleccionar a los pacientes que tendrán prioridad para rehabilitación respiratoria, probablemente su indicación favorecerá a hombres de 60 a 70 años de edad, técnicos o profesionales y no tendrá presente a una abuela con problemas mentales.

Otro ejemplo de tal técnica, es un estudio comparativo realizado en Estados Unidos acerca de los exámenes rutinarios para detección de daños a la salud en dos grupos de personas ancianas.

Un grupo recurrió a dichos exámenes, a otro no se le practicó; los beneficios se refirieron a disminuir la morbilidad y a disminuir el uso de servicios médicos, dichos beneficios se convirtieron en términos económicos. Los insumos fueron definidos por un aparte en términos de los gastos hechos por los pacientes, en particular. En cuanto a traslados y tiempos de espera de los mismos y por la otra en cuanto a uso y depreciación de

instalaciones y equipo de detección: Los resultados de la aplicación de la técnica no mostraron grandes diferencias, es decir, la detección en las personas de edad avanzada no mostró grandes beneficios.

COSTO-EFECTIVIDAD

En la técnica costo-efectividad se relacionan los insumos con ciertos resultados esperados como: años de vida prolongados, muerte evitada, días de incapacidad u hospitalización evitados, etc. Con esta técnica es posible valorar opciones que tengan un mismo propósito, en otros términos se busca obtener más de unos insumos o presupuestos determinados o lograr los mismos resultados con menos costo.

La técnica costo-efectividad parte de la premisa de que todos los individuos de tercera edad tienen el mismo valor para la sociedad. En cierto tipo de enfermedades renales el tipo de tratamiento puede ser trasplante o diálisis; el propósito en los dos casos es prolongar la vida, cuya calidad diferiría según el tratamiento aceptado. Las opiniones de médicos, sociólogos y economistas concuerdan que un año de vida "extra" proporcionado por un trasplante es mejor calidad, que uno obtenido por diálisis.

Uno de los problemas principales de la técnica costo-efectividad es la dificultad de lograr el consenso médico en cuanto a los efectos de los programas de atención a la salud.

En otros términos: la técnica de costo-efectividad es una comparación entre los costos de insumos y los resultados, utilizando diferentes tipos de recursos. Dos ejemplos más pueden aclarar lo anterior. ¿Cuál de los diversos métodos de tratamiento es el mejor para atender a pacientes de infarto de miocardio?

Una sola persona no puede contestar la pregunta que tiene implicaciones clínicas, económicas, sociales y psicológicas; de esta manera la pregunta

se convierte en un problema de toma de decisión. El otro ejemplo se refiere a un estudio bien conocido, presentado hace dos décadas por D. Piachaud y J.M. Weddell, en el que se compararon los costos, los insumos y los resultados médicos en dos tipos diferentes de tratamiento de venas varicosas en miembros inferiores. Se estudió la esclerosis provocada por inyección y el tratamiento quirúrgico, no encontraron diferencias en los resultados médicos tres años después de aplicados, pero el primer tipo de tratamiento fue cuatro veces más barato.

Los estudios de costo-efectividad pueden referirse también a medidas de detecciones. Un ejemplo es el presentado en Escocia por G. Mooney. En la detección en cáncer mamario, hizo estudios costo-efectividad recurriendo a diferentes tipos de combinaciones de detección: mamografía, termografía y exámenes clínicos, encontrando la combinación mamografía-examen clínico como "la mejor compra". En los programas de detección de padecimientos crónicos o en los casos de rehabilitación física, las relaciones costo-efectividad son difíciles de calcular.

Todo lo anterior significa que el número de posibilidades para practicar la técnica de costo-efectividad es de hecho infinito, pues se puede relacionar con diversos factores o criterios: problemas, recursos, combinación de los mismos, tiempo de estudio, lugar de atención, etcétera.

10. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION MUNDIAL. UN NUEVO DESAFIO

Dr. Juan C. Rocabruno Mederos
Grupo Nacional de Gerontología y
Geriatría de Cuba

INTRODUCCION

Desde la década de los años 50 la mayoría de los ancianos viven en países del tercer mundo, hecho que aún no es apreciado por muchos que continúan asociando el envejecimiento con los países más desarrollados de Europa o América del Norte. En realidad ya en 1960 más de la mitad de las personas mayores de 65 años viven en los países del tercer mundo (Naciones Unidas). Los estudios demográficos permiten pronosticar que en el tiempo que transcurrirá desde 1980 hasta el final del siglo, unas tres cuartas partes del aumento de la población de ancianos ocurrirá en estos países, lo cual quiere decir que éste será el grupo etario de mayor crecimiento en dicho período de los países subdesarrollados.

En América Latina entre 1980 y el año 2000 deberá ocurrir un aumento del 120% de la población total (de 363.7 a 803.6 millones) en tanto que el aumento de la población de personas mayores de 60 años alcanzará un 236% (de 23.3 a 78.2 millones) o lo que es igual a dos veces más que el porcentaje de aumento de la población como un todo. A largo plazo las perspectivas son aún más impresionantes; los aumentos de las poblaciones de ancianos en países que tendrán 16 millones o más de personas mayores de 60 años en el año 2025 comparadas con las poblaciones de la misma en 1950.

Entre los once países con las mayores poblaciones de ancianos en los próximos años, ocho están situados en la categoría de países en vía de desarrollo, acorde a los criterios actualmente aceptados. De esto resultará que los países europeos con grandes poblaciones de ancianos en la actualidad, usan lugar en el futuro a países característicamente jóvenes como Nigeria, Brasil o Paquistán.

En términos prácticos asistiremos a un aumento sin precedentes, de la población de ancianos que por ejemplo en Brasil alcanzará un alza de las 15 veces que en el período de tiempo que transcurrirá entre 1950 y el 2025 mientras que en igual período la población como un todo se incrementará en no más de 5 veces. Tal aumento ubicará al Brasil en el año 2025 con la sexta población de ancianos en términos absolutos a nivel mundial (Kalache 1985).

EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL ANTES Y DESPUES DEL PROGRESO MEDICO-TECNOLOGICO

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno nuevo al cual aún los países más ricos y poderosos están intentando adaptarse. Lo que en el pasado era un privilegio de unos pocos pasó a ser una experiencia para un creciente número de personas en todo el mundo. Envejecer al final de este siglo ya no es una promesa reservada a una pequeña parte de la población.

En lo que se refiere al envejecimiento poblacional existen sustanciales diferencias entre los países desarrollados y los países subdesarrollados ya que los mecanismos que lo provocan son bien diferentes.

En Europa para citar un ejemplo, el aumento de la expectativa de vida al nacer, ya era sustancial en la época en que ocurrieron importantes conquistas del conocimiento médico o a mediados de este siglo. Este hecho puede

ilustrarse con el clásico ejemplo de la reducción de la mortalidad por tuberculosis. En Inglaterra en 1855 trece de cada cien muertes eran atribuidas a tuberculosis. (Aldostein 1977). En Estados Unidos de Norteamérica al inicio de este siglo la tasa de mortalidad por esta enfermedad era de 194 muertes por cada 100,000 individuos en un año. En 1925 la tasa estaba reducida a la mitad, y a partir de 1940 en cada década la tasa fue reducida a la mitad (Fries y Craps, 1981). Comparando las cifras de 1900 con las existentes en el momento actual en E.U.A., se aprecia una reducción del 99%. La principal razón asociada a este drástico descenso es la elevación del nivel de vida de la población traducido por la adecuada urbanización de las ciudades, mejora del nivel nutricional, incremento del nivel de higiene personal, mejores condiciones sanitarias en general y particularmente la existencia de condiciones ambientales con los centros de labor y los lugares de residencia superiores a las existentes a principios del siglo. Todos estos factores estaban presentes en mayor o menor grado cuando al final de la década de los 40's y comienzo de los años 50's se introducen los exámenes radiográficos, la vacuna B.C.G. y toda una gama de drogas potentes que jugaron un importante papel catalizador en la reducción continua de la incidencia y prevalencia de la tuberculosis, sin embargo el proceso en sí ya estaba en marcha desde mucho antes.

En los países del tercer mundo ha ocurrido un sustancial aumento de la expectativa de vida al nacer a partir de 1960. Desde esta fecha hasta el año 2020 se estima exista un crecimiento bastante acentuado; la expectativa media de vida al nacer en estos países se incrementará en estos sesenta años en más de 23 años, alcanzando los 68.9 años en el 2020.

Qué interesante ejemplo de este fenómeno se observa en Cuba, país en el que el proceso de envejecimiento de la población se ha ido acelerando por el rápido y constante descenso de la fecundidad y en cierta medida por el descenso de la mortalidad debido al desarrollo económico y social que repercute sobre la esperanza de vida. Cuando se estudia el comportamiento de la población cubana se aprecia que ha mantenido una tasa de crecimiento medio anual bastante baja en comparación con la de otros

países subdesarrollados, apreciándose como entre 1919 y 1981 mientras la población total se incrementó en aproximadamente 6 millones ochocientos mil personas la tasa de crecimiento anual fue de 1.98%. En lo referido a esperanza de vida los cubanos a los 60 años disfrutaban de cifras que para los hombres alcanza unos de los valores más altos del mundo, siendo para las mujeres también destacables y sólo superados por siete u ocho países desarrollados (Hernández, 1985).

Durante igual período el aumento de la expectativa de vida para las personas nacidas en los países será comparativamente mucho, elevándose de 69.8 años en 1960 a 77.2 años en el 2020. En realidad esta estabilización de la tasa de crecimiento de la expectativa de vida en los países desarrollados es para unos lo que inevitablemente debe ocurrir si se tiene en cuenta el límite biológico de vida de la especie humana el cual sobrepasa una pequeña parte de la población (Sacher, 1981). Esto es una realidad inexorable para todos los seres vivos; de modo tal que es excepcional para un perro poder vivir más de quince años, o para un ratón tres años o un elefante setenta años. Para la especie humana este reloj biológico de vida se sitúa para unos alrededor de los 85 años y para los más optimistas en 120 años, cifra que basan en el cálculo de cinco veces el tiempo que demora en concluir la etapa de crecimiento y que para la especie humana es de unos 25 años.

Debe resaltarse que de acuerdo con varios registros desde los inicios de la historia y a través de milenios tal límite biológico de vida para la especie humana no parece haber tenido variaciones.

Tampoco se evidencia mediante comparaciones internacionales que esto sea diferente en una región del mundo comparada con otra (Fries, 1981).

Por lo tanto, cuanto mayor sea el número de personas que alcanzan edades avanzadas próximas al límite biológico de vida para la especie, puede esperarse que disminuya la posibilidad de que la expectativa de vida al nacer pueda crecer de manera significativa.

Consideremos algunos ejemplos, Brasil a los inicios del siglo tenía una esperanza de vida al nacer de 33.7 años, cifra que se incrementa a 43.2 años en 1950. En el curso de la década inmediata posterior esta esperanza es de 55.9 años. En la década siguiente la expectativa de vida pasó a 57.1 y para 1980 ya era de 63.5 años (IBGE, 1982); desde entonces y hasta el año 2000 ella deberá experimentar un aumento de cinco años.

Parejamente a este importante aumento debe esperarse que la diferencia entre la expectativa de vida de los brasileños ricos y pobres pueda ser disminuida. En el momento actual esta diferencia es extraordinariamente elevada; cerca de 15 años reflejando la profunda división social y económica que siempre existió en el país y que se ha acentuado en las últimas décadas.

Otro país del continente, Cuba exhibía en el año 1900 una expectativa de vida de 33.2 años, la cual se eleva a 41.5 años en 1930 lo que representó un incremento de 8.3 años en este periodo. En la década siguiente y más exactamente en 1945 la esperanza de vida del cubano es ya de 51 años, elevándose en los ocho años siguientes a 58.8 años. Esta evolución se torna espectacular en las décadas ulteriores, pues en los 17 años que van de 1953 a 1970 la expectativa de vida de la población cubana se eleva en 11.9 años o sea alcanza la cifra de 70.7 calculándose que para el 2000 experimente un incremento de unos cuatro años. Resulta interesante destacar que las diferencias existen en el grado de envejecimiento de la población del país (valores más elevados en las provincias occidentales a excepción de Pinar del Río) que obedece también a diferencias en las tasas de fecundidad (que son menores en estas provincias) y no a razones socio-económicas profundas como ocurre en otros países subdesarrollados del área, con diferente régimen social.

Con todo, a medida que avanza el desarrollo socio-económico y cultural estas disparidades se hacen menores.

La expectativa de vida de la mujer es sustancialmente mayor que la de los hombres sobre todo en los países desarrollados, donde en 1980 alcanzó

una diferencia de 7.75 años. Las razones para esto y sus implicaciones sociales se discuten más adelante en este artículo. En los países subdesarrollados esta diferencia es mucho menor 2.2 años para el conjunto de ellos. Existiendo incluso países donde está invertida como ocurre en Pakistán donde la esperanza de vida de la mujer en 1980 era de 50 años, siendo para el hombre 52 años, lo que refleja claramente las desigualdades entre un sexo y el otro en relación a factores como acceso a cuidados médicos, alta mortalidad materna e incluso las diferencias en cuanto a disponibilidad de alimentos de acuerdo al sexo de los niños.

Las desigualdades de expectativa de vida al nacer en relación con el sexo en los países de América Latina y el Caribe ocupa una posición intermedia entre las observadas entre los países desarrollados y los demás países del tercer mundo. En 1975-80 esta diferencia era de 5.4 años (60.5 para hombres y 65.9 para las mujeres); los estimados indican que estas distancias se mantendrán prácticamente inalterables en los próximos años.

Siendo de alrededor de 5.9 años entre 1995 y 2000, cuando las expectativas de vida deberán alcanzar 64.5 y 70.4 años respectivamente para el sexo masculino y femenino (Anzola Pérez, 1985).

Finalmente es importante notar que aún cuando las divergencias de vida al nacer sean considerables si se comparan países desarrollados con los países del tercer mundo, éstas se tornarán mucho menores cuando se comparen las expectativas de vida en las edades más extremas. (Seigel y Hoover, 1982). Veamos esta idea a través de un ejemplo, Grecia a los sesenta años tiene una expectativa de vida que es sin lugar a dudas una de las más altas del Continente Europeo, esto a pesar de que el país figura entre los más pobres de la región. En México la expectativa de vida para una mujer que alcanza los 65 años de edad era en 1970 cerca de tres veces mayor que en los Estados Unidos en el mismo año. La expectativa de vida de una mujer de 45 años en Sao Paulo es más elevada que la de otra mujer de igual edad pero que vive en Inglaterra.

Esto se debe a dos factores. En primer lugar se ha de tener en consideración el hecho de que el estilo de vida de aquellos que sobrevivirán hasta edades más avanzadas en los países subdesarrollados, está asociado a factores de riesgo menos acentuados para determinadas enfermedades. Por ejemplo el consumo generalizado de tabaco, ocurrió sólo muy recientemente en estos países y parejamente a esto sólo en los últimos años la incidencia de cáncer pulmonar ha mostrado aumentos sensibles. Además del hábito de fumar, la hiperalimentación, la relativa falta de actividad física y la exposición continua a factores de stress son todos componentes del estilo de vida del mundo moderno más desarrollado y que ocupan un lugar determinante en el incremento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares de algunos tipos de cáncer y de varios disturbios metabólicos como la diabetes. Por otra parte las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas o parasitarias son bajas en la edad adulta incluso en los países subdesarrollados.

Una vez alcanzada la edad adulta las causas de muerte varían poco y la mayoría de las personas mueren de enfermedades crónicas-degenerativas independientemente que vivan en países desarrollados o subdesarrollados.

EL PROCESO DE TRANSICION EPIDEMIOLOGICA O DEMOGRAFICA

Los significativos logros en expectativa de vida de las poblaciones europeas están unidos históricamente a una mejor calidad de vida experimentada por la mayoría de la población y a la influencia positiva de relevantes conquistas médico-tecnológicas que a lo largo de este siglo y en especial en los últimos 50 años proporcionaron medios que han hecho posible prevenir o curar enfermedades fatales en el pasado.

Sin embargo millones de personas continúan viviendo en grados extremos de pobreza en el gran grupo de países subdesarrollados en los que el incremento de la esperanza de vida consecuentemente a la reducción de la mortalidad es un fenómeno que puede calificarse como artificial puesto que

ocurre en función de la disponibilidad de medios inexistentes para las grandes masas de la población.

En los párrafos siguientes el término "transición epidemiológica" es usado a preferencia de el de "transición demográfica" que denota los cambios en la estructura etaria responsable en última instancia de los procesos aquí descritos.

LA IMPORTANCIA DE LAS TASAS DE FERTILIDAD

En gran medida el aumento actual del número de personas ancianas en los países subdesarrollados es consecuencia del alto número de nacimientos ocurridos durante las primeras décadas de este siglo asociado a un progresivo descenso de las tasas de mortalidad. De igual manera el envejecimiento de la población de los países europeos en las últimas décadas se debe a tasas de natalidad relativamente altas en el primer cuarto de círculo asociado a tasas decrecientes de mortalidad en los grupos etáreos. Seguidamente decaerán las tasas de natalidad con lo que la proporción de adultos aumente progresivamente.

Como se puede observar el proceso es dinámico para que una población envejezca es necesario primero que nazcan gran cantidad de niños, segundo que los mismos sobrevivan hasta edades avanzadas y que, simultáneamente el número de nacimientos disminuya.

De este modo la entrada de jóvenes en la población disminuye y la proporción de aquellos que sobrevivan hasta edades muy avanzadas comienza a crecer.

Las tasas de natalidad en la mayoría de los países muestran tendencia al descenso.

Transición Epidemiológica-Estadíos:

1. Mortalidad concentrada en los primeros años de vida (gran porcentaje de la población es joven).
2. Mortalidad disminuye; tasas de crecimiento aumentan o se mantienen elevadas (porcentaje de jóvenes en la población aumenta).
3. Tasas de fertilidad disminuyen; la mortalidad continúa cayendo (aumento de porcentaje de adultos jóvenes y progresivamente de personas añosas).
4. Mortalidad en todos los grupos etáreos continúa cayendo (continuo aumento en el porcentaje de añosos en la población).

En un análisis final el proceso de transición epidemiológica describe un gradual cambio de situaciones caracterizado por alta mortalidad por año fertilidad para los de baja mortalidad por baja fertilidad y consecuentemente de una baja para una alta proyección de añosos en la población. Si el proceso de transición epidemiológica es comprimido, quiere decir, si sus distintos estadíos se pasan a un número menor de años, las repercusiones sociales serán mucho más acentuadas, particularmente si los recursos materiales de la sociedad son limitados. Principalmente o en gran parte, el mayor problema es cómo absorber las necesidades de los ancianos cuando las prioridades están claramente relacionados a otros grupos etáreos de la población.

Cuanto mayor es el número de las personas que envejecen mayor las necesidades de recursos para atender sus necesidades específicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Foro Internacional sobre *"Envejecimiento Activo y Medios de Comunicación Social"*. Madrid, octubre 1986. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Madrid 1987. p. 186.
2. *Los Recursos*. Lic. Natalio Kisnerman. Ed. Humanitas. Vs. As. Año 1984.
3. *Supervisión en Servicio Social de Grupo*. Margaret Williamson. Ed. Humanitas. Vs. As. Año 1969.
4. *Servicio de Ayuda a Domicilio*. Ayuntamiento de Barcelona, Area de Servicios Sociales. Año 1986. Expte. No. 523/86.
5. *Generalita de Cataluña*. Departament de Sanitat Seguretat Social. Institut Catala de Asistencia Serveis Socials. Expte. No. AD1/AD2.
6. *Cap. de Proyecté de Ayuda a la Llar*. Patronat Municipal de Serveis Comunitarif. Le Hospitalet de Llobregat. Marta Colomer y Dorgebray, T. S. Septiembre/1986, Reunión en España, Reunión en Buenos Aires.
7. *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. Nueva York, 1983.
8. *Organización y Administración de Servicios Sociales*. M. del Carmen Alvarez/E. Ander-Egg/D. Casado/N. De la Red/R. Zanella, Ed. Humanitas. Buenos Aires. 1984.
9. *Actitudes Recíprocas de los Ancianos y de las Auxiliares Domésticas*. Henrad (J.C.), Ennuyer (B), Leonard (M.C.), Leroux (C), Sipos (I). Estudio Institucional de Algunos Establecimientos y Servicios para Personas de Edad. Estudio financiado por la Secretaría de Estado encargada de personas de edad. (Convención FNG-ADEG).

11.

PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA LA TERCERA EDAD

Lic. María Cristina Lombardi
Municipalidad de la Ciudad de
Buenos Aires

1. FUNDAMENTACION

1.1. Diagnóstico de la situación actual. Antecedentes.

Esta sociedad moderna se caracteriza por los grandes adelantos científicos y técnicos que en ella se originan. Simultáneamente emergen ciertos problemas sociales que a medida que pasa el tiempo van adquiriendo mayor envergadura.

Un ejemplo de ellos lo constituye la actual situación de la ancianidad. El envejecimiento de la población es un problema mundial. Cada vez más una proporción creciente de personas alcanzan edades de 70 u 80 años y más, situación que en nuestro país adquiere gran importancia ya que en él la proporción de gerontes aumenta año tras año en relación con la población joven.

El envejecimiento es una de las experiencias humanas más profundas, que como en toda situación social, el individuo y su medio están mutuamente influenciados.

La magnitud de la situación se ve reflejada en la comparación de los datos censales. En 1869 el total de ancianos alcanzaba al 1% del total de la población, mientras que en 1980 este porcentaje asciende al 12%.

Considerando la situación geográfica, estas cifras adquieren mayor significación, ya que el porcentaje de senescentes en la Capital Federal en 1991 alcanza el 22.1%.

Las proyecciones permiten considerar que para el año 2000, el 14% de la población de la nación será mayor de 60 años.

Esta población añosa, se caracteriza por ser un grupo etáreo que se encuentra en condiciones sociales de inferioridad que se manifiesta por la pérdida de roles activos, hecho que trae aparejado sentimientos de desvalorización y disminución de la autoestima.

A su vez la disminución de la independencia ocasionada por la reducción de los ingresos, el recrudecimiento de ciertos males de salud a los que debemos agregar la pérdida de familiares y amigos induce al anciano en una gran depresión.

Frente a esta problemática, la respuesta más común generada por las distintas sociedades de nuestra región como tratamiento a ancianos auto-válidos fue la internación en grandes hogares, propuesta que no hace más que generar nuevas situaciones de conflicto. El anciano es desarraigado de su contexto, de su barrio, de su grupo de pares, de su historia.

El cuidado a cargo de la familia es preferible al cuidado en institución, pero la disminución de la fecundidad y de la mortalidad pueden influir sobre la estructura de la familia y sobre la carga relativa que implica el cuidado de las personas de edad, en consecuencia la familia encontrará dificultades para continuar atendiendo a sus viejos si carecen de ayuda externa.

Partiendo de la concepción que el desarraigo es motivado de nuestras situaciones problemáticas y considerando que "las personas mayores deberían ser los actores y protagonistas de su historia y de la promoción de sus derechos y obligaciones. Los jóvenes adolescentes y adultos

deberían cooperar y compartir con los mayores y sus asociaciones en la tarea común de un envejecimiento en actividad" (1), es que propongo este programa de atención domiciliaria para la tercera edad.

Captando la experiencia de otros países como España, Francia e Inglaterra donde este servicio está ya en ejecución y adaptándolo a las características propias de nuestra sociedad y a los recursos existentes, formulo el siguiente programa.

2. DESCRIPCION DEL PROGRAMA

2.1. Servicio de atención domiciliaria. Definición.

- Es un servicio comunitario, organizado y controlado por un organismo sin fines lucrativos, que, mediante personal preparado y supervisado ayuda a personas mayores de 60 años con dificultades para mantener o restablecer su bienestar físico, social y efectivo, a conseguir que puedan continuar viviendo en su casa mientras sea posible y conveniente.

Es comunitario porque está al alcance de quien lo necesita, y especialmente dirigido a quienes no puedan pagar el costo real del servicio desde lo privado.

- Se caracteriza por involucrar los siguientes aspectos:
 - * La atención a las personas se inicia de acuerdo con una serie de criterios de necesidad o conveniencia estudiados desde los servicios sociales.
 - * Es un servicio con enfoque estimulador y educativo, no rutinario, sino por el contrario priorizador de elementos de promoción y de cooperación en la realización de los trabajos.
 - * Es un servicio preventivo de la institucionalización.

- * Se evalúa permanentemente la atención y la situación del usuario.
- Es de destacar la importancia de dos aspectos a considerar en el presente servicio:
 - a) No crear dependencia de los ancianos con respecto al auxiliar geriátrico domiciliario, ya que esta situación tornaría más pasivo al beneficiario. Por el contrario desarrollar una acción estimuladora de sus posibilidades.
 - b) No relevar a la familia de su responsabilidad. Complementarla, auxiliarla cuando esté desbordada pero no sustituirla.

Se considera educativo que la persona que solicita la prestación colabore económicamente, si es posible, ya que esto hará que el servicio sea más valorado y que la familia no se desentienda del problema.

2.2. Objetivos

OBJETIVO GENERAL

- Creación de un servicio de atención domiciliaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- *Prevenir* situaciones de marginación social del anciano, evitando el aislamiento que les ocasiona al ser internados con repercusiones negativas en las tres áreas: físicas, mental y social. Entiendo por marginación social el hecho de poner a un grupo en situaciones sociales de inferioridad donde, si bien está incluido en una estructura social determinada, sus posibilidades de participación y acceso a beneficios están disminuidos.

- *Mantener* el bienestar físico, social y efectivo del anciano y conseguir que puedan continuar viviendo en su casa mientras sea posible y conveniente, con su propia participación y la de su entorno.
- *Mejorar* la calidad de vida de las personas atendidas, conservando su rol en el seno de la comunidad, que eviten pérdida de autoestima y sentimientos de desvalorización que favorecen al aislamiento.

2.3. Beneficiarios del programa:

El programa tendrá beneficiarios *directos e indirectos*.

Beneficiarios directos: Personas mayores de 60 años, residentes en el ámbito de Capital Federal, sin cobertura social o de escasos recursos, con o sin familia, autosuficientes o con grado leve de semidependencia que por los diversos motivos requieren ayuda en su domicilio.

Beneficiarios indirectos:

- * La sociedad en su conjunto.
- * Los grupos familiares contenedores de los beneficiarios directos.
- * Los auxiliares geriátricos domiciliarios que obtendrán una capacitación específica que elevará el nivel de su trabajo a través de los cursos gratuitos que impartirá el programa y una ocupación laboral rentada a través de los subsidios del programa.

BENEFICIARIOS DIRECTOS. CARACTERISTICAS.

PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS

Sabemos que el envejecimiento es un proceso individual biológico con concomitantes psicológicos, sociales y culturales, es una de las experiencias humanas más intensas donde el individuo y su medio social se encuentran interactuando en una espiral de mutuas influencias.

Es por esto que las personas de edad avanzada constituyen un grupo heterogéneo; solamente a efectos normativos y legislativos se usa una definición cronológica que fija el umbral de vejez en los 60 años.

RESIDENTES EN EL AMBITO DE CAPITAL FEDERAL

La prestación se otorgará exclusivamente a los habitantes de la Capital Federal o del ámbito establecido como alcance del Programa.

SIN COBERTURA SOCIAL O DE ESCASOS RECURSOS

Entendemos por cobertura social el pertenecer a una obra social propia (como afiliado directo) o de terceros (por estar a cargo de familiares, hijos, hermanos, etc.) que contemplen este tipo de prestación.

Se priorizará a aquellos ancianos que carecen de este tipo de cobertura y en segundo término se incluirá a los que teniéndola no le brindan esta prestación.

Destacamos que todos aquellos beneficiarios del programa, que se los subsidie teniendo obra social, por motivos que se evaluarán puntualmente, serán considerados transitorios.

En referencia a escasos recursos se tendrá en cuenta que en el monto del ingreso propio y la ayuda de los familiares obligados por ley a prestar asistencia al solicitante no permita un margen de contratación privada.

Se utilizará como parámetro para establecer este monto una Tabla de Carencias de Recursos confeccionada según los criterios de la dependencia gubernamental del programa con una actualización bimestral. Todos aquellos solicitantes que se encuentren por debajo del 30% más del monto consignado para cada especificación en la tabla de carencias podrán ser considerados como posibles beneficiarios. Esta diferencia en el monto es el margen que considera factible de posibilitar una contratación privada.

Es dable destacar en este punto, el compromiso que asume el profesional de servicio social actuante, de evaluar detalladamente cada caso, teniendo claro que el interesado o su grupo familiar debe abonar aquellos gastos que puedan asumir.

La tabla de carencias deberá establecer el monto correspondiente para familias constituidas por un miembro, dos miembros, tres miembros, etc, y el mecanismo de incrementos cuando suman más miembros. Se adjunta un ejemplo correspondiente a la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires.

Concluyendo con este punto y como elemento clarificador, manteniendo siempre en consideración las características de nuestra población objetivo nos encontramos con dos tipos diferentes en referencia al monto de subsidio otorgado:

- 1) Población subsidiaria totalmente.
- 2) Población subsidiaria parcialmente y el resto costado por el propio beneficiario y/o familia.

CON O SIN FAMILIA

S.F.= Sin familia

C.F.= Con familia

S.F. a) Ancianos solos

b) Matrimonios ancianos

C.F. c) Ancianos que viven solos pero que tienen familiares que no los pueden atender por razones de distancia, laborales, composición familiar u otras evaluadas por la asistente social como realmente justificadas.

d) Ancianos que viven con familiares que no los pueden atender por enfermedad o incapacidad física o psíquica, por razones laborales u otras evaluadas por la asistente social como realmente justificadas.

AUTOSUFICIENTES O CON GRADO LEVE DE SEMIDEPENDENCIA

Autosuficientes: Se refiere a aquellos ancianos que pueden cumplir con los actos elementales de la vida diaria.

- Levantarse y acostarse solos
- Bañarse
- Ir al baño
- Comer
- Desplazarse dentro de la habitación

Semidependiente físico: Se refiere a aquellos ancianos que no pueden ejecutar uno de los actos elementales de la vida diaria y que con la prestación de ayuda a domicilio podrá mantener su autonomía personal o, desde el aspecto preventivo de evitar crisis familiares, puede ser una ayuda para una familia desbordada por exceso de responsabilidades. En todos los casos debe existir una familia o allegado que se haga cargo del anciano y lo atiende cuando el personal especializado no esté.

2.4. Desarrollo del programa

2.4.1. ORGANIZACION DEL SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA

El servicio dispondrá de una coordinación del programa de atención domiciliaria para la tercera edad a nivel central, y respondiendo a una política descentralizada y participativa se implementarán niveles de base del servicio en las distintas subzonas previamente establecidas, asignándose a las mismas auxiliares geriátricos domiciliarios en número acorde a la cantidad de población mayor y a la demanda real del servicio.

En consecuencia, serán responsables del programa:

- Coordinador del Programa
- Equipo técnico-profesional
- Area administrativa
- Area administrativa-contable
- Servicios sociales de base
- Auxiliares geriátricos domiciliarios

2.4.1.1. RESPONSABLES DEL PROGRAMA

Funciones:

COORDINADOR DEL PROGRAMA. Tratará de garantizar la calidad del servicio a todos los barrios donde se implemente el mismo y arbitrará una justa distribución de los recursos.

Interrelacionará los distintos aspectos del trabajo tratando de alcanzar los objetivos fijados con la mayor eficacia.

Funciones:

- * Establecer las normas generales del funcionamiento del servicio (tipo de prestaciones, cantidad de horas a brindar, días de la semana que se preste el servicio, etcétera).
- * Fijar el valor de la hora del auxiliar geriátrico domiciliario según el sistema establecido en el programa.
- * Controlar que el servicio brindado responda a los criterios generales establecidos en el presente programa y que los subsidios solicitados por los servicios sociales de base tengan viabilidad presupuestaria.
- * Mantener reuniones periódicas con el equipo técnico a los fines de recibir información, ajustar el desarrollo del programa, planificar actividades y establecer cursos de acción.
- * Supervisar al equipo técnico a los fines de poder ajustar los procedimientos a seguir en función de los objetivos establecidos.
- * Realizar reuniones mensuales con las asistentes sociales responsables del programa en los servicios sociales de base a los fines de efectuar supervisión técnica, asesoramiento y control de gestión.
- * Promover la realización de cursos de capacitación y actualización para auxiliares geriátricos domiciliarios, así también para los asistentes sociales responsables del programa en cada servicio social de base.
- * Establecer los lineamientos metodológicos de cada curso.
- * Entender en los mecanismos de selección de los postulantes a dichos cursos.

- * Entender en la organización e implementación del registro correspondiente de auxiliares geriátricos domiciliarios, capacitados por el programa, y en consecuencia los únicos autorizados a prestar el servicio de atención domiciliaria subsidiado por el mismo.
- * Dar de baja de este registro a aquel auxiliar geriátrico domiciliario que por circunstancias particulares o deficiencia en la calidad del trabajo no puedan continuar en él.
- * Designar a los auxiliares geriátricos domiciliarios que trabajarán en cada servicio social de base y determinar su número teniendo en cuenta la cantidad de población mayor y la demanda real del servicio.
- * Cambiar de zona al auxiliar geriátrico domiciliario si lo estima conveniente para el mejor funcionamiento del servicio.
- * Organizar reuniones de supervisión y reflexión sobre la tarea con los auxiliares geriátricos domiciliarios.
- * Confeccionar y elevar a la superioridad los informes mensuales y semestrales sobre la marcha del programa.
- * Elevar a la superioridad el plan licitatorio, la planificación anual y la evaluación de las tareas realizadas.
- * Proponer a la superioridad las modificaciones o ampliaciones del programa consideradas convenientes para el mejor funcionamiento del mismo, así como la incorporación de nuevas prestaciones en base al análisis de las necesidades de los usuarios.
- * Elevar mensualmente al departamento contable financiero la documentación requerida para la liquidación, pago y rendición de cuentas de los subsidios otorgados.

- * Realizar las conexiones inter e intrainstitucionales necesarias para el logro de los objetivos del programa.
- * Coordinar los servicios de atención domiciliaria con otros servicios que permitan una mayor eficiencia de la prestación.

EQUIPO TECNICO PROFESIONAL. El equipo técnico profesional se ocupará de las tareas de capacitación, supervisión y evaluación inherentes al presente programa.

Estará integrado por asistentes sociales y psicólogos con orientación en gerontología en número acorde a la creciente demanda del programa. Dependerán directamente de la Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria.

Funciones:

- * Organizar, coordinar y supervisar los cursos de capacitación de los auxiliares geriátricos domiciliarios, así como todos los cursos de actualización que se propongan.
- * Instrumentar los mecanismos de selección de postulantes a los cursos de capacitación de auxiliares geriátricos domiciliarios de acuerdo a lo establecido por la coordinación del programa.
- * Proponer la dinámica pedagógica a seguir de acuerdo a los objetivos de cada curso.
- * Elaborar una evaluación general de los cursos donde se deberá tener en cuenta el proceso de selección del alumnado, adaptación al proceso de enseñanza, aprendizaje, desempeño, etcétera.

- * Mantener actualizado el registro de docentes.
- * Organizar y llevar a la práctica cursos de actualización sobre gerontología destinado a los asistentes sociales de base que entenderán en la ejecución de los procedimientos relativos al programa de atención domiciliaria.
- * Mantener reuniones periódicas con la Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria a los fines de planificar las tareas a realizar, informar sobre lo actuado y recibir lineamientos sobre procedimientos a seguir en función de los objetivos establecidos.
- * Confeccionar y elevar a la Coordinación del Programa informes quincenales sobre la marcha del mismo.
- * Confeccionar y elevar a la Coordinación del Programa evaluaciones semestrales sobre el funcionamiento del Programa de Atención Domiciliaria, teniendo en cuenta las variables cualitativas y cuantitativas que intervienen en el mismo (por ej. cantidad de beneficiarios, distribución geográfica de la prestación, tipo de demanda, tipo de tarea solicitada, cantidad de auxiliares geriátricos domiciliarios en actividad, cantidad de horas trabajadas, etcétera.)
- * Supervisar periódicamente a los asistentes sociales responsables del programa en los servicios sociales de base, realizando asesoramiento y control de gestión en cada oportunidad.
- * Controlar directamente en el domicilio del beneficiario la cantidad de la prestación brindada por el auxiliar geriátrico domiciliario.
- * Intervenir en la supervisión de los auxiliares geriátricos domiciliarios persiguiendo la unificación de criterios de acción, reflexionando sobre la tarea y apuntando a la contención de los técnicos como forma de prevención del desgaste que produce el permanente trabajo con ancianos.

- * Proponer a la Coordinación del Programa las modificaciones o ampliaciones consideradas convenientes para el mejor funcionamiento del mismo, así como la incorporación de nuevas prestaciones en base al análisis de las necesidades de los usuarios.
- * Realizar cualquier otra tarea inherente al programa en cuestión, solicitado oportunamente por la Coordinación así como informes puntuales que se le requieran.

AREA ADMINISTRATIVA. Brindará el apoyo administrativo necesario para la gestión del programa. Dependerá directamente de la Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria para la Tercera Edad.

Funciones:

- * Entender la confección, recepción y elevación de las notas y/o informes inherentes a la Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria y su equipo técnico-profesional.
- * Archivar la documentación pertinente al programa.
- * Llevar las planillas estadísticas que reflejan el desarrollo del programa.
- * Llevar el registro de auxiliares geriátricos domiciliarios autorizados a ser contratados por los beneficiarios del programa, así como el legajo correspondiente a cada uno.
- * Confeccionar la nómina de auxiliares geriátricos domiciliarios asignados por servicio social de base.

- * Recepcionar los expedientes elevados por los servicios sociales de base y darles el curso correspondiente.
- * Organizar y mantener actualizado el fichero de beneficiarios o cualquier otro que determine la Coordinación del Programa.

AREA ADMINISTRATIVA - CONTABLE. Supervisará y ejecutará las actividades correspondientes al movimiento contable del programa y cumplirá las normas reglamentarias vigentes. Dependerá directamente de la Coordinación del programa de Atención Domiciliaria para la Tercera Edad.

Funciones:

- * Recepcionar a término la documentación requerida para la liquidación, pago y rendición de cuentas de los subsidios otorgados (listados, recibos).
- * Remitir mensualmente, a través de la Coordinación del Programa al departamento contable financiero, la nómina de las personas beneficiadas, según la descripción del listado detallado en los procedimientos del programa.
- * Llevar un registro mensual actualizado del valor de la hora de trabajo del auxiliar geriátrico domiciliario conectándose con las áreas correspondientes a los fines de complementar la tarea.
- * Controlar el monto de cada subsidio según las noras de servicio asignadas a cada beneficiario.
- * Asesorar al área administrativa contable de los servicios sociales de base sobre todos aquellos aspectos que hagan al buen funcionamiento del área.

- * Recepcionar los recibos firmados por el auxiliar geriátrico domiciliario, ocupándose del correspondiente archivo.

SERVICIOS SOCIALES DE BASE. Entenderán en la ejecución de los procedimientos relativos al desarrollo del programa a nivel de base.

Funciones:

- * Confeccionar el informe social para atención domiciliaria y la documentación requerida para el ingreso del beneficiario al programa.
- * Elevar a la Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria la documentación requerida para la prestación.
- * Determinar cual de los auxiliares geriátricos domiciliarios que están asignados a la zona, cubrirá el servicio y distribuir los horarios, así como puntualizar el tipo de prestación a brindar.
- * Presentar al auxiliar geriátrico domiciliario al beneficiario.
- * Incrementar o reducir las horas de atención, así como modificar el tipo de ayuda que se le brinda en función a las necesidades que observe, con inmediata información a la Coordinación del Programa.
- * Realizar supervisión técnica del auxiliar geriátrico domiciliario.
- * Efectuar el control administrativo del auxiliar geriátrico domiciliario (horas trabajadas, cantidad de beneficiarios atendidos, etcétera).
- * Elevar mensualmente a la Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria la documentación requerida para la liquidación, pago y rendición de cuentas de los subsidios otorgados (listado, recibos).

- * Concurrir mensualmente a las reuniones organizadas por la Coordinación del Programa a los fines de la supervisión, asesoramiento y control de gestión.
- * Solicitar a la Coordinación del Programa la asignación de nuevos auxiliares geriátricos domiciliarios cuando la demanda real supere la cantidad de horas asignadas a su cobertura en base al número de auxiliares que posea este servicio social de base.
- * Concurrir a los cursos de capacitación organizados por la Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria para la Tercera Edad.

AUXILIAR GERIATRICO DOMICILIARIO. Tendrá una comprensión acabada de los objetivos del programa para constituirse en el elemento vehicular del mismo.

Funciones:

- * Aceptar la supervisión técnica y administrativa del servicio social de base y del equipo técnico del programa.
- * Participar junto con la asistente social, el anciano a subsidiar y la familia en la confección de la " Propuesta de Ayuda".
- * Concurrir semanalmente a reuniones con el asistente social que lo supervise, aportando en las mismas una información técnica del usuario por él atendido, que permita una mejor comprensión de la problemática y ajuste permanente del tratamiento.
- * Concurrir a los cursos de capacitación organizados por la Coordinación del Programa para mejorar la preparación del auxiliar y en consecuencia elevar la calidad del servicio, así como, a las reuniones de supervisión y reflexión sobre la tarea, convocadas por esa Coordinación.

- * Aceptar las zonas de trabajo que le designe la Coordinación del Programa y los posibles cambios determinados por la misma.
- * Aceptar prestar servicios en el domicilio del beneficiario determinado por la asistente social de base en los días y horas que ésta fije en relación a las normas establecidas por la coordinación.
- * Registrar la información de rutinas de las actividades realizadas en un parte semanal que entregará a la asistente social de base.
- * Llevar un registro escrito por cada beneficiario atendido donde figurará:
 - a) Novedades que se produzcan o todos aquellos datos que se consideren importantes.
 - b) Rendición de cuentas de los gastos que se efectúen cuando realice compras.

2.4.1.2. NORMAS GENERALES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO

Tipos de prestaciones:

El auxiliar geriátrico domiciliario desarrollará y recibirá distintos tipos de prestaciones, a saber:

- a) Del auxiliar geriátrico domiciliario hacia el beneficiario.
- b) Del Programa hacia el auxiliar geriátrico.
- c) Del auxiliar geriátrico domiciliario hacia el servicio social de base y la coordinación del programa.

A) DEL AUXILIAR GERIATRICO DOMICILIARIO HACIA EL BENEFICIARIO.

- * Higiene y arreglo personal del beneficiario, cuidando el aspecto y prolijidad del mismo: baño, lavado de cabello, corte de uñas, etcétera.
- * Preparación de alimentos: de acuerdo a las dietas indicadas.
- * Ingesta asistida: en los casos requeridos.
- * Administración de medicamentos: por vía bucal exclusivamente y con la correspondiente indicación médica.
- * Rehabilitación: Colaborará en tareas mínimas de rehabilitación como apoyo en caminatas o traslado a centros de rehabilitación asignados.
- * Orden y cuidado de la casa: se refiere a higiene total de la unidad cuando vive solo y a su dormitorio cuando vive con familiares que no lo pueden hacer.
- * Arreglo de la ropa del beneficiario: lavado, planchado, repaso y restauración de algunas prendas en caso necesario.
- * Compras: de alimentos, medicamentos y elementos de uso diario.
- * Acompañar al anciano en gestiones: consultas, trámites administrativos, estudios médicos, cobro de beneficios provisionales, etcétera.
- * Compañía en domicilio: contención, apoyo psicológico.
- * Actividades recreativas y ocupacionales: orientará en programas de televisión, compra de prensa, revistas, así como los materiales necesarios para la realización de trabajos manuales, en los que podrá ayudar y/o enseñar. Por este medio se facilitará la integración del anciano y de ser

factible se complementará con otras actividades, tales como participación en fiestas, charlas, actividades varias.

- * Promover y estimular al anciano: para que afiance y descubra sus propios recursos, tome decisiones, coopere en la realización de algunos trabajos.
- * Brindar información de los recursos existentes: que recibirá de los servicios sociales de base a los que pertenece.

Es importante destacar que, haciendo todas estas tareas el auxiliar geriátrico domiciliario no ha de perder la vista que su misión es la de hacer una labor preventiva de situaciones de marginación social del anciano.

B) DEL PROGRAMA HACIA EL AUXILIAR GERIATRICO DOMICILIARIO:

Ocupación laboral: a través de los subsidios del programa.

Supervisión constante: La supervisión implica un proceso educativo que desarrolla la capacidad laboral y perfecciona la calidad del trabajo. A través de esta supervisión el auxiliar geriátrico se sentirá acompañado en el desempeño de sus tareas, recibirá seguridad en el momento de la acción y la orientación en situaciones nuevas.

La supervisión la realizará a nivel de base al asistente social responsable del programa en el servicio social de base y a nivel central la Coordinación del Programa a través del equipo técnico. Esta última mantendrá periódicamente, con los auxiliares geriátricos de todas las zonas, reuniones reflexivas sobre la tarea.

Capacitación gratuita: La Coordinación del Programa dictará cursos de perfeccionamiento para los auxiliares geriátricos domiciliarios los que se instrumentarán de acuerdo a las necesidades que se detecten en las supervisiones.

C) DEL AUXILIAR GERIATRICO DOMICILIARIO AL SERVICIO SOCIAL DE BASE Y LA COORDINACION DEL PROGRAMA

El asistente social de base recibirá por parte del auxiliar geriátrico toda una serie de información pertinente al análisis del caso tratado, que permita una confirmación o no del tratamiento propuesto, así como poder registrar la evolución del mismo.

La Coordinación del Programa recibirá por parte del auxiliar elementos de permanente evaluación y ajuste del programa tendientes a elevar la calidad del mismo.

Horario de funcionamiento del servicio:

El servicio de atención domiciliaria se brindará de lunes a sábado de 8 a 20 horas con posibilidad de ampliación según las necesidades demandadas que se observen. Cada auxiliar geriátrico domiciliario trabajará seis horas por día computando 36 horas semanales de trabajo, las que no comprenden las horas de supervisión.

La distribución de horas de trabajo de cada auxiliar geriátrico domiciliario será determinado por el asistente social responsable en la zona, teniendo en cuenta el horario de funcionamiento del servicio. Se tenderá a no superar las seis horas semanales por usuario.

Los auxiliares geriátricos domiciliarios, en común acuerdo con el asistente social de base, deberán optar por un día libre de mañana, a saber martes o jueves a los fines de concurrir a la supervisión semanal, que se efectuará en la sede del servicio social de base.

Ese mismo día será considerado por la Coordinación del Programa para realizar las reuniones de reflexión sobre la tarea, supervisiones centrales y cursos de capacitación.

Las situaciones no contempladas que pudieran presentarse en referencia a las normas generales del funcionamiento del servicio serán analizadas oportunamente.

Capacitación:

La Coordinación del Programa organizará cursos de capacitación para formar auxiliares geriátricos domiciliarios.

Sus objetivos serán:

Objetivo General: Capacitar personal técnico para desarrollar la tarea inherente a la función del auxiliar geriátrico domiciliario.

Objetivos Particulares:

- * Brindar conocimientos teóricos generales sobre la situación bio-psico-social del anciano y su interacción con el medio.
- * Capacitar al auxiliar geriátrico domiciliario desde una práctica que lo instrumente en el accionar diario de su tarea, en la toma de decisiones, en prevención de situaciones de riesgo, en la derivación a un profesional en situaciones que lo excedan.

Se arbitrará una capacitación inicial y otra permanente de acuerdo a las necesidades observadas. Concluida y aprobada la capacitación podrán inscribirse en el libro de registro de auxiliares geriátricos domiciliarios del Programa.

2.4.1.3. LIBRO DE REGISTRO DE AUXILIARES GERIÁTRICOS DOMICILIARIOS CAPACITADOS POR EL PROGRAMA

El registro de auxiliares geriátricos domiciliarios autorizados a trabajar en el Programa de Atención Domiciliaria para la Tercera Edad se llevará en un libro foliado donde consten los siguientes datos referentes a cada auxiliar.

- * Número de inscripción
- * Fecha de inscripción
- * Apellido y nombre de cada auxiliar geriátrico domiciliario. En el caso de las personas casadas figurará en primer término el apellido de soltera.
- * Número de documento
- * Dirección
- * Teléfono
- * Servicio social de base que le corresponde por su domicilio.
- * Fecha de aprobación del curso de auxiliares.
- * Fecha de baja del registro.
- * Observaciones: se consignarán los motivos por los cuales se le da de baja o cualquier otro dato que se considere de interés.

Paralelamente a este registro cada auxiliar geriátrico domiciliario tendrá un legajo con el mismo número de inscripción donde se archivará la siguiente documentación:

- * Foto personal
- * Ficha de datos personales
- * Fotocopia del documento (que se observe con claridad la foto del documento.)
- * Constancia firmada por el auxiliar geriátrico domiciliario, donde toma conocimiento de las consideraciones del programa y acepta cumplir con las funciones establecidas en el mismo (ver normas generales de funcionamiento del servicio).

Esta constancia deberá ser complementada antes de asignársele zona y horas de trabajo.

* Certificado de domicilio expedido por autoridad competente que deberá renovar todos los años.

- * Libreta sanitaria.
- * Fotocopia del certificado del curso de capacitación.
- * Cuestionario de inscripción - Puntaje.
- * Ficha de entrevista - Puntaje.
- * Evaluaciones - Calificación.
- * Zona que se le asigna.
- * Cualquier otra documentación considerada de interés por la Coordinación del Programa.

La inscripción en el libro de registro no garantizará que se le asignen horas de trabajo ya que esta asignación dependerá del monto de la demanda del servicio y de la selección de los beneficiarios en base al estudio realizado por los servicios sociales.

2.4.1.4. INGRESO AL PROGRAMA

Los servicios sociales de base elevarán el pedido de subsidio de aquellos posibles beneficiarios que encuadren el presente programa, adjuntando lo siguiente:

- * Nota de elevación
- * Solicitud de subsidio presentado por el asistente social
- * Solicitud firmada por el anciano
- * Informe socio-económico:
 - * Vivienda
 - * Salud
 - * Propuesta de ayuda

La Coordinación del Programa, de acuerdo a las posibilidades operativas y financieras disponibles, así como a la adaptación a los criterios generales del servicio, remitirá en forma escrita al Servicio Social de Base la toma de conocimiento y la conformidad de la prestación.

Esta prestación, no requiere para su inicio la conformidad de la Coordinación, pero ésta se reserva la facultad de cancelar en el caso de considerarla un servicio no pertinente.

2.4.1.5. TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL PROGRAMA

El beneficio se podrá otorgar hasta un lapso inicial de seis (6) meses con posibilidad de renovación de igual período según lo estime la asistente social actuante, no existiendo plazo tope de permanencia del beneficiario en el Programa.

Causales de cancelación:

Sin perjuicio de la duración establecida para el pago del subsidio, el mismo podrá ser cancelado por las siguientes causas:

- 1) Superación de la situación que motivó su otorgamiento.
- 2) Incumplimiento injustificado de los compromisos que el anciano o los responsables del grupo familiar asumieron al formalizarse la propuesta de ayuda.
- 3) Derivación del caso a otros recursos o sistemas de tratamiento que se consideren más idóneos para la resolución de la problemática planteada.
- 4) Otra causa relevante evaluada como tal por la Coordinación del programa y su equipo técnico.

2.4.1.6. MECANISMO DE RENOVACION, CANCELACION, O MODIFICACION DEL SUBSIDIO

Mecanismo de modificación: El asistente social responsable del caso decidirá sobre la oportunidad de modificar el subsidio, complementando el formulario respectivo y elevándolo a la Coordinación del Programa para su información.

Mecanismo de renovación: El asistente social responsable elevará con debida anticipación la solicitud de renovación del subsidio requiriéndose por escrito la autorización de la Coordinación del Programa para su continuidad.

Mecanismo de cancelación: El asistente social responsable del caso podrá cancelar directamente el servicio en las causales de cancelación determinadas en los puntos 1), 2) y 3), cuando recibiera por escrito la orden de cancelar referentes al punto 4) deberá dejar inmediatamente sin efecto la prestación, caso contrario asumirá la responsabilidad de los costos que este servicio demande a partir de la fecha en que se recepciona la nota de cancelación enviada por la Coordinación del Programa.

2.4.1.7. SISTEMA DE ASIGNACIONES

2.4.1.7.1. Importe de la asignación. Actualización

El importe partirá de una asignación básica por hora de trabajo efectuada en el domicilio del beneficiario equivalente al 70% más de lo establecido por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires en la hora del personal que cumple función de cuidadora de geronte dentro de ese municipio). El adicional surge del hecho de que el auxiliar no percibirá beneficios sociales ni viáticos por traslado.

Se elevará entre el día 1º y el día 10º de cada mes una nota a la Jefa de Sección Sueldos y Liquidaciones del Departamento de Personal, para que informe sobre el valor de la hora de la Cuidadora de Gerontes teniendo en cuenta el haber percibido sin descuentos.

2.4.1.7.2. Procedimiento para la liquidación, pago y rendición de cuentas

Punto 1: Servicio social de base a la coordinación del programa de atención domiciliaria.

El responsable del programa en el servicio social de base elevará mensualmente por duplicado a la Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria la nómina de los ancianos subsidiados en esa zona, la cantidad de horas subsidiadas por beneficiario y el nombre y apellido del auxiliar que realizó la prestación.

Punto 2: Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria al departamento contable financiero.

La Coordinación del Programa constará que tanto los beneficios como las horas subsidiadas hayan sido oportuna y debidamente autorizadas por esa Coordinación.

Una vez efectuado ese control y establecido los montos respectivos, con su firma elevará al departamento contable financiero el original del listado emitido por el respectivo servicio social.

Punto 3: Departamento Contable-Financiero al Anciano.

El departamento Contable-Financiero procederá a la confección de los cheques (emitidos al portador para facilitar el cobro por parte del auxiliar geriátrico domiciliario y su posterior entrega al anciano o familiar autorizado), en el servicio social de base respectivo en día y hora previamente establecido. Quien perciba el subsidio está obligado a pagar al auxiliar geriátrico domiciliario. En el mismo día y hora previamente establecidos para percibir el subsidio en la zona, será citado el auxiliar geriátrico domiciliario. En ese mismo momento el anciano o familiar autorizado entregará el cheque al auxiliar geriátrico domiciliario.

El recibo de recepción del subsidio a firmar por el anciano o familiar autorizado, será confeccionado por duplicado, uno será entregado a la Coordinación del Programa y el original será retenido por el departamento contable financiero a los fines de la liquidación correspondiente.

Solamente en situaciones de excepción, donde el anciano o familiar se vean realmente imposibilitados de concurrir a percibir el subsidio en el servicio social, se realizará el pago a domicilio. Esta situación deberá ser previamente informada por el servicio social de base a la Coordinación del Programa y ésta autorizará, si así lo considera, el pago a domicilio.

En el caso de fallecimiento del titular del subsidio, podrá firmar el recibo de recepción del mismo, el familiar autorizado.

En el caso de ancianos carentes de familiares dicha acreditación estará a cargo del asistente social actuante en el caso. El responsable del programa en el servicio social de base elevará a la Coordinación del Programa la nota correspondiente adjuntando a la misma, fotocopia de la partida de defunción. En esta situación particular del departamento contable-financiero pagará directamente al auxiliar geriátrico domiciliario.

A los fines de disponer de la partida presupuestaria destinada a la otorgación de los subsidios aquí explicados, se procederá a abrir una cuenta denominada "Subsidios para Atención Domiciliaria". Mensualmente se rendirá cuenta del movimiento registrado en la misma.

2.5 RECURSOS

Los recursos son medios esenciales de trabajo que tienden a solucionar necesidades y a prevenirlas. Se los definen como "medios humanos, materiales, financieros e institucionales de que se dota a sí misma una sociedad para subvenir a las necesidades de los individuos, grupos o comunidades en cuanto a integrantes de ella. Son sociales no porque su uso sea colectivo, sino porque cumplen una función social, la de satisfacer necesidades".⁽²⁾

En consecuencia dividiremos los recursos necesarios para la realización del presente programa en:

- * Humanos
- * Físicos y materiales
- * Financieros

2.5.1. Recursos humanos

Son el conjunto de personas potencialmente aptas, requeridas para la ejecución del programa.

Los recursos humanos que intervienen en el Programa de Atención Domiciliaria para la Tercera Edad se dividen en permanentes y temporarios. Tomando los primeros se les puede caracterizar según sus niveles de desempeño.

2.5.1.1. RECURSOS HUMANOS PERMANENTES

Nivel Central:

- * Coordinación:
 - Profesional de servicio social con especialización gerontológica. 1
- * Equipo Técnico:
 - Profesionales de servicio social con especialización gerontológica. 4
 - Profesional en psicología con especialización gerontológica.

- * Area administrativa:
 - Secretaria administrativa
 - Auxiliar administrativo

- * Area administrativa - Contable:
 - Secretaria administrativa con conocimientos contables. 1

Durante el desarrollo del programa con el incremento de las prestaciones deberá equipararse proporcionalmente el recurso humano a nivel central.

Nivel de Base:

Auxiliar geriátrico domiciliario: la cantidad de técnicos requeridos para el desarrollo del programa se incrementará teniendo en cuenta el número de población mayor y el crecimiento de la demanda del servicio.

Perfil técnico: El servicio de atención domiciliar surge como respuesta alternativa a la problemática de la tercera edad, con el fin de mantener al anciano en su hogar y como consecuencia en su medio (conservando sus afectos, así como sus relaciones sociales, culturales, etc.) y de evitar la institucionalización para quienes, de otro modo, no tendrán más futuro que ése.

Los técnicos encargados de apoyar esta ayuda son los auxiliares geriátricos domiciliarios y por naturaleza de su trabajo se espera de ellos que tengan unas cualidades morales y humanas que los hagan aptos para esta tarea, y además tengan también una preparación técnica que los capacite para desarrollar su trabajo con seguridad y eficacia. Tres son los aspectos a considerar:

- * Cualidades morales
- * Preparación técnica
- * Equilibrio emocional

Es necesario destacar que este técnico no releva a la familia de su responsabilidad, sino que es un auxiliar que con su cooperación ayuda a solucionar el problema inmediato, antes de que, tal vez, se agrave. Su trabajo es sobre todo, educativo y preventivo, pero con un gran respeto a la intimidad familiar e incluso a la organización familiar. Se esperan del auxiliar geriátrico domiciliario cualidades morales que permitan tenerle confianza. Ha de ser capaz de asumir responsabilidades y tener iniciativas, acomodándose y no cuestionando los hábitos familiares, adaptándose a ellos rápidamente, respetando todas las ideologías tanto políticas como religiosas.

El auxiliar geriátrico domiciliario aporta ayuda personal y directa en vez de la manifestación y/o despersonalización de los centros, no se limita solamente a las coberturas de algunas necesidades básicas o domésticas que tienen que ver con prácticas del hogar sino que dirige su accionar a la totalidad de lo personal, apoyando y estimulando los aspectos de relación humana y social y mejorando las condiciones de vida.

Por todo lo expresado anteriormente se considera conveniente que el auxiliar geriátrico domiciliario, se encuadre dentro de los siguientes requisitos:

Edad: 30 a 55 años.

Nivel educacional: Primaria completa.

Sexo: Indistinto.

Estado de salud: Buen estado general.

Características personales:

- * Buena presencia emocional: evitar comprometerse en situaciones planteadas, hacer alianza con el geronte, con familiares o profesionales, inmiscuirse en problemas personales que no hacen a la tarea.

- * Sensibilidad para comprender cada momento por los que atraviesa el geronte, (disminución de su capacidad vital, de su autoestima, pérdida de roles, amigos, familiares, etcétera).
- * Corrección en el trato, afabilidad, sentido de ubicación y prudencia.
- * Creatividad para utilizar los recursos disponibles, adecuándose al medio y las circunstancias, potenciando las capacidades que él posee.
- * Amplitud y flexibilidad de criterio para comprender al anciano respetando sus gustos personales, su ideología y sus ritmos.
- * Capacidad de decisión para resolver situaciones que pudieran presentarse, derivando aquellas que no le competen.

2.5.1.2. RECURSOS HUMANOS TEMPORARIOS

Aquí nos referimos concretamente a los docentes que participan en los cursos de capacitación así como en los de actualización profesional. Dado que la capacitación es considerada como un aspecto importante, propongo que todos aquellos que participen de la misma, deben estar impregnados de la ideología del programa, teniendo una clara visión de sus objetivos a los efectos de no caer en contradicciones que puedan crear posteriores confusiones.

2.5.2. Recursos físicos y materiales

Constituyen la infraestructura y equipamiento.

Físicos:

Necesidad de una oficina con posibilidad de ser usado por todo el recurso humano permanente señalado a nivel central y un privado destinado al uso de la coordinación.

Se debe disponer de línea telefónica.

Materiales:

Incluye no sólo el mobiliario y los elementos de librería que se relacionan con el desenvolvimiento cotidiano del programa sino también aquello que el auxiliar geriátrico domiciliario necesitará para realizar su trabajo.

2.5.3. Recursos financieros

Son el conjunto de medios de capital de que se dispone para ejecutar una acción. El Programa de Atención Domiciliaria necesita recursos financieros destinados al pago de los subsidios otorgados a los beneficiarios del programa. Dichos subsidios tendrán como objetivo exclusivo el pago de la hora trabajada por los auxiliares geriátricos domiciliarios. La provisión y el monto de dichos fondos es decisión política de quien instrumentó el programa.

3. ASPECTOS INSTITUCIONALES

Coordinación con otras áreas: En la medida que el programa se vaya desarrollando se intensificarán la variedad de prestaciones demandadas. Es por eso que debemos considerar como importantes la sincronización de recursos existentes. Se tenderá a concertar acciones dentro de las diferentes áreas donde funcione el programa.

Convenios: Efectuada una evaluación de la demanda en un tiempo prudencial tendremos elementos precisos para considerar convenios de

obras sociales, respetando siempre los objetivos y lineamientos del programa.

4. EVALUACION

En esta última fase del programa aplicaremos una serie de procedimientos tendientes a comprobar el logro de las metas y objetivos propuestos y en consecuencia poder introducir oportuna y fundamentalmente los ajustes necesarios.

Consideraremos:

a) Aspectos a evaluarse

B) Tiempos de evaluación

4.1. Aspectos a evaluarse

Señalaremos sólo algunos de los evaluadores que se tendrán en cuenta en este punto a los fines de facilitar la comprensión del lector del programa, pues las planillas estadísticas y de evaluación a utilizarse con las instrucciones técnicas figurarán en el "Manual de Procedimientos e Instructivo de Formularios del Programa de Atención Domiciliaria para la Tercera Edad".

Se evaluarán aspectos cualitativos tendientes a elevar la calidad del servicio y aspectos cuantitativos tendientes a conocer el monto real de la demanda y el número de prestaciones brindadas en sus diferentes variables.

ASPECTOS CUALITATIVOS

- * Actividades demandadas
- * Actividades modificadas
- * Causales de modificación
- * Causales de solicitud del servicio
- * Grado de ayuda familiar
- * Compromiso del beneficiario en la solución de sus problemas
- * Motivos de alta:
 - Contención familiar
 - Contención institucional
 - Mejoramiento funcional
 - Mortalidad
 - Derivación a otros programas, etcétera.

ASPECTOS CUANTITATIVOS

- * Cantidad demandada
- * Número de subsidios otorgados
- * Cobertura alcanzada
- * Solicitudes denegadas (motivos)
- * Cantidad de horas del auxiliar geriátrico domiciliario efectuadas.
- * Cantidad de auxiliares geriátricos domiciliarios (distribución geográfica).
- * Número de altas
- * Número de subsidios renovados-cancelados
- * Aumento de demanda en relación con el aumento de población mayor, etcétera.

4.2. Tiempos de evaluación

EVALUACION PERMANENTE

Realizada a través de la supervisión del equipo técnico del programa hacia los servicios sociales de base y los auxiliares geriátricos domiciliarios.

EVALUACION MENSUAL

La coordinación del programa confeccionará y elevará a la dirección del área respectiva informes mensuales sobre la marcha del programa.

EVALUACION TRIMESTRAL

Del equipo técnico hacia la Coordinación del Programa con análisis de variables cualitativas y cuantitativas.

EVALUACION SEMESTRAL

La Coordinación del Programa confeccionará y elevará a la dirección del área respectiva informes semestrales con análisis de variables cualitativas y cuantitativas y posibles modificaciones y ajustes que se deban realizar en el mismo.

5. BIBLIOGRAFIA

1. *Foro Internacional sobre "Envejecimiento Activo y Medios de Comunicación Social"*. Madrid, octubre 1986. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Madrid, 1987. p.186.
2. *Los Recursos*. Lic. Natalio Kisnerman. Editorial Humanitas. Vs. As. Año 1984.
- * *Supervisión en Servicio Social de Grupo*. Margaret Williamson. Editorial Humanitas. Bs. As., Año 1969.
- * *Servicio de Ayuda a Domicilio*. Ayuntamiento de Barcelona, Area de Servicios Sociales. Año 1986. Expte. N° 523/86.
- * *Generalitat de Catalunya*. Departament de Sanitat Seguretat Social. Institut Catala de Asistencia Serveis Socials. Expte. N° AD1/AD2.
- * *Cap de Projecte de' Ayuda a la LLar*. Patronat Municipal de Serveis Comunitaríf. Le Hospitalet de Llobregat. Marta Colomer y Dorgebray, T.S. Septiembre/1986, Reunión en España, Reunión en Buenos Aires.
- * *Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento*. Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. Nueva York, 1983.
- * *Organización y administración de servicios sociales*. M. del Carmen Alvarez/E. Ander-Egg/D. Casado/N. de la Red/R. Zanella, Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1984.
- * *Actitudes Recíprocas de los Ancianos y de las Auxiliares Domésticas*. Henrad (J.C.), Ennuyer (B.), Léonard (M.C.), Leroux (C), Sipos (I). Estudio institucional de algunos establecimientos y servicios para personas de edad. Estudio financiado por la Secretaría de Estado encargada de personas de edad. (Convención FNG-ADEG).

12. POLITICA DE SALUD MENTAL PARA LA TERCERA EDAD

Dr. Osman Nicolás Antonuccio
Hospital Italiano
Buenos Aires, Argentina

Uno de los principales objetivos a considerar en toda política de salud para los adultos mayores, es definir claramente la naturaleza y características del rol que aquél debiera protagonizar en una sociedad moderna y en desarrollo; y dentro de este marco general incluir los aspectos psico-sociales normales y anormales que adquieren relevancia en la vejez.

Se trata de enfatizar el valor que para un sistema social en transformación poseen los distintos períodos vitales del ser humano - niñez - adolescencia - adultez, vejez, considerándolos como una globalidad. Estos sectores de la población no son cronológicamente estáticos, se mezclan, se interrelacionan, se procesan experiencias y potencian su acción creativa. Sobredimensionan a algunos de ellos - por ejemplo la juventud, adultez- en desconsideración de otros - la vejez - produce con los años un estancamiento del crecimiento total comunitario.

Por lo tanto en la tarea de planificación, ordenamiento y ejecución de políticas de salud mental para la tercera edad, deberían estar convocadas todas las instituciones que tengan que ver con la salud, ya sean estatales, privadas y la propia comunidad (representado por niños, jóvenes y adultos mayores). Entonces, aquella legislación tenderá a ser general, centralizada e integrativa, con la participación activa de todos los distintos sectores ya señalados, en un trabajo de retroalimentación constante, formando equipos especializados interdisciplinarios, (incluyendo, se repite, los líderes comu-

nitarios); con todo ello se pretende disminuir la dispersión normativa y la ejecución monopolizada.

El aumento del número relativo y absoluto de personas mayores en estas últimas décadas que se visualiza dentro del total de la población; resultado de la veloz evolución de técnicas científicas y productivas y una disminución ostensible de los índices de natalidad, dan como resultado que nuestro país se encuentre dentro de las poblaciones llamadas "envejecidas". También estos fenómenos han coincidido con la industrialización, la concentración urbana y suburbana, el cambio de normas del grupo familiar, la variación progresiva de valores y jerarquías socio-culturales -que involucran lo viejo con lo caduco, anquilosado, inservible- y lo joven con la potencia, la actividad, la sexualidad, lo productivo. Todas estas transformaciones sociales han dado lugar a la actual generación de personas que transitan el último período de la vida. Donde, asimismo, ha variado el concepto de ancianidad en la medida que se ha elongado la última etapa del ciclo vital, y han aparecido nuevos problemas y conflictos psico-sociales. Ya se describen períodos o cohortes sociales, donde las necesidades y demandas de los individuos son distintos a los 50, 60, 70 u 80 y más años. Denominar "ancianos" a todos ellos es alejarse de la realidad presente.

Es así, que las personas mayores no estén preparadas para adaptarse rápidamente a aquellos cambios socio-culturales tan acelerados y por otro lado los jóvenes ocupados en sus asuntos actuales veloces se van alejando de aquella generación senecta. Estas transformaciones, traen aparejado: a) el aumento del último período de la vida, con sus etapas intermedias; y b) por otro lado la snosmia social, donde no se ha podido concientizar aquellos cambios, ni se ha previsto o aplicado pautas programáticas integrales, no se han creado instituciones adecuadas para dar respuestas válidas a las necesidades y requerimientos. En consecuencia, una parte de los adultos mayores se siente aislado, solo, muchas veces abandonado, económicamente empobrecido por retiros sociales insuficientes, esperando que la sociedad, la familia y el mundo laboral, le den cabida como un miembro activo y protágono.

Está demostrado que el envejecimiento es gradual y diferenciado y se desarrolla antes del nacimiento del ser humano; y no en forma cronológica a partir de la edad media de la vida como pudiera creerse. Ello presupone, entonces, que la vejez, etapa específica, sea considerada como una fase del desarrollo total de la vida de una persona, en interacción o con experiencias vividas a partir del nacimiento de la misma.

Por otra parte aquellas pautas culturales de pasividad han sido introyectadas desde joven en el individuo, que involucra que cuando se llega a la tercera edad, aquél también se siente que es inservible, obsoleto, caduco. De todo esto se infiere la importancia que posee la génesis de la conducta humana en una sociedad en desarrollo relacionada a los patrones culturales dinámicos: moral, ley, religión, aspectos económicos, y las formas de motivación y relaciones interpersonales. Los valores sociales referidos a la vejez que el niño acepta, introyecta e incorpora dentro de su yo, influirán a la postre en su actitud hacia el anciano; y más tarde hacia sí mismo como tal, siendo una verdad que en la juventud está la ancianidad y en esta última la juventud. Si estos valores son positivos, determinarán, una vez alcanzada la senectud, una conducta de autoestima, dinamismo y solidez, que revertirá en la aceptación de las nuevas generaciones.

A la vejez se le considera como una enfermedad, y a los adultos mayores sin futuro. Por lo tanto la comunidad no invierte ni esfuerzos ni dinero en ellos. No se trata de que se transformen en un grupo etario participativo, reflexionando de qué manera pueden ser útiles y productivos en la sociedad. La tercera edad, es el grupo de una comunidad que más podría disfrutar y utilizar el tiempo presente y cualificar el futuro. Es similar a una computadora de última generación, que acumula la mayor cantidad de datos e información de experiencias vitales. Al disponer de mayor tiempo libre, puede ocupar en la sociedad un rol participativo importante complementario de los jóvenes que escasean de él (transmisor de cultura, valores, experiencias, abuelazgo, líderes de la comunidad, tareas de dirección y supervisión, etcétera).

La etapa de transición hacia la tercera edad, deviene al individuo en un estado de indefensión, resultado de tener que enfrentar sucesivas situaciones de pérdidas, propias de aquel período. Entre ella se destaca el "síndrome del nido vacío", producido por la separación de los hijos adultos por casamiento u otros motivos; la jubilación impuesta en forma obligatoria, la muerte del cónyuge o amigos, las mudanzas - la casa paterna es grande, las modificaciones de la identidad por "abuelagazo", etcétera.

Está demostrado que la jubilación impuesta y arbitraria tipo guillotina, como asimismo la ausencia de ella, y las retribuciones económicas magras, tienen consecuencias traumáticas sobre la salud mental del adulto mayor, siendo causa común de infelicidad y trastornos psicogerítricos en el mismo. Mientras que la mujer de edad, de esta generación, continúa su cotidiana labor, como ama de casa, -en especial en familiares de clase trabajadora- siendo el eje del funcionamiento del hogar y conservando sus roles; el hombre, en cambio, al jubilarse de su trabajo activo, pierde prestigio, poder, de dirección y decisión, al dejar de ser el principal sostén económico de la familia. Tiene dificultad, en el seno familiar, para rellenar el vacío dejado por el trabajo y a su vez, se refuerza la dependencia con alguno de los hijos que ostenta el poder económico. La escasa retribución que actualmente se ofrece a las pensiones y jubilaciones no cubre los parámetros para una adecuada nutrición, confort y seguridad. Produce además, mayor marginación y aislamiento del anciano, disminución de la autoestima, incremento de las enfermedades psicosomáticas, mentales, suicidios o muerte.

En relación a la disminución ostensible de los recursos económicos por parte de los viejos, muchos de ellos no aceptan que el fruto del esfuerzo de toda su vida, sea una suma mísera, que es sentida como una dádiva de la sociedad y se muestran heridos en su dignidad al recibirlas. La pobreza en la vejez -como se dijo anteriormente- es causa común de angustia y aislamiento entre los ancianos. Por otro lado, en la juventud no se ha desarrollado una actitud de "ahorro para la vejez", porque esta última es negada: encontrándose a menudo la frase "nunca llegaré a ser viejo". Desarrollando-

se en ellos actitudes ambivalentes hacia sus mayores: de cuidado y protección y de temor y rechazo; cuyas consecuencias son relaciones de dependencia y sostenimiento, por un lado, en la propia familia, y por el otro en las instituciones de protección y cuidado social.

Todos aquellos fenómenos o problemas que se vinculan con la salud mental del adulto mayor, es estudiada por la psicogerontología y la psicogeriatría, especialidades nuevas en el campo de la psiquiatría y psicología general.

¿Por qué las investigaciones sobre la psicología normal y patología de los adultos mayores se han retrasado tanto, en relación a otros estudios similares realizados con personas más jóvenes? La respuesta es compleja, pero se tratará de responder, a partir de observaciones realizadas en el trabajo clínico psicogeriátrico y observando la conducta de viejos titulados "sanos".

La sociedad -como ya se expresó anteriormente- ubica al adulto mayor dentro de la llamada clase pasiva, cuyo estereotipo trae aparejado una actitud social indiferente y de rechazo. Esta pauta cultural, está interiorizada no solamente en los miembros del núcleo familiar, sino también en todos los profesionales que atienden a los ancianos. Hay que dejarlos tranquilos, en reposo, quietos. Todos estos comportamientos sociales adversos hacia aquél, dificultan el contacto humano, tanto del medio familiar como de los profesionales que trabajan en las instituciones, empobreciendo la comprensión de sus necesidades y demandas objetivas. Otro de los resultados, es aumentar aún más el distanciamiento y aislamiento social. Entonces al viejo le queda uno de los recursos permitido de vinculación con su ambiente, que es a través de las enfermedades psicósomáticas, utilizando la imagen corporal como medio de comunicación humana. Esto último se comprueba, con las sobreprestaciones médicas y el consumo exagerado de medicamentos utilizados por aquéllos.

Los mitos, tabúes y conductas sociales negativas han sido y siguen

siendo actualmente, factores negativos para el adecuado abordaje e investigación de las enfermedades mentales del adulto mayor. Si se sigue la creencia que no hay que molestarlo mucho, dejarlo en reposo y que muera en paz, a pesar de que padezcan conflictos crónicos no solucionados y sufrimientos emocionales, si no hay que dedicarle tanto tiempo, energías y dinero, como a otras personas más jóvenes; si la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos en la ancianidad se reducen al de arterosclerosis cerebral; y por último si la tarea de los profesionales que atienden ancianos no se considera redituable y gratificante; entonces se pregunta: ¿tiene valor y asidero abocarse a la investigación de las enfermedades mentales de la vejez, estudiando en profundidad la psicología normal y patológica, tratando de realizar diagnósticos diferenciales, estrategias precisas y tempranas y abordajes terapéuticos interdisciplinarios adecuados? Desde nuestra filosofía de trabajo, la respuesta es ampliamente afirmativa. Donde el adulto mayor, como persona humana, ocupa un lugar destacado en una sociedad que desea desarrollarse. Como estructura bio-psico-social, se le ayuda a mejorar, curar o aliviar la angustia y el sufrimiento, muchas veces crónico, proponiendo a dar más salud a los años, aunque fueran los últimos días de su existencia. Ese es nuestro compromiso, porque nosotros también algún día vamos a convertirnos en ancianos.

Se cree que en el individuo que transita el ciclo de la tercera edad -como igualmente sucede en otros períodos vitales: niñez, adolescencia, adultez- se forman y desarrollan estructuras psíquicas y comportamientos relacionales normales y patológicos. Los mismos son provocados por estímulos generacionales e intergeneracionales apareciendo los objetivos de vida específicos para cada ciclo vital. Estas necesidades y demandas primordiales, en la vejez, están caracterizados por la autoconservación de sí mismo, como eslabón necesario para la elongación de la vida de la especie humana; como modelo de la elaboración del envejecimiento y la muerte; el cambio de identidad en el abuelazgo y sus implicancias intergeneracionales; como modelo social y cultural, almacenaje de experiencias y mitos regionales, poseedor de la sabiduría familiar y comunitaria, etcétera.

Es importante reflexionar, desde dónde y en qué lugar se realizan las experiencias -descriptivas y comparativas- y el análisis de los trastornos mentales del adulto mayor. En primer lugar, se hace necesario, como en toda ciencia, no alejarse del objeto de conocimiento, que en este caso es el anciano y su entorno. Algunas traspolaciones teóricas realizadas desde la psicopatología o psicología del adulto, aplicadas a la vejez, no han sido las más adecuadas. Desde la psicología normal evolutiva del anciano se puede estudiar la patología y viceversa. Para acercarse al adulto mayor, se sugiere que las observaciones de su conducta normal y patológica sean realizadas concomitantemente en su habitat natural, sea familiar, comunitario o institucional. Se tienen que tomar en cuenta, además, las características específicas de cada período generacional o cohorte -como ya se ha mencionado-, la clase social de la cual precede y la mención de la región en la que habita. Como así mismo desde el investigador, reflexionar, elaborar y asumir sus propias ansiedades que pueden movilizar su propia vejez, la locura y la muerte.

En la vejez, se hace imprescindible y perentorio efectuar un diagnóstico y tratamiento correcto y temprano de las enfermedades mentales del anciano, tendiendo a prevenir que curar. Para poder lograr en parte estos presupuestos, es necesario, entre otras acciones, jerarquizar a la psicogeriatría como especialidad dentro de la psicopatología general, apoyando trabajos de investigación y cursos formativos de postgrado y pregrado. Alentando, además, el intercambio de conocimientos a través del trabajo interdisciplinario, forma de abordaje utilizado para comprender holísticamente la polipatología que habitualmente presentan los adultos mayores. Así intervienen, entre otras especialidades, médicos geriatras, neurólogos, kinesiólogos, asistentes sociales, acompañantes terapéuticos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, musicoterapeutas, recreacionistas, enfermeras o asistentes en psicogeriatría, odontología geriátrica, podólogos, sociólogos, abogados, arquitectos, etcétera.

La mortalidad social dada por la ausencia de una ideología humana y totalizadora hacia los ancianos, impide el acceso a medidas preventivas

resocializantes, que evitarían el paulatino empobrecimiento de la personalidad del viejo y de sus interacciones comunitarias, incorporando al resto de la sociedad recursos humanos sabios.

PRESUPUESTOS BASICOS PARA UNA POLITICA DE SALUD MENTAL PARA LA TERCERA EDAD

- 1) Toda planificación y programación en materia de salud mental para los ancianos deberá encuadrarse dentro de una filosofía holística, donde se ubique al mismo como un ser humano total, inmerso en un sistema social que lo produce. Es decir, como clase o componente e interrelación con las demás personas de la comunidad-niñez-adolescencia-adulterz; teniendo en cuenta que la totalidad de la población hace al mejor desarrollo y crecimiento socio-económico de la misma.
- 2) En base a lo explicitado en el punto 1) una política que tienda a cuidar, fortalecer y estimular los valores esenciales específicos de la ancianidad en una determinada región. Dignificando y promoviendo su imagen como modelo, como parte integrante de dicha sociedad en interrelación con los individuos más jóvenes.
- 3) Una política que tienda a definir el rol participativo activo del anciano en la comunidad a que pertenece, describiendo sus características individuales y de convivencia social. Enfatizar la participación de los adultos mayores en la organización y dirección de sus padres y las relaciones con el resto de las personas más jóvenes, como clase dirigente (líderes comunitarios). Rescatar de los viejos los valores humanos, el acumulo de experiencias culturales, regionales, y como fuentes de aprendizaje y sabiduría.
- 4) Una política pertinente que tienda a considerar la importancia del núcleo familiar como componente esencial de la comunidad y a los viejos como parte de ella; donde y a través de la familia se vehiculizará

y centralizará el cuidado y la protección integral de los mismos. Para ello se fomentarán programas donde el adulto mayor participe interaccionalmente en el seno familiar.

- 5) Una política participativa, no solamente de las instituciones gubernamentales e intermedias de la sociedad, sino los propios ancianos, de una manera independiente o en organizaciones políticas o agremiadas. El desarrollo de planificaciones segregadas o estancas, son muchas veces, expresiones de deseos unívocos que quedan en el vacío sin aplicaciones objetivas.
- 6) En toda planificación sobre la salud de los ancianos, incluir a la salud mental como una de las metas prioritarias. Es bien sabido, la importancia de los factores psico-sociales como factores etiológicos de problemas orgánicos y psicológicos en los ancianos. Muchas veces son emergentes de disfunciones familiares. Para ello se promoverá y apoyará el estudio y la investigación de la psicología normal y patológica del adulto mayor, integrándolos a los conocimientos que se tienen en los niveles biológicos y sociales. Todos los esquemas teóricos utilizados en psicogeriatría, sirven de marcos conceptuales para obtener un mejor diagnóstico de las enfermedades mentales del mismo, su adecuado tratamiento, y por ende, evitar la cronicidad y la iatrogenia profesional.
- 7) Implementar políticas de educación profesional, para la formación teórico-práctica de todas las personas que se dedican a la salud mental del adulto mayor. En este sentido deberían incluirse en los programas básicos de enseñanza primaria y secundaria temas sobre la ancianidad, abuelazgo, etc. En el nivel terciario la materia de psicogeriatría (escuelas de medicina e institutos de enseñanza estatales o privados). El desarrollo de cursos de postgrado en gerontología, y psicogeriatría.

- 8) Para lograr los presupuestos anteriores, una política que incluya a la vejez en programas de prevención primaria. La educación sanitaria para la ancianidad debería ser permanente, a través de los medios de comunicación masiva: diarios, revistas, T.V., radio y otros. La concientización de los problemas y la vida cotidiana de los viejos para toda la población, redundará en una mejor interacción intergeneracional y apoyo y cuidado de la comunidad. En las instituciones se impulsará y desarrollarán los niveles de prevención secundaria y terciaria.
- 9) La creación y estimulación de espacios sociales válidos, postulando programas alternativos y dinámicos para cubrir las necesidades y demandas de los ancianos en su tiempo libre, tratando de que sean protagonistas y consumistas. Se fomentará, además, el desarrollo de la laboterapia, que además de ser creativa y recreativa, sea productiva.
- 10) Promover la realización y profundización de estudios estadísticos y epidemiológicos sobre la realidad actual de la salud mental de los ancianos, en su prevalencia, incidencia y demás datos. Existen escasos estudios de este tipo en nuestro país (centros urbanos, sub-urbanos y rurales de todas las provincias que lo componen).
- 11) Estimular y desarrollar programas de investigación sobre psicogeriatría y materias afines: gerontología, sociología, antropología, etc. Su finalidad es profundizar los conocimientos psicológicos sobre el adulto mayor, realizando además, estudios de comparación con otros estados más desarrollados en el tema.
- 12) Recomendar en toda política de salud, el trabajo interdisciplinario en psicogeriatría, que ha demostrado hasta el presente ser más operativo que otras técnicas de abordaje, dadas las características específicas de las necesidades y demandas del viejo. Como así también, la intervención de otras áreas del conocimiento que tienden a estudiar al anciano "sano" como economía, trabajo, cultura y educación, asistencia y seguridad social, menor y la familia, justicia, vivienda, etcétera.

BIBLIOGRAFIA

1. Antonuccio O.N.: *La Salud Mental en la Tercera Edad*. Psicogeriatría. Editorial Akadia. Buenos Aires. 1992
2. Antonuccio O.N.; Kofman Perla: *Acompañamiento terapéutico en un hogar de ancianos*. Trabajo presentado al VI Congreso Argentino de Gerontología y Geriatría. Buenos Aires. Noviembre 1991.
3. Aulagnier Piera y otros: *Cuerpo, historia, interpretación*. Ediciones Paidós. Buenos Aires. 1991.
4. Balint Enid y J.S. Norell: *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general*. Ediciones Paidós. Buenos Aires. 1979.
5. Berger Peter L.; Luchmann Thomas: *La construcción social de la realidad*. Edición Amorrortu. Buenos Aires. 1979.
6. Bertalanfy L.V.: *Teoría general de los sistemas*. Edición Fondo de Cultura Económica. México. 1984.
7. Bion E.R: *Experiencia en grupos*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1976.
8. Burr Joan: *Manual del Auxiliar Psiquiátrico*. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1974.
9. Erikson E.H. *El ciclo vital completado*. Editorial Paidós Studio. Buenos Aires. 1985.

10. Freud Sigmund:
1914: *Introducción al narcisismo*. Obras Completas. T.I. Edición Biblioteca Nueva Madrid. 1948.
1917: *La aflicción y la melancolía*, en Obras Completas T.I. Edición Biblioteca Nueva Madrid. 1948.
1919: *Lo siniestro*. En Obras Completas. Tomo 18:151-86.
11. Haley E.: *Terapia para resolver problemas*. Edición Amorrortu. Buenos Aires. 1984.
12. Hall C.S.: *Compendio de psicología freudiana*. Editorial Paidós. 3a. ed. Buenos Aires. 1971.
13. Goffman Erving: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Edición Amorrortu. Buenos Aires. 1972.
14. Mayer-Cross. W. Slater. E. Roth: *Psiquiatría Clínica*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1971.
15. Laplanche J. y V. Pontalis J. B.: *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor S.A. Buenos Aires. 1971.
16. Monk Abraham: *Handbook of Gerontological Services*. Van Nostrand Reinhold Company. New York. 1986.
17. Post F.: *The clinical psychiatry of late life*. Pergamon Press. London. 1965.
18. Zinberg N.E. y Kaufman I.: *Psicología normal de la vejez*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1976.
19. 2º Congreso Argentino y 1er. Congreso Latinoamericano de Psicología del Geronte. *Aspectos Demográficos*. Organiz. por Fundación de Psicología Social Argentina. Buenos Aires. 6/8 Noviembre de 1981.

20. Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) *Psicogeriatría. Informe Técnico N° 507*. Ginebra. 1972.
21. Strejilevich S.M.; *Algunas peculiaridades demográficas y psicosociales en la población añosa de la Argentina*. Acta Psiquiátrica de América Latina. 14; 211. Buenos Aires. 1968.

Esta ponencia se basa en parte en investigación realizada como consultoría para la División de Población de las Naciones Unidas y en parte en investigación financiada por el International Development Research Centre (IDRC) de Canadá.

13. EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LA ARGENTINA

María S. Muller

CONICET y Centro de Estudios de
Población, Buenos Aires, Argentina

Edith Alejandra Pantelides

Centro de Estudios de Población
Buenos Aires, Argentina

1. INTRODUCCION

El aumento tanto en valores absolutos como relativos de la población anciana constituye un fenómeno que se vive en la actualidad y que no tiene precedentes. Hasta la década de los 80 se consideraba que la problemática del envejecimiento de las poblaciones era de incumbencia de los países avanzados. Sin embargo, este punto de vista se ha ido modificando y la necesidad de estudiar este aspecto de las poblaciones, ya no sólo en los países industrializados sino también en los países en desarrollo, ha tomado fuerza a tal punto que constituye una de las conclusiones del informe final del vigésimo sexto período de sesiones de la Comisión de Población de las Naciones Unidas. ⁽¹⁾

(1) Naciones Unidas, 1991. Población 17 (4), FNUAP, Nueva York.

En 1980, el 15% de la población de los países desarrollados del mundo tenía 60 y más años. Este porcentaje se reducía a 6 por ciento en los países en vías de desarrollo. En otras palabras, los países desarrollados tenían -y tienen- una población más envejecida. En América Latina el 6.5 por ciento de la población está por encima de los 60 años, pero en la zona templada de América del Sur el porcentaje se eleva al 11.1 y en Argentina es del 12 por ciento, uno de los pocos ejemplos de un país en vías de desarrollo que, sin embargo, tiene una población relativamente envejecida. ⁽²⁾

2. EL ENVEJECIMIENTO DE LAS POBLACIONES

La población de un país es un organismo viviente. Su distribución por edad en una fecha dada es el resultado de la acción combinada que han tenido durante tres o cuatro generaciones la fecundidad, la mortalidad y las migraciones ocurridas en esa población. A su vez, esa misma distribución condiciona los niveles que tienen y tendrán, por cierto lapso, las tasas de estos fenómenos.

El proceso de envejecimiento de las poblaciones difiere del que sufren los individuos. Para éstos, el envejecimiento es un proceso claro, que no ofrece muchas dudas: a medida que pasan los años las personas envejecen. Por este proceso, que depende del paso del tiempo, transitan todas las personas. En las poblaciones en cambio, el concepto de envejecimiento está referido a cierto tipo de modificaciones que se producen en su estructura por edad. Cuando en una sociedad aumenta la proporción de población anciana (mayores de 60 años) se dice también que la misma sufre un proceso de envejecimiento. El proceso opuesto (rejuvenecimiento) ocurre cuando disminuye la proporción de ese sector de la población. Por otra parte,

(2) United Nations, 1986. World Population Prospects, Estimates and Projections as Assessed in 1984, ST/ESA/SERA/98, Nueva York.

también se considera que una población rejuvenece cuando aumenta la proporción de jóvenes (0 a 14 años) y que envejece cuando ocurre lo opuesto.

Estas ideas generales apuntan a dejar en claro que el proceso de envejecimiento es, principalmente, un producto de cambios en la proporción de personas ancianas y/o jóvenes. En el primero de los casos (cambios en la proporción de población anciana) se dice que se trata de un envejecimiento (o rejuvenecimiento) en la cumbre de la pirámide y en el segundo (cambios en la proporción de población joven) se dice que se trata de un envejecimiento (o rejuvenecimiento) en la base de la pirámide. ⁽³⁾

Como se desprende de lo anterior, puede ocurrir que una población sufra un proceso simultáneo de rejuvenecimiento. Tal fue lo ocurrido en los Estados Unidos entre 1940 y 1960 y en Australia entre 1947 y 1961.⁽⁴⁾ En dichos países se produjo un aumento simultáneo en las proporciones de jóvenes y ancianos, lo que naturalmente ocurrió a expensas de la población en edades adultas.

En suma, el envejecimiento de una población se refiere a ciertos cambios que se producen en su estructura por edad. Pero esos cambios no son, como en el caso de los individuos, el resultado del paso de los años. El proceso de envejecimiento (o de rejuvenecimiento) es el resultado del efecto combinado de los tres componentes demográficos -- fecundidad, mortalidad y migraciones -- actuando sobre una población que tiene una determinada estructura por edad. Una forma interesante de medir el efecto de la estructura por edad (especialmente apropiado para las poblaciones subdesarrolladas que presentan por lo general estructuras de edad muy jóvenes) está explicado en la primera de una serie de conferencias dictadas

(3) Naciones Unidas, 1956. *The Aging of Populations and its Economic and Social Implications*, ST/SOA/Ser.A.26, Nueva York.

(4) Shryock, H.S. y Siegel, J.S., 1973. *The Methods and Materials of Demography*, 2a. Edición (rev), tomo 2, U.S. Government Printing Office, U.S.A.

por Jean Claude Chesnais en Santiago de Chile, ⁽⁵⁾ y se ejemplifica con la población de Kenya. Así, aún si en esa población, que actualmente tiene alta fecundidad, ésta bajara al nivel de reemplazo (es decir que la tasa neta de reproducción fuese igual a uno) el tamaño de la población aumentaría 2.2 veces, ⁽⁶⁾ únicamente por la estructura por edad muy joven de la población de Kenya.

Susana Schkolnik ⁽⁷⁾ resume con claridad el efecto que la fecundidad, la mortalidad y las migraciones tienen en la estructura por edad de las poblaciones:

"... a partir del uso de modelos o proyecciones es posible observar que el descenso de la fecundidad es por lo general el factor más importante que conduce al envejecimiento de la estructura por edades de una población, ya que afecta directamente la base de la pirámide de las edades al disminuir el número de nacimientos anuales. Un incremento de la fecundidad, por el contrario, produciría el efecto opuesto, provocando un rejuvenecimiento de la pirámide por la base."

Por otra parte, la reducción de la mortalidad puede afectar la estructura por edades del descenso de la mortalidad. En este sentido se podrían observar tres situaciones diferentes:

- Si el descenso de la mortalidad no es diferencial por edades éste no afecta la estructura por edades de la población;

(5) Chesnais, Jean-Claude, 1990. El proceso de envejecimiento de la población, CELADE, Serie E No.35, Santiago de Chile.

(6) La conferencia fue dictada en 1987.

(7) Schkolnik, Susana, 1990. "El envejecimiento de la población en América Latina 1950-2025" Anexo de: Chesnais, Jean-Claude, op.cit.

- Si el descenso de la mortalidad se debe principalmente a la disminución de la mortalidad infantil, esto produce un rejuvenecimiento de la base de la pirámide de edades;
- Si el descenso de la mortalidad afecta principalmente a las edades avanzadas esto produce un envejecimiento de la pirámide por la cúspide.

Históricamente, sin embargo el descenso de la mortalidad no ha producido cambios de gran importancia en la composición por edades de la población y mucho menos estos cambios pueden contrarrestar el efecto del descenso de la fecundidad.

Finalmente, el efecto de las migraciones también depende del sentido y magnitud de las mismas. Según los casos, sin embargo, éstas pueden tener un efecto importante -de envejecimiento o rejuvenecimiento- tanto en la estructura de origen como en la de destino.

En resumen, desde el punto de vista demográfico el proceso de envejecimiento es resultado del cambio de las tendencias de la fecundidad, en menor medida de la mortalidad y, eventualmente, de las migraciones, así como de sus relaciones mutuas. Si una población no estuviera afectada por las migraciones internacionales, o lo estuviera sólo en muy pequeña escala, los cambios en su estructura por edades se producirían fundamentalmente por reducción de la pirámide de edades como consecuencia del descenso de la fecundidad y, en menor medida, por abultamiento de la cúspide, debido al efecto acumulado del descenso de la fecundidad y a la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas.

Las fases por las que atraviesa una población en el proceso de envejecimiento, acorde con los postulados generales de la teoría de la transición demográfica (Chesnais, 1986 ⁽⁸⁾), serían las siguientes.

(8) Chesnais, Jean-Claude, 1986. La transition demographique, INED, Presses de France. Paris.

La primera etapa corresponde a una población con alta proporción de jóvenes y adultos y muy baja proporción de personas de edad avanzada. Esta corresponde a niveles de fecundidad y mortalidad elevadas que no se han modificado por un período prolongado. Posteriormente, el descenso acelerado de la mortalidad, en especial de la mortalidad de la niñez, puede producir un rejuvenecimiento de la población sin que se haya observado cambios en los niveles de fecundidad. En estas condiciones el descenso de la mortalidad en las primeras edades tiene un efecto similar al aumento de la fecundidad, produciendo un ensanchamiento de la base de la pirámide de edades. Finalmente, la última fase corresponde a poblaciones que han experimentado por largo tiempo el descenso de la fecundidad acompañado por bajos niveles de mortalidad, incluso en las edades avanzadas, y que se designa como población envejecida. Esto se refleja en la disminución de la proporción de jóvenes y al aumento de la de personas en edad avanzada hasta llegar al momento en que esta última supera ampliamente a la primera.

3. EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA POR EDAD DE LA ARGENTINA

Una primera aproximación al tema la tendremos al observar que en el período comprendido entre el primer y el penúltimo censo nacional de población (1869 a 1980) mientras la población total de la Argentina pasaba de 1.736.923 a 28.237.149 personas, es decir, multiplicaba su tamaño en 16 veces, la población de 60 años y más pasaba de 68.617 a 3.376.413 personas, multiplicando su tamaño en 49 veces.

Si ahora prestamos nuestra atención a un período más reciente, podemos señalar que la población de 60 años y más pasa de ser el 7.0 por ciento de la población total en 1950 al 13.1 en 1990. Un resumen de las causas demográficas del envejecimiento experimentado por la población de la Argentina entre esas fechas (1950 a 1980)⁽⁹⁾, nos lleva a señalar como hechos sobresalientes:

(9) Naciones Unidas, 1991: Economic and Social Aspects of Population Ageing in Argentina, ST/ESA/SER.R/113, Nueva York.

- a) Las variaciones en la fecundidad y la mortalidad entre 1950 y 1980 tuvieron un efecto envejecedor en la población; la migración en cambio tuvo un efecto rejuvenecedor,
- b) La mortalidad fue la variable que tuvo el efecto envejecedor más importante en el período; sus consecuencias fueron mayores en el sexo femenino,
- c) La fecundidad también tuvo un efecto envejecedor pero menor que en el caso de la mortalidad. También en este caso el efecto fue superior en la población femenina,
- d) La interacción entre la fecundidad y la mortalidad tuvo un efecto rejuvenecedor en la estructura por edad de la población y,
- e) La migración internacional tuvo un efecto rejuvenecedor, más acentuado en la población femenina. Este resultado, sin embargo, debe tomarse con cautela ya que el efecto de la migración se obtiene como residuo ⁽¹⁰⁾.

Se espera que el proceso de envejecimiento de la población de la Argentina continúe, si se cumplen los supuestos en los que se basan las proyecciones, hasta el año 2025. Dicho envejecimiento se produciría en los dos extremos de la pirámide de población, o dicho de otra manera, disminuiría la proporción de los jóvenes simultáneamente con el incremento de la proporción de población anciana.

(10) Hay que tener presente que al comenzar el período analizado el proceso de envejecimiento de la población argentina ya había comenzado; si el ejercicio se hubiera realizado a partir de la población de 1869, con seguridad el descenso de la fecundidad sería el factor explicativo más importante.

3.1 Envejecimiento de la población anciana

Entre 1980 y el año 2025 se espera que la población total pase de 28.2 a 45.5 millones de personas, lo que representa un incremento del 61 por ciento. En ese mismo lapso la población de 60 a 74 años pasará de 2.6 a 5.2 millones, un incremento del 95 por ciento, y la población de 75 años y más pasará de 0.7 a 2.1 millones, lo que constituye un aumento del 175 por ciento. Las cifras son elocuentes: la población anciana, y especialmente el segmento que está en las edades superiores, crecerá a un ritmo más rápido que el total de la población, por lo cual el proceso de envejecimiento continuará, así como el de envejecimiento interno de la misma población anciana.

La misma tendencia se observa si se analiza a la población de cada sexo. Se espera que la población masculina crezca un 60 por ciento entre 1980 y el 2025, pero los varones entre 60 y 74 años crecerían un 93 por ciento (llegando a ser 2.3 millones) y los grandes ancianos varones (personas de 75 y más años) llegarían a ser 0.7 millones (un incremento de 147 por ciento). La proyección de la población femenina, por su parte, muestra que ésta crecerá un 63 por ciento, aumentando la de 60 a 74 años a 2.8 millones (96 por ciento) y la de 75 años y más a 1.3 millones (195 por ciento de crecimiento).

Los incrementos relativos diferentes de la población de varones y mujeres que acabamos de ver, nos ponen ante otra de las características de la población anciana, su feminización.

3.2 Población anciana por sexo

El predominio de la población femenina a medida que se avanza en las edades es una característica que va acentuándose. El porcentaje de crecimiento de la población total y de la población con edades entre 60 y 75 años es superior en el sexo femenino, pero es en la población de 75 años y más

donde esta diferencia de crecimiento se vuelve más notable. Como consecuencia, en el año 2025 se espera que haya 167 mujeres de 75 años y más por cada 100 hombres de esas mismas edades. Dicho de otra manera, el predominio de la población femenina crece a medida que avanzamos en la edad.

Una forma de observar el desequilibrio en la composición por sexo de la población anciana y su comparación con lo que sucede en la población total es a través del índice de masculinidad. ⁽¹¹⁾.

El índice de masculinidad de la población total sólo se aproxima a 100 a partir de 1970, pues en los años anteriores muestra el efecto de los grandes contingentes migratorios de fines de siglo pasado y principios de este siglo, en los que el predominio de varones era abrumador.

En la población con edades entre los 60 y 75 años, el índice de masculinidad toma, con pocas excepciones, valores descendentes: es igual a 107 hombres por cada 100 mujeres en 1869, el valor más alto es el correspondiente a 1914 (113 varones por cada 100 mujeres) y alcanza el punto más bajo en el año 2000 con 82. Se espera que en los años posteriores crezca levemente hasta alcanzar en el año 2025 a 84 hombres por cada 100 mujeres.

En la población de 75 años y más el índice toma siempre valores inferiores a 100 y también muestra una tendencia descendente, con algunas oscilaciones. En 1869 es igual a 94 hombres por cada 100 mujeres y el valor más bajo de la serie es para el año 2025 con 59 varones por cada 100 mujeres.

(11) El índice de masculinidad es el número de hombres por cada 100 mujeres.

4. DONDE VIVEN LOS ANCIANOS

También en la distribución espacial de la población anciana se advierten diferencias por sexo. Si se describe dicha distribución en términos de la dicotomía urbano-rural,⁽¹²⁾ se observa que la población anciana es todavía más urbanizada que la población total del país, puesto que el 86 por ciento de los mayores de 60 años vivían en áreas urbanas en 1980 comparado con el 83 por ciento de la población total. Esa proporción seguirá creciendo, ya que, si las proyecciones son correctas, el 90 por ciento de los ancianos vivirá en áreas urbanas en el año 2000, comparado con el 88 por ciento de la población total.

La población anciana femenina tiene una tendencia más pronunciada que la masculina a vivir en áreas urbanas. Ello se advierte con claridad en los índices de masculinidad de los mayores de 60 años que eran en 1980 de 77 (varones por 100 mujeres) entre los residentes urbanos y de 124 entre los residentes rurales. La diferencia se debe a que la migración rural-urbana ha sido, en la Argentina, una migración en la que predominan mujeres.

(12) Siguiendo el criterio adoptado en todos los censos argentinos, consideraremos como población urbana la que vive en localidades de 2000 y más habitantes. De acuerdo a esta definición, la Argentina es un país con una alta proporción de población urbana, la que en 1980 era del 83 por ciento. Aunque las definiciones de "urbano" usadas en distintos países no siempre son comparables, para esa misma fecha se estimaba que la población urbana del mundo era del 40 por ciento, cifra que promedia valores de 70 y 29 por ciento para los países desarrollados y en vías de desarrollo, respectivamente. Podemos acotar más, señalando que para América Latina el porcentaje de población urbana se estima en 65. Como puede apreciarse, el nivel de urbanización de la Argentina es alto, aún en comparación con los países desarrollados. Estos son datos extraídos de Naciones Unidas, 1988: World Demographic Estimates and Projections, 1950-2025, ST/ESA/SER.R/79, Nueva York y de Argentina, INDEC: Censo Nacional de Población y Vivienda, 1980.

5. EL ENTORNO FAMILIAR

Analizaremos en este punto información diversa tanto en cuanto a su origen (censos, encuestas) como en cuanto al tipo, que tiene que ver con la estructura de los hogares de los cuales los ancianos forman parte, el tamaño típico de esos hogares y las redes de ayuda con que cuentan. Usaremos, además de los datos censales, los provenientes de la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se trata de una encuesta muy abarcadora, de la que obtuvimos algunas tabulaciones especiales, pues se encuentra inédita.

La evidencia que vamos a utilizar se refiere a veces a todo el país y a veces a toda la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, pero estimamos que el panorama general que pintan es adecuado, pese a los problemas que tiene la definición del hogar usada en las fuentes. ⁽¹³⁾

El tamaño medio de los hogares en la Argentina es de 3.9 miembros. No podemos hacer el mismo cálculo a nivel nacional respecto a los hogares que "contienen" ancianos, salvo señalar que 9.3 por ciento de los mayores de 65 años varones y 14.0 por ciento de las mujeres de la misma edad viven en

(13) En el censo de 1980, el hogar fue definido como una unidad de vivienda. Esto sólo sirvió para transferir las dificultades de la definición de hogar a la vivienda, la que no es sencilla en sí misma. Debido a la escasez de vivienda de bajo costo, al deterioro del poder adquisitivo y a la falta de crédito, las familias recurren a soluciones habitacionales difíciles de clasificar. Se techan patios, se construye en las terrazas y en los jardines, y se da así alojamiento a los hijos que se casan pero no tienen donde vivir, a los padres que quedan solos, a otros parientes sin vivienda, a inquilinos y allegados. En las grandes ciudades aparecen además los falsos hoteles, que proveen vivienda en condiciones semejantes a las de los tradicionales "conventillos": una habitación por familia, baños compartidos, cocina compartida o precariamente instalada en la misma habitación en que se vive.

hogares unipersonales; carecemos de información sobre hogares de otros tamaños. Pero con información de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires (cuadro 1), podemos decir algo sobre el número de personas con quienes viven los ancianos en esas áreas. Se advierte que las mujeres ancianas viven solas en mayor medida que los hombres de la misma edad; en la Capital el fenómeno es muy notable, pues casi el 20 por ciento de las mujeres de más de 60 años, comparado con poco más del 5 por ciento de los hombres de esa edad, viven solas. En ambas áreas, los ancianos tienden a vivir con pocas personas (hasta 3) en mayor medida que las ancianas, pero las diferencias no son importantes en las proporciones de cada sexo que viven con 4 ó más personas.

Respecto no ya al tamaño sino al tipo de hogar, la mayoría de los hogares en la Argentina (cerca del 60 por ciento) son del tipo nuclear, y en su mayor parte contienen hijos. Una cuarta parte son hogares extendidos y el resto son hogares unipersonales (alrededor del 10 por ciento) u hogares con una estructura compuesta (nuclear o extendido más otros no parientes o conjunto de personas no emparentadas). De los hogares que contienen población de 65 y más años, por otro lado, sólo algo más de un tercio son nucleares, mientras que los extendidos crecen a un 43.1 por ciento (cuadro 2).

Hay interesantes diferencias entre hombres y mujeres ancianos (definidos por el censo como de 65 y más años) en el tipo de hogar en que suelen vivir. Las mujeres, como ya dijimos, tienden a vivir solas en mayor proporción que los hombres. Los hombres, por su parte, tienden a vivir más en hogares nucleares y menos en hogares extendidos.

Si un hombre de 65 y más años vive en un hogar nuclear, en general él es el jefe de la familia (cuadro 2). Como miembro de un hogar extendido o compuesto, también lo más probable es que él sea el jefe de hogar. En los hogares extendidos una buena parte de los ancianos varones también aparecen como padres o suegros o como "otros parientes" (abuelos, tíos, cuñados). En hogares compuestos, un tercio de los ancianos varones no son parientes del jefe del hogar.

Cuadro 1
Capital Federal y Gran Buenos Aires. Distribución de los encuestados por
sexo y edad según el número de personas con quienes viven

Sexo y Edad	Vive solo	Vive con (número de personas)				TOTAL	Número de casos
		1 pers.	2 ó 3 pers.	4 ó 5 pers.	6 ó + pers.		
CAPITAL FEDERAL							
HOMBRES							
60-64	2.1	31.3	58.3	8.3	0.0	100.0	48
65-69	4.9	39.0	43.9	9.8	2.4	100.0	41
70-74	9.1	36.4	36.4	13.6	4.5	100.0	22
75-79	5.0	60.0	20.0	10.0	5.0	100.0	20
80 y +	10.0	40.0	35.0	15.0	0.0	100.0	20
Total	5.3	39.1	43.0	10.6	2.0	100.0	151
MUJERES							
60-64	15.9	29.0	40.6	11.6	2.9	100.0	69
65-69	16.9	37.3	32.2	11.9	1.7	100.0	59
70-74	20.0	34.0	36.0	10.0	0.0	100.0	50
75-79	25.0	40.6	25.0	9.4	0.0	100.0	32
80 y +	25.8	32.3	25.8	12.9	3.2	100.0	31
Total	19.5	34.0	33.6	11.2	1.7	100.0	241
GRAN BUENOS AIRES							
HOMBRES							
60-64	3.0	38.4	38.4	15.2	5.1	100.0	99
65-69	5.1	44.9	35.9	12.8	1.3	100.0	78
70-74	4.7	51.6	25.0	14.1	4.7	100.0	64
75-79	11.8	47.1	14.7	17.6	8.8	100.0	34
80 y +	10.5	36.8	15.8	36.8	0.0	100.0	19
Total	5.4	43.9	30.6	16.0	4.1	100.0	294
MUJERES							
60-64	6.7	44.2	26.7	16.7	5.8	100.0	120
65-69	15.1	41.9	22.1	12.8	8.1	100.0	86
70-74	12.3	40.7	25.9	18.5	2.5	100.0	81
75-79	26.8	29.3	19.5	12.2	12.2	100.0	41
80 y +	16.2	18.9	40.5	18.9	5.4	100.0	37
Total	13.2	38.6	26.0	15.9	6.3	100.0	365

Fuente: Knallinsky, M. y Pantelides, E.A. 1988 "Tercera Parte: La encuesta a ancianos no institucionalizados" en Pantelides E.A. (editora) *Servicios sociales para la tercera edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires*, Informe final, Tomo I, CENEP, Buenos Aires.

Las mujeres de 65 y más años en hogares nucleares son generalmente esposas del jefe, aunque un cuarto de ellas son jefes de hogar (cuadro 2). En hogares extendidos las ancianas son habitualmente madres o suegras, pero también se encuentran en número importante en las demás categorías. En los hogares compuestos un tercio de las ancianas son jefes de hogar y una proporción similar son no parientes.

Mirando a la información para todos los hogares en conjunto (final del cuadro 2), la mayoría de los ancianos son jefes de sus respectivos hogares (81 por ciento de los hombres y un tercio de las mujeres). Los porcentajes mencionados contienen un 9.3 por ciento de hombres y un 14 por ciento de mujeres que viven solos y por lo tanto aparecen como jefes de hogar, aunque el significado de esta jefatura no sea el mismo que en los hogares multipersonales. Las mujeres aparecen también en proporciones similares y significativas como esposas y como madres o suegras, y es también frecuente que los hombres sean padres o suegros del jefe de hogar (lo que obviamente significa que conviven con hijos casados). Se advierte que la posición de los ancianos en el hogar es una continuación de la que ocupaban cuando eran jóvenes: los hombres casados son por definición jefes del hogar, las mujeres sólo lo son si falta un hombre de la edad adecuada para asumir la posición. Las mujeres llegan a ser jefas de hogar al enviudar, o divorciarse o ir a vivir solas ⁽¹⁴⁾.

Los tipos de hogares en que viven los ancianos están determinados, sobre todo, por dos factores: la mortalidad diferencial entre los sexos y los patrones vigentes de cohabitación entre familiares, especialmente los

(14) Nótese que gran parte de nuestro análisis depende de la definición "jefe de hogar". En los censos argentinos es jefe de hogar la persona designada como tal por el/los miembros del hogar que contestan el cuestionario censal, los que supuestamente reflejan la opinión consensual de todos los miembros.

Cuadro 2
Argentina. Distribución de la población de 65 y más años por sexo, relación con el jefe de hogar y tipo de hogar, 1980.

Tipo de hogar y relación con el jefe	Población de 65 y más años		
	Total	Hombres	Mujeres
Unipersonal	12.0	9.3	14.0
jefe	11.9	9.3	13.9
servicio doméstico	0.1	0.0	0.1
Nuclear	35.7	47.0	26.9
jefe	23.8	45.9	6.6
cónyuge	11.8	1.1	20.2
servicio doméstico	0.1	0.0	0.1
Extendido	43.1	34.3	49.9
jefe	11.5	20.6	9.9
cónyuge	3.8	0.5	6.4
padres/suegros	17.3	8.1	24.4
otros parientes	7.4	5.1	9.1
servicio doméstico	0.1	0.0	0.1
Compuesto	9.2	9.4	9.2
jefe	3.9	5.2	2.9
cónyuge	0.8	0.1	1.3
padres/suegros	1.2	0.7	1.6
otros parientes	0.6	0.5	0.7
otros no parientes	2.7	2.9	2.6
servicio doméstico	0.0	0.0	0.1
Total			
jefe	54.1	81.0	33.3
cónyuge	16.5	1.7	27.9
padres/suegros	18.4	8.8	26.0
otros parientes	8.0	5.6	9.8
otros no parientes	2.7	2.9	2.6
servicio doméstico	0.3	0.0	0.4

Fuente: Knallinsky, M. y Pantelides, E.A. 1988 " Tercera Parte: La encuesta a ancianos no institucionalizados" en Pantelides E.A. (editora) *Servicios sociales para la tercera edad en el Aglomerado del Gran Buenos Aires*, Informe final, Tomo I, CENEP, Buenos Aires.

referidos a padres-hijos. Pero actúan también otros factores tales como las diferencias de edad entre los esposos, los niveles de fecundidad y de mortalidad, las pautas de espaciamiento de los nacimientos, la edad media al matrimonio y a la maternidad. Así se determinan, para cada cohorte, la probabilidad de que un esposo sobreviva a otro, de que los hijos sobrevivan a sus padres, de tener hermanos y de que éstos estén vivos, etc. y, por lo tanto, el tipo de arreglo hogareño "disponible" para una determinada persona. La información hasta aquí analizada no dice mucho sobre el rol de la familia en el cuidado y atención de los ancianos. Solamente dice algo sobre con quién suelen vivir éstos. Cuando viven en hogares extendidos (como es el caso de más de un tercio de los hombres y la mitad de las mujeres según el censo de 1980) podemos suponer, con cierta seguridad, que lo hacen con sus hijos casados y quizás nietos, o con sobrinos (extensión vertical) o con sus hermanos o primos (extensión horizontal). En la misma situación estarían los que viven en hogares mixtos que tienen como base una familia extensa. De aquellos que viven en hogares nucleares, algunos están todavía viviendo con el cónyuge y/o los hijos solteros, y lo mismo sucede con los que viven en hogares mixtos con base en una familia nuclear. En total, la mayoría vive con parientes cercanos. Si de la población de 65 y más años de cada sexo restamos los que viven solos, los que son servicio doméstico, los que aparecen como no-parientes del jefe de hogar y los jefes de hogares que sólo incluyen no-parientes, encontramos que 86.5 por ciento de los hombres y 81.8 por ciento de las mujeres viven con parientes.

Respecto a la provisión concreta de ayuda a los ancianos, en la encuesta realizada por el INSSJP y la OPS, se preguntaba a los ancianos si tenían quien los ayudara en sus actividades diarias y quien los cuidara en caso de enfermedad. Aunque la información que presentamos sólo se refiere a la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, nos parece ilustrativa de la situación general.

Las respuestas a ambas preguntas son bastante similares, pero difiere según el sexo del anciano. En ambas localidades mayor proporción de

mujeres que de hombres declaran no tener nadie que los ayude. En el extremo, casi un quinto de las mujeres del Gran Buenos Aires dan esa respuesta (cuadro 3).

Entre aquellos que sí tienen quien los ayude, los hombres mencionan en primer lugar al cónyuge como fuente de ayuda; las mujeres mencionan en primer lugar a las hijas. Los hombres mencionan a los hijos con igual o parecida frecuencia que a las hijas, pero las mujeres consideran que los hijos varones son la fuente menos frecuente de ayuda, incluso menor que la brindada por personas no emparentadas.

Al analizar estas respuestas debemos tener presente que el hecho de no recibir ayuda de determinado familiar puede responder a razones varias. Una explicación posible es que dicho familiar puede no existir: el anciano puede no tener cónyuge, hijos, etc. De hecho esto último explica por qué los hombres son ayudados por sus cónyuges en mayor medida que las mujeres. Sin embargo, si se comparan poblaciones con tasas de fecundidad, nupcialidad y mortalidad similares, la probabilidad de que las personas de un determinado sexo lleguen a una determinada edad con cónyuge y/o hijos vivos debería ser aproximadamente la misma en todas ellas. Por otro lado, la probabilidad de que los hijos sean varones es algo menor que la probabilidad de que sean mujeres desde aproximadamente la edad de 15 años en las áreas urbanas de Argentina. Aunque al llegar una persona a los 60 años la probabilidad de tener hijas vivas es algo mayor que la de tener hijos vivos que puedan cuidarlos, esa diferencia no es lo bastante grande como para explicar los datos del cuadro 3 en lo relativo al rol de los hijos varones. Se trata, sin duda, de una pauta cultural que establece que las hijas son las encargadas de velar por sus madres ancianas. Por sus padres velan sus madres, que tienen una alta probabilidad de sobrevivir a sus maridos. El rol de esposos e hijas respecto al anciano varón es la otra cara de la mujer y la vejez. El cuidado está depositado sobre la rama femenina de las familias, ya sea por imposición de las leyes de la mortalidad diferencial por sexo (aumentadas por la diferencia de edad entre los esposos) o por la asignación social de roles. Muchas mujeres adultas se ven apretadas en el

Cuadro 3
Capital Federal y Gran Buenos Aires. Distribución de los encuestados
según quién los ayuda en las actividades diarias

Edad	No tiene quien lo ayude	Persona que lo ayuda						TOTAL	Número de casos
		Cónyuge o pareja	Hijo	Hija	Otro familiar	No familiar	N.s. o N. r.		
CAPITAL FEDERAL									
HOMBRES									
60-64	2.1	83.2	6.3	0.0	4.2	2.1	2.1	100.0	48
65-69	12.2	68.3	7.3	2.4	4.9	4.9	0.0	100.0	41
70-74	22.7	68.3	0.0	0.0	4.5	4.5	0.0	100.0	22
75-79	10.0	70.0	5.0	5.0	10.0	0.0	0.0	100.0	20
80 y +	5.0	35.0	5.0	25.0	5.0	25.0	0.0	100.0	20
Total	9.3	68.8	5.3	5.3	5.3	5.3	0.7	100.0	151
MUJERES									
60-64	13.0	29.0	5.8	29.0	10.1	13.0	0.0	100.0	69
65-69	16.9	18.6	5.1	30.5	16.9	11.9	0.0	100.0	59
70-74	18.0	18.0	6.0	30.0	20.0	8.0	0.0	100.0	50
75-79	15.6	18.8	9.4	28.1	28.1	0.0	0.0	100.0	32
80 y +	12.9	16.1	3.2	29.0	22.6	16.1	0.0	100.0	31
Total	15.4	21.2	5.8	29.5	17.8	10.4	0.0	100.0	241
GRAN BUENOS AIRES									
HOMBRES									
60-64	12.1	62.6	7.1	9.1	6.1	1.0	2.0	100.0	99
65-69	6.4	69.2	5.1	9.0	7.7	2.6	0.0	100.0	78
70-74	12.5	46.8	14.1	12.5	9.4	4.7	0.0	100.0	64
75-79	8.9	53.0	8.8	14.7	8.8	2.9	2.9	100.0	34
80 y +	10.5	21.1	5.3	31.6	31.5	0.0	0.0	100.0	19
Total	10.2	57.1	8.2	11.9	9.2	2.4	1.0	100.0	294
MUJERES									
60-64	20.0	33.3	6.7	26.7	10.0	3.3	0.0	100.0	120
65-69	20.9	20.9	5.8	30.3	14.0	5.8	2.3	100.0	86
70-74	18.5	14.8	13.6	35.9	12.3	4.9	0.0	100.0	81
75-79	19.5	12.2	2.4	29.3	22.0	14.6	0.0	100.0	41
80 y +	13.5	2.7	8.1	27.1	32.4	16.2	0.0	100.0	37
Total	19.2	20.8	7.7	29.9	15.1	6.8	0.5	100.0	365

Fuente: Knallinsky, M. y Pantelides, E.A. 1988 "Tercera Parte: La encuesta a ancianos no institucionalizados" en Pantelides E.A. (editora) *Servicios sociales para la tercera edad en el Anglomerado del Gran Buenos Aires*, Informe final, Tomo I, CENEP, Buenos Aires.

llamado "generational squeeze": cuidar a los padres cuando todavía están cuidando hijos y/o cuando se encuentran aún trabajando. Muchas mujeres se encuentran en la necesidad de cuidar a sus esposos cuando ellas mismas ya son ancianas.

6. COMENTARIOS FINALES

Ha quedado claro que la población anciana Argentina tiene ya una presencia numérica importante y un peso poblacional significativo. Si bien el proceso de envejecimiento, muy acelerado en las cuatro últimas décadas, seguirá a un ritmo más lento, la composición interna de esa población la hará cada vez más "problemática" pues estará más concentrada en edades más avanzadas.

La temática del envejecimiento atañe especialmente al sexo femenino, no sólo por ser amplia mayoría en esa etapa de la vida: en las edades avanzadas los problemas de salud se hacen críticos, y a ellos se les suma la soledad (ya que normalmente las mujeres le sobreviven a su cónyuge varios años) y/o la escasez de recursos económicos.

Por último, la mayoría de los ancianos viven con parientes, pero es significativa, y en aumento, la proporción de los que viven solos.

14. COMENTARIOS ACERCA DE SALUD Y ENFERMEDAD EN LA TERCERA EDAD

Dr. Juan C. Rocabruno Mederos
Grupo Nacional de Gerontología y
Geriatría de Cuba

SALUD - ENFERMEDAD EN LA TERCERA EDAD

Un aspecto crítico de la atención de salud en los ancianos referido al concepto salud-enfermedad, puesto que los criterios establecidos para el resto de la población, no se ajustan a este grupo e incluso pueden ser discriminatorios y originan evaluaciones erróneas, cuyas repercusiones de política de salud pueden ser negativas; sobre todo en países que como Cuba se encuentran en plena transición epidemiológica y por tanto deben enfrentar el resto que representa proveer a los ancianos de lo necesario para satisfacer sus crecientes demandas de servicios sociales y de salud con eficiencia y eficacia y en las actuales condiciones económicas en que se encuentran los países en vías de desarrollo.

EL PROBLEMA BASICO DE COMO MEDIR SALUD EN LOS ANCIANOS

Medir salud en los ancianos es medir resultados de diversas variables de carácter biológico-psicológico y social, establecidas en edades muy tempranas y entre las cuales se encuentran interactuando la información genética adquirida de sus progenitores, los errores acumulados, como por ejemplo: la nutrición, y que ejercen su influencia en períodos de vida tan tempranos como la etapa de gestación y niñez, y de las cuales es realmente víctima; las enfermedades que a lo largo de su vida le impone el

azar y el estilo de vida que adopte en la adultez en relación a hábitos y costumbres nocivas de lo cual puede considerársele culpable.

A estos aspectos de carácter individual, se agregan las condiciones socio-culturales, económicas y tecnológicas de la sociedad en que viva, en relación al lugar que ocupa en ella.

Podemos concluir por tanto, que la salud de los ancianos queda establecida por edades previas a los 60 años.

Parece entonces arriesgado pretender medir salud en los ancianos mediante el empleo de los indicadores habituales al efecto (vg. morbilidad y mortalidad) y más aún, si conocemos que aunque "envejecimiento y enfermedad" no son sinónimos al arribar a la tercera edad los individuos, en correspondencia con su pasado, exhiben una serie de deficiencias e incapacidades que pueden limitar su desempeño.

En Cuba, un grupo de investigadores, formado por gerontólogos, geriatras y psicólogos, han enfrentado el problema a través del enfoque de medir salud en los ancianos a partir de informaciones sobre los aspectos impuestos por la vida cotidiana y sus capacidades de desempeñarse para resolverlos; se pretende así evaluar el estado general de funcionamiento de las personas ancianas (lo que consideramos razonable medio de salud), mediante un cuestionario que en su conjunto permite explorar el grado de autonomía-dependencia de esta población e intenta en cada una de sus partes profundizar en aquellas áreas de problemas de importancia, por su impacto en los patrones de vida de dicha población.

QUE OBJETIVOS DEBEN CONSIDERARSE COMO PRINCIPALES PARA MEDIR SALUD MEDIANTE LA EVALUACION DE AUTONOMIA

Los objetivos que consideramos como principales para medir salud a través de evaluación de autonomía, son similares a los que se proponen los gerontólogos en los estudios de la epidemiología del envejecimiento.

- Profundizar en el conocimiento de las causas de la vejez.
- Descubrir la distribución y la amplitud de los problemas patológicos que afectan a los ancianos.
- Establecer las interacciones que ocurren durante el envejecimiento.
- Disponer de los datos esenciales para la planificación, puesta en marcha y evaluación de las intervenciones médico-sociales y los servicios para ancianos.

Es de capital importancia tener bien definidos estos objetivos, aún cuando en el transcurso del trabajo operativo se han de confrontar múltiples dificultades, como es por ejemplo: la referida a la definición del término, pues mientras para unos autonomía significa "capacidad de poder actuar y determinar su régimen de vida"; otros la relacionan más con la autodeterminación, otorgarle al validísimo mayor carácter de morbilidad y para un tercer grupo en el cual nos incluimos es una medicina de salud y bienestar en la vejez.

CUALES SON LAS REPERCUSIONES DE UN ADECUADO ENFOQUE DEL PROBLEMA

Medir salud, en términos de "capacidad funcional" proporciona diversas ventajas, una de ellas es como bien plantea el profesor Michael Davis: ...permitir una razonable planificación de los servicios de salud, a partir del conocimiento de necesidades sentidas y no sentidas por esta población y

que constituyen las bases de sus demandas de servicios sociales y de salud; basándose por tanto, en los resultados de los estudios epidemiológicos de autonomía. Cada país o regiones disponen de la información necesaria para, acorde al grado de funcionabilidad adoptar las decisiones que satisfacen estas demandas.

Asimismo, en lo individual los profesionales que trabajan con ancianos obtienen una información particular sobre cada paciente en las que se basan sus decisiones e intervenciones, finalmente los estudios de autonomía permiten evaluar el impacto de las intervenciones sociales y de salud efectuadas, tanto individual como colectivamente.

La experiencia cubana a partir del trabajo del grupo de autonomía, en coordinación con los médicos de familia de los municipios de Ciudad Habana, ha demostrado la validez de estos criterios, ha permitido ensayar soluciones a la diversidad de problemas presentes en esta población; ofrecemos opciones varias cuyo propósito final es lograr mantener al anciano el mayor tiempo posible en el seno de la familia y la comunidad, preservando al máximo la calidad de vida.

15. TEORIA SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO

Lic. María Julieta Oddone
Centro de Estudios e Investigaciones
Laborales - CONICET
Buenos Aires, Argentina

Los planteos teóricos de la sociología que han orientado el estudio del envejecimiento buscan el punto de articulación en la función de las generaciones en los procesos centrales de la sociedad (producción/consumo), se basan en la trayectoria individual del ciclo de vida (rol) o recuperan el contexto afectivo de las relaciones familiares y de relación en que tanto los procesos globales como las historias individuales se concentran (familias/redes de relaciones).

Brevemente, presentaremos los elementos de cada enfoque teórico y trataremos de ver en que manera, estas teorías cobran importancia en la explicación o influencia en los procesos sociales ligados a la vida cotidiana de los mayores.

La teoría del "descompromiso" deriva del funcionalismo estructural de Parsons. Con amplia repercusión, fue elaborada por Cummings y Henry en 1960, postula que en la vejez se establece una suspensión del contrato mutuo entre el individuo y la sociedad, seguido de una disminución de la actividad social en la vejez.

La separación es una respuesta preventiva al trauma que sufre la sociedad con la muerte de cada uno de sus miembros, para reducir ese impacto, el individuo decide hacer una experiencia menos destructiva, favoreciendo a la sociedad comenzando por una muerte social, por etapas en un proceso preparatorio no tanto para el individuo como para la

sociedad de esa separación final. (vejez=antesala o preparación para la muerte).

La separación o el descompromiso es una adaptación anticipatoria no intrínsecamente evolutiva de la pérdida de interés que la sociedad tiene en los ancianos. Dado que la sociedad no querrá más al anciano éste contraerá sus intereses afectivos como manera adaptativa antes que se produzca el rechazo. En síntesis: la persona rechaza a la sociedad anticipando el rechazo que la sociedad hará contra él.

Dado que los pares del anciano comienzan a morir, el mundo social del anciano se reduce, por lo que éste no tiene otra alternativa que aproximarse a los más jóvenes, pero como éstos lo desvalorizan en tanto factores humanos sin realidad futura lo marginan y, el anciano se repliega en sí mismo.

El descompromiso, refleja entonces, un fracaso en las relaciones intergeneracionales, siendo la forma más aguda de discontinuidad generacional.

Se define como inevitable, mutuo (entre la sociedad y el individuo), universal (para todas las culturas) y es intrínseco (parte del desarrollo evolutivo del hombre).

Significa un incremento de la interioridad - la inmersión del anciano en sus vivencias internas- lo que produce un cambio de la conducta instrumental operativa pasando a una más socio afectiva centrada en el yo.

Serían conductas de tipo contemplativas, reflexivas, puede ser un período de gran productividad espiritual.

La teoría presume que ese descompromiso representa de hecho una etapa de liberación humana, en tanto, que por primera vez en la vida de la persona puede estar consigo misma sin presiones externas. Formula también que para el anciano es bueno y sano separarse de la sociedad.

Se comprueba la normatividad de la teoría empíricamente con los conceptos de:

- satisfacción de vida: gratificaciones de las condiciones del entorno, orientación pesimista o no, forma de alcanzar objetivos de vida, etcétera.
- felicidad: gratificaciones a partir de otros significativos, principalmente miembros de la familia.
- moral: entereza de espíritu, la capacidad de enfrentar los embates de la vida sin sentirse vencido.

Hay una correlación significativa entre salud y satisfacción y felicidad. A mayor educación mayor felicidad y satisfacción.

La presente teoría permanece como andamiaje conceptual en razón de que no pudo ser demostrado empíricamente que: a mayor descompromiso de la sociedad mayor satisfacción de vida.

Tales teorías -de alcance medio- que se insertan en el contexto de los paradigmas de otras teorías, en este caso: el funcionalismo estructural de Parsons no han podido ser "testeadas" en la práctica, vale decir, no han podido ser demostradas empíricamente (Monk, A.).

Si bien, la teoría del descompromiso no ha podido ser demostrada en la práctica en su fundamentación más pura; como andamiaje conceptual, ha logrado obtener un carácter normativo en marcos conceptuales utilizados para la toma de decisiones de política social en relación a personas de mayor edad.

Esta influencia puede ser analizada y comprobada en la esfera del ámbito laboral. Schein en el capítulo denominado "Las etapas y las tareas del ciclo de vida biosocial", de su libro Dinámica de Carrera Empresarial, toma para definir dichas etapas del ciclo de vida laboral, la concepción de la teoría del

descompromiso, en particular, en lo referente al proceso de envejecimiento de los trabajadores y en relación a sus sentimientos, la transmisión de la cultura organizacional, el retiro y la prejubllación.

Desde los cuarenta y cinco o cincuenta años, hasta el retiro, las definiciones son:

"enfrentarse con la vejez, la dependencia y la muerte"...,

"Un período de estabilidad relativa, pero lleno de preocupaciones sobre la terminación del tiempo y el deterioro corporal, frente a este asunto por conformar, la tarea específica es: "ajustarse a un declinamiento general en la sociabilidad y a un retiro hacia sí mismo y los esquemas bien establecidos". "Evitar los temas y los asuntos cargados emocionalmente y aprender a ser abuelo".

A partir de los sesenta años, y hasta la muerte, los asuntos generales a tratar serían:

- enfrentar el retiro ocupacional
- un período de transición e incertidumbre debido a cambios en las funciones corporales y mentales, así como en los roles sociales
- enfrentar la salud y las capacidades declinantes y la preocupación interna que esto produce, ajustarse a la muerte del cónyuge,

Las tareas específicas, para esta situación son:

Ajustarse al status y roles de trabajo reducidos; aceptar el hecho de que el retiro y los roles reducidos son al fin y al cabo un reflejo de las capacidades y motivaciones propias ahora reducidas.

Ajustarse a creciente introversión y a comunicaciones reducidas con el mundo externo.

Ajustarse a un reducido estándar de vida y enfrentarse con nuevos problemas financieros, etcétera.

La incorporación de la teoría del descompromiso a la composición del desarrollo de carrera empresarial ligada obviamente al proceso de envejecimiento que implica el ciclo de vida, implica sin embargo, que un trabajador maduro, dentro de la cultura organizacional, no esté ya en condiciones de incorporar dicha cultura, sino en situación de transmisión de la misma y en proceso de desenganche o descompromiso. Esta conceptualización en los hechos implica que: los trabajadores de mayor edad sufran mayor tiempo de desempleo cuando pierden su trabajo, se invierta en ellos menor capacitación como en el caso de Argentina signifiquen el 54% de los trabajadores por cuenta propia (Oddone 1992).

La teoría del intercambio, sea quizás la más reciente de las teorías sobre el envejecimiento. El tema de intercambio ha sido analizado desde diferentes posiciones o perspectivas.

La "exchange theory" una de ellas postula que:

"...la interacción entre individuos o colectividades puede caracterizarse como intentos de maximizar recompensas (tanto materiales como no materiales)" (Knipe, 1971).

Así expresada, toda interacción social es el producto de un intercambio y de una interacción que se mantiene en la medida que signifique una recompensa, pero siempre conlleva un costo.

Los costos se refieren ya sea al valor negativo del displacer experimentando en el proceso de obtención de una recompensa o al valor positivo o asociado con un curso de acción alternativo que se torna para perseguir la actividad recompensadora elegida.

Al igual que en el intercambio económico, el beneficio que uno obtiene del intercambio social es el equivalente a la diferencia entre recompensas menos costos. (Homans, 1961).

Los actores comprometidos en un intercambio de comportamientos continuarán su intercambio sólo en tanto que perciban que este intercambio es más beneficioso que costoso.

Otro de los postulados de esta teoría se funda en el concepto de poder y éste se deriva de desequilibrios en el intercambio social. El poder aquí es equivalente a la dependencia de un actor (A) con respecto al (B).

Llevados estos postulados básicos de la teoría del intercambio a un análisis de las relaciones de intercambio entre anciano y sociedad aquel "que maneja los servicios que otros necesitan y es independiente de ellos, obtiene poder sobre los otros al hacer que la satisfacción de sus necesidades dependan de su arbitrio" (Blaw, 1964).

La complacencia del socio dependiente en el intercambio se transforma así en una fuente importante de recompensas, continuas de los otros socios en la interacción. Así para Blaw, la mayoría de la vida social es "un intrincado intercambio en el que cada participante se aproxima o se retira según pautas que suman o restan en este almacén de poder y prestigio.

Cada uno acumula, por el uso de favores y servicios un crédito de poder que luego invierte en otras transacciones" (Bierstedt, 1965).

Tal teoría expresada por Dow - al proceso de envejecimiento- trata de explicar las razones de la decreciente interacción social en la vida diaria de los ancianos.

Tratando de separar los acontecimientos como, los problemas de salud, la disminución del ingreso y la pérdida del cónyuge que producen limitaciones objetivas en la interacción social, esta versión del intercambio

intenta explicar la dependencia cada vez mayor del individuo anciano en su pérdida de poder con respecto a los otros sectores sociales, quedando de acuerdo a esta perspectiva como única alternativa de respuesta para los ancianos tan sólo "el complacer".

Esta concepción de la relación de poder, desfavorable para los ancianos, en el intercambio entre anciano y sociedad se manifiesta en primer lugar en la interpretación dada a la jubilación o retiro obligatorio.

"La institucionalización del retiro (jubilación), donde el trabajador anciano es (obligatoria -y con frecuencia involuntariamente-) retirado de la fuerza de trabajo fue una resultante obligada. Para legitimar este retiro forzado como un intercambio equitativo, al anciano le fueron permitidas un rango mucho más amplio de conductas desviadas, el "rol de la persona anciana retirada en nuestra sociedad prescribe una mayor libertad, para desviarse de las expectativas normativas basadas en la ética del trabajo. En efecto la sociedad intercambia tiempo de ocio (y el costo financiero adicional) por posiciones adicionales en la fuerza de trabajo". (Dowd, 1980)

La jubilación -en este enfoque- es vista como pérdida y no como conquista social. No pertenecen al sistema productivo y por lo tanto la utilización personal o social del tiempo libre es visualizado como una conducta desviada al sistema social (orientado hacia el trabajo) y por ende los ancianos son marginales a las funciones centrales de la sociedad.

Las opciones que quedan a los ancianos como alternativa a tal situación de "desbalance" son descritas por Emerson (1962).

Pero pensamos que el punto más interesante de este análisis teórico se encuentra en la manera como resuelve la institucionalización de las relaciones de intercambio (Martín, 1971).

... "más bien es la dependencia económica y social de los ancianos -legitimada por persistentes normas sociales que señalan muchas conductas referidas a la edad adulta como inapropiadas para aquellos que han alcan-

zando una cierta edad- lo que es fuente de poder de la sociedad" (Dowd, 1980)... debido a que el hecho de que la mayoría de los individuos tienen suficientemente internalizadas las normas sociales que especifican a instituciones (tales como el retiro o jubilación) como legítimas al espectro del poder de sanción de la sociedad raramente se efectiviza. Pero en las relaciones individuales entre los viejos y otros grupos de la sociedad, el poder es usado.

Desde esta perspectiva del **intercambio**, los problemas del envejecimiento son esencialmente problemas de disminución de recursos de poder. (Se entienden por recursos de poder: dinero, conocimiento, persuasión y posición social).

"Un intercambio frecuente en el que entra la mayoría de las personas de edad es el de su posición en la fuerza de trabajo a cambio de una promesa de sostenimiento económico y social en forma de seguridad social y Medicare.

O la mujer viuda, viviendo de sus hijos casados puede ser requerida a intercambiar complacencia a cambio de casa y comida".

Como vemos la característica instrumental de esta perspectiva de la teoría no puede incluir en sus postulados los intercambios generacionales ni el elemento más simbólico del intercambio que incluye el amor, además del favor, la reciprocidad y el "timing".

Al no ver esta característica cultural y antropológica del intercambio las relaciones sociales se van definiendo a medida que se pierde poder hasta que sólo queda como "moneda social" (a los ancianos) -la obediencia y complacencia- su no existencia como ser social.

Retomando el tema de la legitimización del poder que detenta la sociedad sobre los ancianos, tal proceso es explicado (Blaw, 1964) dada la envidiable posición que tiene ésta al ser la proveedora unilateral de servicios por lo que de esta manera obtiene complacencia y obediencia en cantidad y voluntad.

Esto se impone debido a la función legitimadora de las normas sociales. La conducta de las personas de edad es gobernada y restringida en forma adicional por el poder de sanción de sus pares.

He aquí el nudo del asunto, este intercambio es interesante en tanto que ilustra sobre la doble atadura que los grupos menos poderosos o marginales enfrentan cuando el poder es apoyado por normas sociales.

Estos sufren sanciones no sólo por los grupos que detentan el poder sino también por miembros de sus propios grupos. (Mulkay, 1971) explica: "Cuando el poder resulta mediado a través de normas legitimadoras, el proceso de intercambio resulta crecientemente complejo e indirecto. Antes que el poder haya sido reconocido como legítimo hay un relativamente directo intercambio entre personas de alto y bajo status. Aquellos con alto status proveen servicios valiosos mientras que aquellos con bajo status responden con estima y obediencia. Una vez que el poder es apoyado por normas sociales, sin embargo, un nuevo tipo de transacciones se desarrolla entre subordinados. Ahora los subordinados reciben aprobación de sus pares, tanto como de sus superiores, o por obedecer las directivas de aquellos que reciben autoridad. El acto de obediencia no es tan sólo el medio de recompensas a los superiores por valiosos servicios, este acto es también un pedido de aprobación a la colectividad en general. Estas transacciones con pares introducen adicionales presiones por obediencia. Ellas presionan a los individuos con tendencias a resistir directivas particulares a obedecer bajo riesgo de no ser aprobado por sus pares o colegas".

Reside aquí el nudo de esta teoría. Dowd afirma:

"La presión de sus pares, junto con el tremendo costo incurrido en el caso de continuar comprometido, ofrece una posible explicación acerca de porqué algunas personas viejas parecen resignarse a- e incluso reciben de buen grado-aceptar la oportunidad de descomprometerse.

A causa de sus limitados recursos de poder, el costo de continuar com-

prometido -esto es el costo en obediencia y autoestima- crece constantemente. Finalmente se llega a un punto más allá del cual los costos adicionales se transforman en prohibitivos. Este es el fenómeno del descompromiso."

Pero el descomprometerse según estos autores, del mercado laboral implica el necesario y "automático" mayor compromiso con otras instituciones de la sociedad (Carp, 1968). En la medida que disminuye el intercambio en la principal esfera del trabajo aumenta con la familia.

Tal incremento, implica para los ancianos establecer una nueva dependencia que lleva nuevamente al círculo de relaciones de intercambio "desbalanceadas y desfavorables" para ellos -obviamente si no logran balancearlos a su favor-, con alguna de las cuatro operaciones mencionadas.

En síntesis, la teoría del intercambio, tal como la define Dowd, a partir de Homans, es una perspectiva que visualiza la interacción social como a un intercambio de recompensas entre dos actores sociales (sean individuos o grupos). De modo similar a las transacciones económicas de dinero por bienes y servicios, lo que cuenta en el intercambio social es que el "dinero manda". Cualquiera que sea la parte que en la relación de intercambio posea el mayor grado de poder social -como ocurre con el dinero- es la parte capaz de controlar la tasa de intercambio y la distribución de recompensas o, provechos entre las partes del intercambio.

Llevado este esquema a la vejez predice grados variables de interacción y compromiso -para esta etapa de la vida- dependiendo del relativo poder de los ancianos con respecto de las fuentes de recompensa, y donde el miembro más poderoso dicta los términos de la relación. Estos teóricos (Emerson, 1972) visualizan como limitación de tal esquema de análisis, la incapacidad de predecir cual de las cuatro operaciones de respuesta (retiro, extensión de redes, otorgamiento de status o formación de coaliciones) va a ser adoptada en cada caso.

Dowd se inclina a definir como la más potable para solucionar el desbalance de poder de los ancianos en la sociedad, la denominada formación de coaliciones, erigirse como grupo de presión, pero cree que los ancianos -como grupo marginal- aún no tienen conciencia de sus problemas económicos y sociales.

Tal como lo expresa la teoría del intercambio, las relaciones entre los actores es netamente instrumental. Los sujetos establecen relaciones pautadas en un cálculo que maneja costos y los beneficios que puede acarrear dicha interacción, suponiendo de que un pago a cambio de los bienes y servicios recibidos u ofrecidos será recibido o efectuado en el futuro.

Así expresada toda relación o interacción social es un acto de intercambio de bienes o servicios dentro de un cálculo optimizador. El manejo de las relaciones sociales con situaciones de poder, donde el individuo, institución o sociedad con mayores recursos de poder exige complacencia de los otros miembros más dependientes en tal relación de intercambio. Mecanismo que se repetirá constantemente en las diversas esferas en las que interactúa un individuo a lo largo de su historia y en el curso de su vida con marcada disminución a medida que avanza en edad.

Es difícil evaluar aquí, el punto óptimo de costo o beneficio en que incurre cada participante en la interacción. Un punto crítico en esta teoría, se podría visualizar en la reducción de cada interacción a un "acto comercial" quedando fuera de este análisis la dimensión efectiva y simbólica de las relaciones sociales, así como, reducir todo status social al ámbito del sistema productivo, enmarcando la utilización del tiempo libre y el desarrollo de la vida cotidiana dentro del ámbito de las "conductas desviadas".

Desde nuestro punto de vista y en contraposición a tal concepción buscamos obtener herramientas conceptuales más comprensivas desde una visión totalizadora del problema de los ancianos, centrando la atención en el desarrollo de la vida cotidiana de los mismos.

En esta vida cotidiana, las unidades familiares a fin de lograr sus objetivos, mantienen redes de reciprocidad y ayuda mutua que se expresan en intercambios, con parientes, vecinos y amigos, que coadyuvan en la realización de tareas ligadas al mantenimiento de sus miembros (Lomnitz). Donde el amor y la obligación moral forman parte de tales intercambios.

Pensamos que hay mucha evidencia empírica al respecto, que buena parte de estos intercambios dentro de las redes de familia, allegados directos, amistad y vecindarios no son recíprocos (Ramos, 1982).

Puede alegarse, obviamente, que la reciprocidad no puede ser esperada de cada interacción en sí misma y que las partes pueden esperar un balance en largo plazo, o aun en el ciclo de vida de los familiares, entre generaciones. Pero estos alegatos apelan a una tautología para sostener a toda costa una estricta concepción "mercantil" del intercambio. Dentro del círculo de las relaciones familiares (especialmente las que unen a ascendientes y descendientes) el peso de la obligación moral -reforzada por la expectativa social- y el afecto constituyen elementos desequilibrantes de la expectativa de reciprocidad (la proporción de éstos en la determinación de las conductas no es fácil de evaluar aún en casos concretos y en todo caso se trata de elementos culturales que escapan al objetivo de esta investigación).

Obviamente estos sentimientos son puestos a prueba por las condiciones materiales de existencia (ingresos, vivienda, salud) y generan tensiones al interior de estos sistemas. (Pensamos que las políticas públicas deben tener en cuenta ambas fases del problema, la existencia de estas redes y las tensiones a que están sometidas). En la ancianidad, las unidades familiares han superado la fase de "reproducción biológica y social" ⁽¹⁾.

Las caracterizaremos con el concepto de "reemplazo" ⁽²⁾ pero esto no implica que tales unidades familiares no mantengan redes de reciprocidad y ayuda mutua con parientes, vecinos y/o amigos, sino más bien ellas son favorecidas y se prolongan a lo largo del ciclo vital hasta la culminación del

núcleo -sucesivas separaciones y muertes- y aún más allá, con pleno contenido simbólico expresado por ejemplo en el "culto a los muertos", como parte de la reproducción cotidiana y la preservación de la vida de sus miembros.

Definiremos tales redes como: "aquellas que se establecen entre parientes, vecinos y amigos a fin de intercambiar bienes y servicios que hacen a la organización de la vida cotidiana de los miembros y/o familias partícipes de tal red" (Ramos, 1982).

El acceso a la jubilación y más servicios sociales, ha favorecido en nuestro medio la independencia de los ancianos con respecto a sus familias, en cuanto a su autoafirmación y/o mantenimiento en su propio hogar.

A simple vista pareciera que la familia nuclear es la figura generalizada.

Pero en el curso de nuestra investigación, observamos que las necesidades socio afectivas e incluso materiales que se expresan en bienes y servicios son satisfactorios a través de este sistema de redes, de allí que la familia nuclear pura no exista en nuestro medio en tanto se dan formas de familia extensa modificada, ampliada y casos claramente individualizados de familia sustituida con el aporte de amigos y vecinos.

(1) Reproducción biológica que en el plano familiar significa tener hijos y en el social se refiere a los aspectos socio demográficos de la fecundidad.

Reproducción social: tareas productivas dirigidas al mantenimiento del sistema social.

(Edholm, Harris y Young 1977).

(2) Reemplazo: Núcleos en que todos los hijos han migrado o se han casado o son potencialmente aptos para migrar o casarse. Categorización propuesta por Senilia Casas en: Economía y Dominación en una comunidad indígena colombiana en Estudios Latinoamericanos. Vol. 1 No. 3 - 1971.

Tales redes de reciprocidad -en especial en la ancianidad- cumplen funciones de seguridad social y protección, lo que da a los ancianos un cierto margen de estabilidad y seguridad, en particular, en un momento en que las continuas pérdidas y la declinación física hacen que la posible ayuda o el poder recurrir a otro se constituya en un recurso organizador de la vida y se convierta en sí mismo en una "estrategia de supervivencia".

Hemos podido observar que las relaciones de parentesco son las que surgen con mayor frecuencia y durabilidad temporal -abarcando un ciclo de vida- pero también son de vital importancia, en muchos casos de ancianos "solos" las redes de reciprocidad vecinales que suplen con frecuencia y eficacia a las parentelas y los servicios sociales comunales.

La dimensión temporal de los intercambios "timing" es tal vez el punto de referencia más importante del enfoque sobre el problema del envejecimiento. Referido al corto o al largo plazo; el primero corresponde a la vida cotidiana ejemplificando en una variedad de situaciones donde la más común sería aquella en que una hija casada deja a cargo de sus padres ancianos el cuidado de sus hijos y en otro momento ella se hace cargo de compras, trámites, etcétera.

En el largo plazo, los llamados intercambios generacionales, donde la ayuda prestada por los padres en el proceso de crecimiento y formación de los hijos es devuelta por éstos como formas de protección en la vejez. Son intercambios normativos y juegan las obligaciones morales: porque son mis padres...", "ellos me criaron..." son las formas más corrientes de explicar el intercambio.

Esta visión en los intercambios no nos permiten meditarlos en valores monetarios o cuantitativos como surge de la "exchange theory" (Homans 1967, Dowd 1980) expuesta más arriba, ya que al ser recíproco e incluir la variable tiempo, lo enmarcan valores normativos, donde en cada acto lo que se intercambia son favores y se pone a prueba la disponibilidad efectiva y afectiva del otro.

Vale el intercambio como vínculo en sí mismo, la misma relación se constituye en un propósito -sea a nivel de conciencia o no- por la necesidad cotidiana o material o por valores y normas sociales concientizados como obligatorios.

Por ello, por esta naturaleza del intercambio no lleva a una situación de "compliance" como única alternativa de espacio social de los ancianos, sino que tales intercambios son el "capital" de los viejos en nuestra sociedad, obviamente, a través de las redes de reciprocidad, constituyéndose estas redes -que exceden a las familiares- en algunos casos la base de seguridad para los ancianos, aunque ello no obvia un cierto grado de conflicto. Tal forma de organización es válida para todos los sectores sociales aunque cambie el contenido de los intercambios.

Las formas de organización de las familias de los ancianos atentos a las redes e intercambios, -y como producto de nuestra investigación- las podemos clasificar de la siguiente forma:

A. La ciudad de Buenos Aires y su conurbano (alta urbanización).

1. Hogar nuclear: Pero redes características de familia extensa modificada. Familias con acercamiento geográfico cercano. Interacción fluida y continua - aún en edificios torre y departamentos.
2. Redes comunitarias, formas de familias sustitutas:
 - 2.1. Espontánea (ej. habitantes de un edificio).
 - 2.2. Institucional.
 - 2.2.1. Espontánea (ej. una institución religiosa que deriva en un sistema de organización para la vejez).
 - 2.2.2. Institucional (ej. clubes para la tercera edad).

B. Comunidad, familias campesinas (áreas rurales).

1. Familia extensa, extensa modificada y troncal (como formas comunes).
2. Familias en reemplazo.
 - 2.1. Con hijos migrantes pero interacción fluida a través de viajes -envío de dinero. (Caso I. Alvear).
 - 2.2. Con crianza de nietos, hijos migrantes. (Caso Santiago del Estero).
3. Sin redes: solución institucional. (Caso peones campo de la región pampeana y golondrinas que por el trabajo solitario, no forman nunca una familia estable y llegan a la ancianidad sin redes).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

HENDRICKS, John, *Aging in Mass Society*, Winthrop Publishers, INC. Cambridge, Estados Unidos, 1981.

LEHR, Ursula, *Psicología de la Senectud*, Editorial Herder, Barcelona 1980.

MONK, Abraham, *The Age of Aging*, Prometheus Books, Estados Unidos. 1979.

MORAGAS, R, *Gerontología social, envejecimiento y calidad de vida*, Herder, Barcelona 1991.

ODDONE, María Julieta, *Ancianidad, contextos regionales y redes de intercambio*, Documento de trabajo No. 27 CEIL CONICET 1991.

ODDONE, María Julieta, *La jubilación del funcionario público*, Rev. Justicia Social, No. 3 Buenos Aires, 1986.

ODDONE, María Julieta, *Empleo y Retiro en el mercado laboral maduro*, Universidad Nacional de Córdoba, 1992.

WILLIAMS, TIBBITS Y DONAHUE, *Processes of Aging* . N. York 1963.

SHEIN, E, *Dinámica de carrera empresarial*, Fondo Educativo Interamericano 1982.

16. LA POBLACION ANCIANA EN AMERICA LATINA

A.S. Lila Bezrukov de Villalba
Centro de Investigaciones Gerontológicas
de Uruguay

Quisiera compartir algunas reflexiones que están relacionadas con factores que inciden en la formulación y la práctica de las políticas sociales en la búsqueda del bienestar social de nuestros pueblos.

Estos aspectos deben ser tenidos en cuenta para el abordaje del tema, su comprensión y transformación y tienen el propósito de estimular esta reflexión sobre el tema que hoy nos convoca.

I. LA INFORMACION SOBRE EL TEMA VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

Poseemos abundante información en el día de hoy, que nos permitirá decir que hay suficientes datos para poner manos a la obra. Disponemos:

- a) El material resultante de la preparación de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de N.U. del 82 y de sus resultados, el Plan de Acción Internacional de Viena o lo que de éste se ha oído derivando por los estudios prospectivos.
- b) El material producido en la primera Conferencia Latinoamericana y del Caribe sobre Gerontología, realizada en 1986 en Bogotá.
- c) Los diferentes estudios comparativos, transculturales, que yo conozco:

- Los cambios del envejecimiento en América Latina de la O.P.S., de 1989.
 - Impactos socio-económicos del envejecimiento en América Latina, promovido por Esther Contreras de Lehr, a quien rindo homenaje.
 - Empresas de voluntarios para ancianos indigentes en países en desarrollo, de Ken Tout.
 - Resultados del simposio sobre perspectivas interculturales sobre el envejecimiento, con la Prof. Dra. Ursula Lehr y el Dr. Alfred Grech, en marzo de este año.
- d) La vejez en América Latina: Necesidad de un programa social. Documento de la Dra. Joey Edwardh, de CEPAL, de 1989.
- e) El material de los censos de población de distintos países de América Latina y el Caribe.
- f) Estudio comparativo internacional del Ministerio Estadounidense de Comercio, fuente: Washington, 1991.

Podríamos decir que ya no tenemos nada más que buscar, que todo está dicho.

II. LOS PRESUPUESTOS

Debemos tener en cuenta que existen presupuestos que están presentes en la definición y delimitación del enfoque del tema.

En cada planteo existen supuestos que surgen del conocimiento, pero también de una determinada concepción del mundo y de las relaciones sociales.

Debemos tomar en consideración estos presupuestos y concepciones tanto como las perspectivas metodológicas, porque no hay una sola perspectiva omnicomprendensiva, por lo tanto, debemos advertir y validar la pluralidad, con los requisitos de coherencia y rigurosidad en cada propuesta.

Debemos, asimismo, diferenciar la perspectiva metodológica de los niveles y estrategias de intervención.

Debemos cultivar una continua formación teórica y epistemológica que nos permita revisar los paradigmas que sustentan nuestras ideas.

Deberemos potenciar un marco conceptual basado en el respeto de las capacidades, potencialidades, responsabilidades y derechos de todos los individuos. Ello va a favorecer el desarrollo y crecimiento individual, alentando soluciones creativas, propuestas que estimulen el sentido de responsabilidad sobre sus vidas.

Todo ello contribuye a estimular a las personas a considerarse a sí mismas como seres autónomos, en el marco de la interdependencia de los diferentes sectores de la sociedad. A la búsqueda de la superación de los límites existentes en cada comunidad para la satisfacción de las necesidades humanas.

Entonces podemos preguntarnos: ¿Estamos planteando el tema correctamente? ¿Lo consideramos un problema, una problemática o un desafío?

Una concepción paternalista, que podía considerarse adecuada en la etapa de bajo índice de envejecimiento poblacional, mantiene respuestas de tipo asistencialista, y se deja de lado la consideración del sistema económico y social que pone límites a la satisfacción de las necesidades humanas, sin encarar las causas de las mismas ni la participación de los propios interesados.

III. CONTEXTUALIZACION DEL FENOMENO DEL ENVEJECIMIENTO

La vejez no existe en el vacío sino que se produce en un contexto histórico y socio-cultural determinado.

Tenemos, por un lado, la explosión demográfica de la tercera edad a nivel mundial.

En este contexto internacional debemos ver la realidad latinoamericana desde sus diversas perspectivas, para aproximarnos más a la complejidad que le es propia, enriqueciéndonos con nuestras diferencias y uniéndonos a través de las semejanzas, como forma de fortalecernos en esta difícil etapa que atravesamos.

Algunos autores señalan que en el umbral del tercer milenio, la región se encuentra en una encrucijada histórica.

Desde el punto de vista político, la región accede a la década de los noventa en un marco más democrático y participativo, aunque con situaciones muy diferenciales entre el Cono Sur y la Sudamérica tropical, Mesoamérica y el Caribe.

Estamos iniciando la última década del siglo XX, instalados en la era científico-tecnológica. Los cambios son muy profundos y requieren transformaciones profundas para acompasar su ritmo.

Cuando se produjo el pasaje de la civilización rural, que estaba centrada en la tierra, a la civilización industrial, que estaba centrada en la fábrica, se requirió de una importante preparación en lo económico, educativo e importantes cambios de mentalidad.

El pasaje a la civilización post-moderna, que está centrada en el conocimiento, nos ha costado y nos está costando muchísimo comprenderla y existen muchas interrogantes aún sin respuesta, en relación a lo que implica este pasaje.

No olvidemos que en América Latina y el Caribe coexisten tres civilizaciones, cuyos ritmos y estilos de vida se acompañan a la dimensión del tiempo de cada una de ellas.

La circularidad del tiempo en la civilización rural, donde el día y la noche tienen límites claros y precisos, son definitorios de las actividades centradas en la supervivencia biológica.

En la civilización industrial el ser humano es considerado un recurso humano que debe adaptarse a la dimensión lineal del tiempo, donde el día y la noche están al servicio de la productividad industrial.

En la civilización científico-tecnológica el tiempo es puntual, y esta nueva dimensión del tiempo y de las comunicaciones, producida por la tecnología, obligada a una adecuación por la que estamos atravesando, con capacidades muy diferentes de asumir la revolución que implica en la vida laboral, cultural, familiar, etcétera.

La pregunta que nos formulamos es si estamos preparados para esta nueva era.

Existen numerosas variables intervinientes a las que no podemos escapar y quisiera señalar solamente dos, a título de ejemplo: la demografía y el medio ambiente, estrechamente relacionados.

El Fondo de Naciones Unidas para la Población, en su Informe sobre la Población Mundial en la década de los 90, nos advierte que el mundo está al borde de lo soportable, ya que la población mundial registra el crecimiento más rápido de la historia.

Concomitantemente, el deteriorado medio ambiente del planeta está sufriendo un proceso de recalentamiento.

La década del 90 será testigo del mayor crecimiento en términos absolutos de la población humana de toda la historia.

Actualmente, tres nuevos habitantes se suman cada segundo a la población mundial, aproximadamente un cuarto de millón al día.

Esto plantea un grave problema especialmente en el contexto de una crisis mundial de alimentos que comienza a insinuarse subrepticamente.

En América Latina, 17 de los 23 países sufrieron un retroceso en la producción de cereales *per cápita*.

En relación al ecosistema, hay una creciente preocupación por el uso racional de los recursos naturales y el medio ambiente, no son nítidamente separables los fenómenos locales de los nacionales o de los mundiales, ya que existen influencias recíprocas entre todos ellos.

La Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo que se realizó en Brasil, dejó claramente en evidencia la gravedad de la situación.

La mayor parte de la contaminación del aire procede de los países industrializados, pero en las naciones en desarrollo, la combinación de pobreza y crecimiento demográfico está contribuyendo a la deforestación y el deterioro ambiental, según lo señaló la Directora Ejecutiva del Fondo para la Población de N.U.

CEPAL está hablando en términos de desarrollo ambientalmente sustentable, en particular en América Latina y el Caribe y la necesidad de avanzar hacia una unidad de criterios dentro de cada país y entre los países de la región.

Los recursos naturales de los cuales dependen los bienes agrícolas, tales como el suelo, el agua, la vegetación, el clima, comienzan a afectar progresivamente la calidad y cantidad de los productos agropecuarios.

En América Latina y el Caribe, cuyas economías se apoyan fundamen-

talmente en la explotación de recursos naturales, muchos de ellos son susceptibles de degradación irreversible.

Es preciso orientar el avance tecnológico, que dinamiza las economías, con el objeto de reducir los efectos negativos o generar otros que sean positivos para el capital natural.

Tenemos que darnos la oportunidad de reexaminar la manera en que los gobiernos y sociedades civiles abordan la tarea de ofrecer un nivel de vida decoroso a sus habitantes, en particular, ubicarnos como países en desarrollo, donde se concentran los porcentajes más importantes de población.

Los estudios prospectivos nos señalan que el 75% de la población mayor de 60 años va a estar en el 2025 en los países en desarrollo. Se suma a este fenómeno el crecimiento con mayor aceleración de los grupos mayores de 80 años y es así que tendremos a México y Brasil con 1 millón y medio y 3 millones y medio de octogenarios para el 2025 respectivamente.

La pregunta que surge es si estamos en condiciones de considerar el impacto que estos fenómenos tienen en el logro de la calidad y nivel de vida de la región.

Por otra parte, en la búsqueda de transformaciones económico-productivas, se prepara el Mercosur.

CEPAL, en los estudios que ha realizado sobre el tema, nos adelanta algunos principios orientadores sobre los que debe sustentarse la transformación productiva:

1. La idea central de la propuesta es la incorporación deliberada y sistemática de progreso técnico, en el contexto de una mayor competitividad internacional, a los efectos de alcanzar niveles crecientes de productividad.

2. El carácter sistémico de la competitividad, caracterizada por redes vinculares, entre otras, de la empresa con el sistema educativo, la infraestructura tecnológica, energética y de transportes, las relaciones entre empleados y empleadores, el aparato institucional público y privado y el sistema financiero.
3. La creación de un clima macro-económico apropiado y estable para la transformación productiva surge como una resultante lógica. Esto es necesario pero no suficiente, sino que deben combinarse con políticas sectoriales.

Al mismo tiempo, estas políticas sectoriales deben estar estrechamente coordinadas e integradas.

Por lo tanto, la planificación debe ser encarada en una línea de humanización de la vida social, política, económica, cultural, y como método riguroso de actualización científica, al servicio del pueblo latinoamericano.

¿De qué forma afectará esto la situación de los ancianos en América Latina y el Caribe?

En este marco general debemos marcar dos aspectos centrales:

- a) Que el área está formada por países con desarrollo histórico, económico y social diferentes, lo que configura una identidad cultural que debe ser conocida, comprendida y preservada, si nos atenemos a la gravitación del entorno en la construcción de la vejez y en el propio proceso de envejecimiento.
- b) Por otra parte, la edad cronológica puede tener menos que ver con la "condición de viejo" que el papel o la función social que el mismo tiene en la sociedad.

Así, el período de vejez puede comenzar a edad tan temprana como los 40 ó 45 años en algunos países en desarrollo en que la esperanza de vida es aún baja, o a edad tan avanzada como los 65 ó 70 años o más, en otros países con mayor esperanza de vida.

En éstos, el período de vejez puede durar de 20 a 40 años más.

Es decir que las personas pasan a diferenciarse cada vez más por el proceso de envejecimiento que desarrollan, así como por la imagen que la sociedad define como anciano, por lo que encontramos cada vez mayores diferencias por la edad, las capacidades funcionales, las expectativas, necesidades y condiciones de las personas que envejecen.

Debemos pues, tener muy presente el carácter diferencial del envejecimiento en cada persona, en cada cultura, además de ser un proceso de continua evolución psicológica y social a lo largo de toda vida.

Nos encontramos pues constatando cada vez mayores diferencias y con grandes dificultades para encontrar similitudes en la región.

IV. TRANSDISCIPLINARIEDAD Y EL VALOR DEL LENGUAJE

La importancia de un enfoque transdisciplinario es fundamental, ya que sería absolutamente imposible abordar de otra forma esta complejidad de situaciones, procesos en constante cambio, y en un período de transición tal, que no podemos llegar a configurar las características de los "viejos" del 2025 sobre la base de los parámetros de los "viejos" hoy.

Por otra parte, el idioma y el sistema lingüístico juegan un papel preponderante en la forma como se concibe el proceso de envejecimiento, y por ende, impregnan nuestra perspectiva y metodología de trabajo.

Es preciso llegar a un sistema lingüístico que se ocupe de las percepciones transdisciplinarias. (Ejemplos: El viejo tiene que sentirse útil; pierde la memoria reciente; los viejos como categoría genérica...) "...Las palabras claves del idioma, los conceptos, se convierten en justificadores, en el sentido de que, al invocarlas, se justifica determinado comportamiento o se produce cierta percepción..."

La forma como se presenta el problema: si se establece como un concepto negativo, desestimula; si se establece como un proceso real, se insta a superarlo (ej.: la pérdida de la memoria).

V. EL SIGNIFICADO DE LAS GENERACIONES Y EL CAMBIO SOCIAL

Otro aspecto que considero de importancia capital es la interrelación estrecha de las generaciones en el entramado social.

La vejez es el resultado del desarrollo del ciclo vital y conforma un grupo de individuos sobrevivientes de una generación formada en un momento histórico determinado.

Manheim y Rosenmayer señalan que las primeras impresiones en la formación de la personalidad, tienden a cristalizarse en una visión del mundo que orientará las significaciones de experiencias ulteriores. Entonces podemos preguntarnos donde está la capacidad de estas personas de comprender e interactuar con las nuevas generaciones.

Manheim y Claudine Attias Donfut señalan un aspecto que considero clave, que la capacidad de elasticidad de espíritu es susceptible de ser adquirida por la experiencia: en ciertos dominios, los más ancianos dan prueba de una mayor adaptabilidad que las generaciones intermedias que no han podido liberarse de la versión originaria del mundo en que se desarrolló su juventud.

Habermas, por su parte, considera que en cualquier momento histórico dado, el entendimiento de lo que el hombre es "es siempre cuestión de comprender el proceso subyacente que se oculta bajo la situación actual del hombre y en función del cual, lucha por transformarse a sí mismo a fin de realizar sus verdaderas "Posibilidades" o su "esencia".

De ello dependerá cómo y cuánto influyen en él los cambios producidos por la urbanización, la tecnología, la modernización, la democratización de la enseñanza, etcétera.

VI. DERECHOS HUMANOS

No quisiera abundar en los hechos o datos por todos conocidos y sin duda mejor formulados.

Pero creo importante reflexionar sobre los derechos de las personas de edad.

Frente a estos cambios que venimos mencionando, se debe realizar una revisión del sentido y el contenido de los mismos. Quienes tienen la contrapartida de los mismos.

Quienes están obligados a cumplir con nuestros derechos o a protegernos de los violadores.

La perspectiva de desarrollo a escala humana significa reconocer y respetar la diversidad que está implícita en los derechos humanos. Los derechos inherentes a la especie humana, deben ser consagrados y garantizados para que puedan ser ejercidos.

A nivel nacional se deben dictar normas para poder acceder al beneficio y goce de los mismos.

El Pacto de San José de Costa Rica, del 22-XI-69, redactado a instancias de la Convención Americana de los Derechos Humanos, fue aprobada por Uruguay en III-85.

Si el acceso a estos derechos está bloqueado, se desigual a los hombres en el ejercicio de los mismos. Alguien debe facilitar el acceso a los mismos para lograr que adquieran efectividad.

En relación a los derechos en la vejez, aún existen vacíos; a nivel internacional no existen normas consagradas a texto expreso, si hay enunciados. Es otro punto para trabajar en relación al envejecimiento poblacional.

VII. AUTODEPENDENCIA

La filosofía y los principios del servicio social nos permiten considerar al hombre como un ser en proceso de desarrollo continuo y de autorrealización.

El respeto en sus capacidades y potencialidades estimula la responsabilidad en el proceso de desarrollo personal y comunitario.

Las personas de edad no escapan a esta condición, por lo que se considera que "deben desempeñar un papel fundamental en las decisiones que afectan a sus vidas. Que esta participación puede necesitar de apoyos adecuados para facilitar que la energía creativa y sinérgica de la actividad humana en esta etapa, encuentre nuevos espacios de realización".

"Podemos señalar la autodependencia como un atributo del desarrollo a escala humana, y que es una condición necesaria que debe fomentarse, si se desea que las personas de edad se hagan un lugar para sí mismas en la sociedad, como miembros útiles, activos y solidarios, dotados de derechos y obligaciones".

"Inherente a la búsqueda de la autodependencia, es el desarrollo cada

vez mayor de una conciencia crítica, asociada a la participación activa de muchos sectores sociales que, en definitiva, desemboca en las demandas que promueven la movilización en favor del cambio".

VIII. LOS HECHOS

El análisis de la situación de los países de América Latina y los aportes que los estudios prospectivos de NU para el 2025 nos señalan, nos ha permitido reflexionar vivamente sobre las propuestas profesionales que podríamos orientar.

El aumento de personas mayores de 60 años, en números absolutos y relativos en los países del tercer mundo, ha sido un acicate a la imaginación.

Imaginar cómo los países pobres, con economías dependientes, van a producir nuevos modelos de desarrollo social para evitar los problemas que se vislumbran.

Que el aumento de la esperanza de vida no sea generador de nuevos conflictos sino que se convierta en una oportunidad para la sociedad toda, de disfrutar de los logros y avances de la ciencia y la tecnología.

NU favoreció en un alto grado la visión de esta problemática al convocar a cursos de gerontología social para países en vías de desarrollo.

El panorama se presenta verdaderamente inquietante.

La imagen de países de Africa, Asia, (China, India, entre otros) con problemas de millones de habitantes sumidos en la pobreza y que tendrán en el 2025 millones de personas mayores de 80 años, junto al panorama de niños distróficos y jóvenes sin empleo.

Las familias, primer soporte del viejo, pasan por situaciones de cambio de enormes repercusiones en su capacidad de ser continentes del anciano.

Asistimos al porcentaje más alto conocido de divorcios, mujeres solas, viudas y con ingresos insuficientes, niños sin padre, sinónimo muchas veces de minoridad abandonada, y padres con hijos jubilados y viudos.

El problema de la vivienda y la emigración de las personas más calificadas en edad activa y el aislamiento de los más viejos.

VIII.1. Aumentos cuantitativos y cualitativos de las personas mayores de 60 años en América Latina, entre 1991 y el 2020.

Si tomamos las cifras de 1991, publicadas en Washington, vemos que Uruguay tiene el mismo porcentaje que EEUU, superior a Canadá y seguido muy cerca por Argentina. Chile está un 44% por debajo de Argentina. Para el 2020 Chile sobrepasa a Argentina en un 1%.

Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Venezuela, que poseen la tercera parte o poco más de la mitad del porcentaje de Uruguay en 1991, en el 2020 duplican sus propios porcentajes.

Uruguay y EEUU incrementan sólo el 1%. Canadá crece en un 10%, llegando al 26.3%. Qué impactos van a producir estos incrementos.

Los indicadores más importantes a señalar son: seguridad social; composición y estructura de la familia; aspectos vinculados con la salud; nivel cultural; acceso a los servicios; noción de trabajo generada por la jubilación; valor y significado del tiempo liberado del trabajo; imagen social de la vejez; movimientos migratorios; estabilidad política, entre otros.

Tal vez la situación de Uruguay, que ya ha desarrollado el proceso mayor de envejecimiento poblacional en el área, pueda servir de base para las reflexiones que permitan prever y evitar situaciones, problemas y conflictos intergeneracionales.

En lo que va del siglo el Uruguay procesó un aumento de más de 20 años de la esperanza de vida.

En relación al trabajo y al tiempo, la idea que se manejaba referente al retiro laboral en la mitad del siglo, se circunscribía a un futuro de pocos años de descanso y merecido disfrute de los bienes y goces del tiempo libre que nunca había tenido o podido disfrutar.

Este esquema se rompe y ya en la década del 60 se perciben cambios por el aumento de la esperanza de vida que nos enfrenta a la creación de un futuro posterior al término de la vida activa laboral, en un mundo totalmente diferente.

Pero recién en la década del 80 se comienza a tomar conciencia a nivel popular de este fenómeno. Vale decir que, individualmente o a nivel de las familias, se fueron creando estrategias casi de supervivencia, en forma aislada. La sociedad no estaba preparada para estos cambios y tampoco los individuos.

Es muy importante conocer los procesos socio-económicos, políticos y culturales en medio de los cuales se fueron procesando casi silenciosamente estas profundas transformaciones.

El retiro laboral apoyado por un sistema de seguridad social que cubre prácticamente a toda la población, fue generando la mentalidad de pasivos, cosa que no ocurre cuando las personas están obligadas a trabajar hasta morir.

Lo que fue un gran beneficio se transformó en una carga.

Esta situación creada proyecta la idea de que los viejos son personas que han terminado su vida útil y no tienen un significado social.

La tercera edad está vacía de contenido social, no importa su situación económica, su condición psico-física y cultural.

Este es uno de los aspectos que ha creado una situación de

desvalorización social del viejo y ha tenido una gravitación psicológica muy importante.

A esto se suma el hecho de que el monto de las retribuciones por retiro o pensión a la vejez son, en un 80% insuficientes.

Por otra parte, un 23% de la población mayor de 60 años, que tiene problemas de salud, comienza a proyectar también situaciones límites en la estructura sanitaria del país.

Los grados más importantes de dependencia psico-física no están contemplados en forma orgánica, en las políticas sanitarias.

Conflictos intergeneracionales, se suman.

¿Qué país con el privilegio de casi un 50% más de vida en lo que va del siglo?

Es un privilegio o una situación de crisis, a nivel individual, familiar, social. Qué significado tiene este proceso en los niveles de decisión política.

Por otra parte, qué significado y aplicación tiene la llamada experiencia de la tercera edad. (Existen experiencias en diferentes países).

Creo que en el enfoque con que se aborden estos temas, contextualizados, con una dimensión de desarrollo a escala humana, con los cambios de la era postmoderna y con los problemas del eco-sistema, van a ser pilares fundamentales.

La vejez es una parte de la edad adulta y debe construirse en sociedad hasta el final de la vida, en armonía con su cultura, su entorno e inserta en los cambios de la era post moderna.

En otro sentido, los aspectos vinculados con la formación, información y capacitación son claves para la instrumentación de las soluciones.

Existen suficientes estudios de carácter general y de tipología de servicios. Hay abundante material que está disperso y no es fácil el acceso a los mismos.

Considero que los estudios tendientes a lograr un perfil social de la población mayor de 60 años, (basados fundamentalmente en sus propias percepciones, con la finalidad de crear o redimensionar políticas para planificar e implementar programas para este grupo de edad), deben ser revisados a la luz de variables micro y macro, que afectan directamente a los resultados.

La tarea para que los planificadores adopten acciones expeditivas sin olvidar que los grupos no son homogéneos, dejan de lado aspectos fundamentales como por ej. quiénes son los que van a instrumentar los servicios, cómo se van a obtener los recursos necesarios y capacitar al personal necesario.

Para finalizar, quisiera señalar dos recomendaciones de la Conferencia Latino-Americana y del Caribe de Gerontología realizada en Bogotá en 1986, y que creo están sin instrumentar:

"Sería necesario promover el intercambio y la cooperación en materia de investigación, especialmente para realizar estudios comparados entre diferentes culturas, clases sociales y contextos ecológicos, usando un enfoque multidisciplinario". (pag. 15)

"Sería útil que los organismos internacionales o intergubernamentales, arbitren los medios para la creación de un Centro Regional que funcione como un banco de datos, para recopilar y centralizar la información, favorecer el intercambio y promover cursos de especialización en Gerontología y Geriatría".

17.

RETOS Y PROBLEMAS PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS MEDICO-SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
Centro Interamericano de Estudios
de Seguridad Social
Facultad de Medicina. Universidad Nacional
Autónoma de México

I. INTRODUCCION

La elaboración de programas médico-sociales para personas de edad avanzada se está convirtiendo en un trabajo frecuente, común y de interés de organismos públicos y privados.

En la actualidad algunas personas se ocupan de elaborar proyectos y programas, lo hacen con buenos deseos, aunque no cuentan con la preparación, conocimientos o experiencia necesarios en cuanto a planeación y a conocimientos de las necesidades de las personas de tercera edad.

La elaboración de dichos proyectos y programas ha surgido como una forma para lograr una mejoría en la calidad de vida de los ancianos, a través de una mejor utilización de los escasos recursos y resolver los problemas planteados por las crecientes demandas de servicios.

Los programas médico-sociales tienen diferentes manifestaciones médicas, sociales, económicas y laborales; se pueden referir al autocuidado, a la atención no estructurada (informal) o a la atención estructurada; por otra parte pueden estar articulados a otras actividades o pueden ser "monoexpresiones".

Este documento pretende presentar los retos y problemas que ocurren al preparar y poner en marcha programas médico-sociales para los ancianos. Desde luego el campo citado es relativamente nuevo en nuestro medio, la experiencia es escasa y la patología médico-social de las personas en estudio no es del todo conocida, no siendo siempre posible extrapolar experiencias.

El concepto central que quisiera plantearles es la necesidad de prever servicios que realmente satisfagan la necesidad de los usuarios. Un enfoque de vanguardia, parte de la habilidad de otorgar servicios que satisfagan en forma cada vez más eficaz, efectiva y evolutiva las necesidades de los ancianos. La importancia y el valor que los ancianos, sus familiares y la sociedad perciben de los servicios que se les brinda, cada vez se vuelven más críticos. La programación de servicios para personas de la tercera edad en general ha sido muy limitada, han tenido poca prioridad y poco apoyo.

Quisiera recordar que en 1982 el plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento recomendó "elaborar planes de acción que propongan directrices amplias y establecer bases generales sobre las formas en que la comunidad internacional, los gobiernos y otras instituciones y la sociedad en su conjunto, pueden hacer frente al problema del envejecimiento progresivo de las sociedades y a las necesidades de las personas de edad avanzada en el mundo".

II. PROBLEMAS

En el diseño de programas médico-sociales para los ancianos es posible identificar cuatro áreas problema desde el ángulo de la planeación y administración.

- Información.
- Conceptualización y metodología referente a planeación y administración.
- Coordinaciones intra y extraprogramas.
- Demanda creciente de servicios.

Todos estos problemas están interrelacionados, encontrándose muchas veces en un marco enrevesado de presiones de diversa índole. En cualquier caso el estudio de los problemas de los ancianos y la elaboración de programas médico-sociales para los mismos debe tener como base las características de cada sociedad y de los fenómenos que afectan la vida de los mismos y que determinan necesidades y recursos que deben considerarse en los citados programas.

A. Información

Lo habitual es que no exista un sistema de información integral que conduzca a un diagnóstico situacional que abarque los problemas de interés de los usuarios, los recursos existentes y disponibles, los programas en funcionamiento y las condiciones del entorno.

Este problema se agrava ante el uso de lenguaje no preciso o ambiguo.

Los problemas referentes a información dificultan la identificación de necesidades, en otros términos la falta de datos epidemiológicos hacen difícil contar con una base firme para realizar acciones.

Para solucionar estos problemas se ha recurrido a diversos procedimien-

tos, uso de las estadísticas de rutina, estudio de los expedientes clínicos, observaciones participativas, opiniones de los usuarios, opiniones de los profesionales; muestreos, encuestas, etcétera.

Si establecer el diagnóstico individual de salud-enfermedad de un anciano no es fácil; establecer el diagnóstico de un grupo de ancianos, es tarea problemática.

Si se exceptúan las estadísticas demográficas que pueden proporcionar datos fidedignos, las otras informaciones relacionadas a: salud, nutrición, vivienda, medio ambiente, educación, empleo, etc., suelen ser incompletas, de escasa utilidad o no se saben aún valorar en forma total.

Se reitera que cuando se trata de elaborar programas por los ancianos es indispensable tener en cuenta que dichas personas tienen peculiaridades físicas, culturales y emocionales; factores que deben tenerse en cuenta en relación a la información necesaria para la elaboración de programas. Por lo tanto la falta de sistemas de información adecuados e indicadores específicos deriva en un conocimiento inadecuado de los problemas y de las necesidades de los servicios para los ancianos, es decir hay problemas en cuanto a criterios de medición, en particular en lo referente a riesgos.

Suele ocurrir que la información que se tiene no es la que se requiere, la información que se requiere no es la que se necesita y la información que se necesita no es la que se puede obtener.

B. Conceptualización y metodología referente a planeación y administración

En la elaboración de programas médico-sociales para las personas de tercera edad, uno de los problemas más graves es decidir sobre lo que se

pretende o debe hacerse, al no haber una identificación de problemas y necesidades los objetivos no son claros al igual que las prioridades, se suelen abarcar a demasiados tipos de ancianos, cubrir un territorio geográfico muy amplio, introducir muchos servicios con servicios limitados; por otra parte las decisiones se pueden orientar a aspectos particulares y heterogéneos.

Esto es un problema en sí, pero se hace más complicado debido a defectos conceptuales y metodológicos en cuanto a planeación y a administración. El proceso de elaboración de programas debe cumplir con los principios de coherencia, factibilidad, viabilidad y permanencia, es decir el proceso debe estar integrado formando un todo compatible en los aspectos técnico, social y económico; si no se cumplen estos principios hay traslapes, omisiones, duplicaciones, brechas e ineficiencias de diversa índole, dando lugar a situaciones como las que se ejemplifican:

- Imposición de programas, p. e.: comedores grupales.
- Duplicación de servicios y programas de forma innecesaria, p.e.: talleres para aprendizaje en la misma comunidad.
- Orientación hacia la satisfacción de la demanda de servicios en cantidad, en lugar de desarrollar una infraestructura y mejorar la administración y calidad, p. e.: raciones alimentarias.
- Creación de programas innecesarios; p.e.: apoyo recurriendo al teléfono o medios escritos, cuando hay carencia de teléfonos o los ancianos tienen problemas visuales.

En estos marcos se originan más preguntas que respuestas, pues suelen coexistir lo ideal con lo absurdo, lo formal con lo inútil y lo fructífero con lo improductivo; así los programas están alejados de las verdaderas necesidades de los ancianos, en esta situación los programas son a menudo eufemismos o teorías peyorativas.

Se recuerda que la elaboración de programas debe ser racional, se refiere

a la identificación de necesidades, determinación de prioridades, establecimiento de metas y objetivos, fijación de actividades, implantación, ejecución y evaluación de insumos, proceso y resultado; en esta metodología es necesario crear programas innovadores, audaces pero viables que permitan en su caso la participación activa de los ancianos, de la familia y la comunidad, sin olvidar la atención primaria de salud. Hay que tener presente que existe una diversidad de técnicas para realizar el proceso e identificar necesidades, las que deben ser repito, consistentes.

El alcance de la elaboración de programas y servicios médico-sociales para los ancianos depende de la preparación, experiencia e interés de las personas involucradas. Suele haber carencia de profesionales, presencia de arribistas y acciones de personas de buena voluntad, quienes metamorfosean a la programación. Ligado a lo anterior se encuentran instancias que están en frecuente reorganización, el personal cambia elaborándose programas en base a supuestos y muchas veces en forma apresurada. Lo anterior ha llevado a una pregunta cínica: ¿para qué preocuparse, si las necesidades suelen ser tan grandes en relación con la demanda, que cualquier programa es mejor que nada?

C. Coordinaciones intra y extrainstitucionales defectuosas

Los problemas de coordinación deben considerarse con un doble enfoque: la coordinación intrainstitucional y la coordinación extrainstitucional. En cuanto a la primera, lo habitual es que la elaboración de los programas depende del grado de autoridad y valor que se confiera a los encargados de la misma, quienes pueden ejercer sus funciones a plenitud cuando cuentan con ayuda completa de autoridades ejecutivas y decididas. En el tema que se trata, es bien sabido que no pocos trabajos factibles - no siempre útiles - son aquellos que cumplen con los deseos de funcionarios principales, de aquí que sea muy importante para el mejor aprovechamiento de la capacidad y conocimientos de los encargados de elaborar programas,

que no sólo propongan o justifiquen un proyecto, el problema consiste en lograr que se acepte y se lleve a la práctica.

Las relaciones entre los máximos directivos y los encargados de la programación varían de un organismo a otro, pero la experiencia indica que suele haber barreras, otros funcionarios, que se interponen entre ellos quienes muchas veces proponen realizar ellos mismos los programas. Esto suele ser causa de desengaños entre quienes practican la programación.

Es patente que los resultados de los programas médico-sociales para los ancianos necesitan de tiempo para lograr resultados y valorarse, lo que suele ser objeto de críticas. Los resultados de la atención a las personas de la tercera edad a largo plazo, se encuentran dentro de la planeación estratégica; por otra parte necesitan con frecuencia adecuarse constantemente.

Por lo que se refiere a la coordinación extrainstitucional, no pocas veces se olvida o se deja pasar por alto el entorno.

Con frecuencia se vive en un falso sentido de autonomía, que orienta a permanecer hasta cierto punto aislado del resto del contexto. El falso sentido de autonomía ha permeado los programas médico-sociales para los ancianos, se ha considerado que el compartir información básica de las entidades pondría en riesgo dicha autonomía. Se debe evitar con toda honestidad no compartir con otros los programas y las metas enfocadas a la tercera edad.

Lo habitual es que las instancias que elaboran programas están mal informadas acerca de lo que hacen otras y en ocasiones ni siquiera se interesan en sus actividades, planes y experiencias, así se repiten funciones y se tienen equivocaciones similares. Cuando existe rechazo o no es posible o no se quiere establecer coordinación o comunicación con otros programas, el único camino posible es la autosuficiencia, con todas las limitaciones que acarrea esta actitud.

D. Demanda creciente de servicios

La demanda de servicios médico-sociales de diversa índole para ancianos aumenta rápido y continuamente. Con frecuencia los proyectos nuevos "nacen pequeños" al poco tiempo de ponerse en funcionamiento por insuficientes. La experiencia en las áreas de rehabilitación y enfermedades crónico-degenerativas indica que las demandas continuarán en aumento.

La demanda de servicios se refiere a servicios de hospitalización, terapias, atención doméstica en el hogar, servicios diurnos, nutrición y servicios laborales, educativos y legales.

El examen rápido de los problemas conduce a la conclusión, de que no se pueden encontrar soluciones simples, y de que la mejoría del proceso de elaboración de programas para la tercera edad requiere de enfoques multidisciplinarios, estudios e investigaciones a largo plazo y una evaluación continua de opciones, recursos y acciones.

III. MEDIDAS PARA MEJORAR LA ELABORACION DE PROGRAMAS MEDICO-SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD

Todas las circunstancias anteriores demandan una elaboración de programas realistas ajustables y consistentes. ¿Qué medidas pueden recomendarse? No hay una respuesta única, pero cualquier medida que se tome debe ser racional, basada en hechos y realidades, teniendo en cuenta la naturaleza humana de usuarios, personal y funcionarios; reconociendo la importancia de los programas, teniendo una visión completa acerca de los problemas de las personas de la tercera edad y valorando la dependencia e interrelación de los programas con aspectos económicos, educativos y políticos.

Para realizar estas acciones es recomendable: determinar la misión del programa, identificar las lagunas que interfieran en la elaboración de

programas y explicitar y formular políticas, metas, objetivos y actividades, de tal manera que los esfuerzos se orienten a definir horizontes de competitividad.

A. Misión

En cuanto a la misión de los programas debe establecerse un consenso en cuanto a su filosofía, teniendo en cuenta: creer en las personas de tercera edad, creer en los programas destinados a los mismos y creer en la relación de dichos programas con otros servicios. Tarea no fácil, cuando hay otros programas, no siempre conocidos, escasez de recursos e intereses encontrados. La formulación de la misión es la parte central de los programas. En el desarrollo de la misión cada programa debe considerarse necesariamente la misión de los otros servicios.

No se puede iniciar un proceso de elaboración de programas si no hay una declaración de la misión, en lo que se refiere al área de trabajo y los valores.

El contenido de la misión puede revisarse a la luz de las siguientes preguntas: ¿en el contenido de la misión se reflejan las necesidades y demandas de las personas de la tercera edad y del personal?, ¿pueden afrontarse los problemas internos y externos?, ¿qué nivel de desempeño será necesario a fin de que los programas logren su misión en términos de servicios, ancianos "servidos", tecnologías utilizadas, servicios compartidos, costos de servicios y características del personal?

B. Lagunas de interferencia

En relación a la identificación de lagunas que interfieran en la elaboración de programas es aconsejable recurrir a análisis internos y externos de los programas para obtener una valoración real y completa, lo que dará oportunidad a conocer sus fortalezas, debilidades, oportunidades y riesgos.

El análisis interno debe cubrir los aspectos básicos:

1. Utilización de los recursos.
2. Capacidad de los servicios.

Es decir, ¿qué servicios se proporcionan?, ¿quiénes son los usuarios y los prestadores de los servicios?, ¿qué tecnologías se utilizan?, ¿cómo se conforman los recursos humanos?, ¿cuál es el nivel de competencia del personal directivo?, ¿cuál es la estructura organizacional del programa?, ¿cuál es la situación financiera y bienes del programa?

En el análisis externo es necesario identificar las áreas de crecimiento o modificación potencial referentes a usuarios y personal, servicios y tecnología. Por otra parte también es necesario identificar qué pretenden los otros prestadores de servicios. En otros términos se requiere dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿definir la cobertura del programa?, ¿qué otros programas o servicios existen?, ¿cuáles son sus metas?, ¿qué necesidades deben satisfacerse a juicio de usuarios y personal?, ¿qué recursos se necesitarán?

El medio ambiente externo que confrontan los servicios médico-sociales para los ancianos, así como sus cambios internos están provocando la necesidad de recurrir a la ya citada planeación estratégica, lo que requiere de información útil al igual que de técnicas analíticas y de computación (hardware y software) que a su vez den lugar al desarrollo continuo de sistemas y servicios de información. El conocimiento del medio ambiente externo y de los problemas internos que confrontan los programas son factores básicos para comprender porqué los sistemas y servicios de información son cada vez más importantes en el futuro de los programas y porqué es de creciente importancia para la administración definir necesidades de información y técnicas analíticas.

Así una de las claves del diseño de los programas, para sobrevivir

consistirá en enlazar los planes operacionales con el plan estratégico del programa. En otros términos, por un lado, se debe aprender a analizar críticamente el entorno dinámico que rodea al programa y por otro lado, se debe también aprender a implantar los cambios correspondientes en el área de trabajo.

En la práctica los análisis se facilitan si se examinan las etapas del proceso de elaboración de programas; revisar la información, establecer tendencias, practicar estudios comparativos y establecer hipótesis.

Todos estos factores se encuentran interrelacionados. Si se conocen datos relativos al número de ancianos, tasas de crecimiento, mortalidad, morbilidad y discapacidad, grado de utilización de los servicios existentes, costos, instalaciones y personal, es posible identificar problemas, por ejemplo: déficit de servicios, utilización inadecuada de los recursos, desconocimiento de los costos, ausencia de personal, duplicaciones, etc. Con esta información es posible desarrollar programas significativos, que se pueden reforzar si hay un conocimiento de las tendencias socioeconómicas.

El examen de las etapas del proceso de elaboración y el estudio sistemático de información adecuada favorecen la elaboración de hipótesis, tarea de gran ayuda para traducir los objetivos en programas de trabajo. El hecho de disponer de estudios de esta clase facilita hacer comparaciones y encontrar innovaciones.

C. Formulación de políticas, metas, objetivos y actividades

El tercer punto clave se refiere a los sistemas administrativos, los que deben diseñarse para hacer juego con la situación actual. Para que los programas médico-sociales queden debidamente estructurados es necesario determinar las políticas, metas, objetivos y actividades, que faciliten la monitorización, evaluación y reciclaje, o sea que el proceso de elaboración de

programas no termina con la elaboración de un documento, se requiere de evaluación, monitoreo y control de recursos, proceso y resultados a través de procedimientos formales.

No se debe olvidar que el diseño de programas debe ajustarse a satisfacer las necesidades que los requerimientos de manejar nuevas tecnologías impongan, además se recuerda que la elaboración de programas es un proceso que operacionaliza las políticas sociales y la filosofía (misión) de los servicios establecida.

En la formulación de políticas debe tenerse en cuenta un esfuerzo de concertaciones, la que debe interpretarse como una manera efectiva de que todos: autoridades públicas, organismos, personal y aún usuarios puedan lograr combinar con congruencia esfuerzos que incrementen la competitividad.

Otra forma de interpretarlo es una asociación genuina entre todos, que equilibre los recursos que ninguno, en forma aislada, pudiera lograr.

El papel "pivote" en esta concertación principia en una comunicación efectiva que favorezca a generar confianza en lo que se pretende.

COMENTARIO FINAL

Existe la gran oportunidad de estudiar los problemas y recoger los retos, y mediante esfuerzos serios, amplios y efectivos diseñar programas médico-sociales para los ancianos que satisfagan a todos.

Para tener éxito en la elaboración de programas es esencial contar con gente con una mayor capacidad para aprender y para adaptarse a diferentes esquemas de trabajo.

Se requiere una fuerza laboral que esté dispuesta a ejercer trabajos variados y con una mayor diversidad de oficios con horarios de trabajo flexibles.

La elaboración de programas médico-sociales para la tercera edad no es una respuesta fácil a los problemas y necesidades de dicho grupo etario. Es por naturaleza, un asunto singular en cada caso. Es un trabajo arduo y comprende tensiones inevitables al tratar de fijar etapas, misión y objetivos; en muchas partes el problema no es la falta de programas, sino la eficacia de lo que se practica. De aquí que sea necesario comprender actitudes y tener un espíritu positivo y optimista.

En la elaboración de programas médico-sociales para tercera edad además de programar etapas, de reunir personas para determinar el camino y señalar objetivos; en el análisis final es aplicar la imaginación con brillantez e ilusión, encaminándose a la realidad.

18. PROBLEMAS DE SALUD EN EL ANCIANO

Dr. Felipe Martínez Arronte
Jefe de la División de Geriátría del
Hospital para Enfermos Crónicos
"Dr. Gustavo Baz Prada"
Presidente Honorario de la
Sociedad de Geriátría y Gerontología
de México, A.C.

Según la definición de salud, los problemas que se plantean no abarcan únicamente el terreno físico, sino también el psicológico y social, por lo que este modelo deja de ser solamente médico para pasar a ser interdisciplinario.

Además se ha identificado a la atención primaria de la salud como clave para alcanzar la meta de "Salud para todos" en el año 2000.

La declaración de Alma Alta claramente define que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planeación e implementación de los cuidados de su salud, por lo tanto la elección individual de los estilos de vida más saludables es un factor clave en el mantenimiento y promoción de la salud, y que debe hacerse énfasis en las acciones positivas que los individuos y las comunidades pueden realizar para proteger y promover la salud.

Actualmente se están promoviendo estilos de vida más saludables, haciendo énfasis en tres elementos principales:

1. Ejercicio y deporte
2. Nutrición
3. Responsabilidad personal

Este último se refiere a que los individuos deben ser orientados e impulsados para tomar medidas para preservar su propia salud y prevenir conductas que afecten a la misma. Como por ejemplo al uso del tabaco, el abuso del alcohol y otras drogas.

Las decisiones y hábitos determinados por presiones sociales buenas o malas son elegidas parcialmente por el individuo. A veces resulta difícil elegir entre subir escaleras o tomar un elevador o el ir a la tienda caminando en lugar de utilizar el automóvil.

En México por ejemplo, estamos ante una generación de ancianos que viven cambios importantes sociales y que en una proporción más o menos grande no tuvieron acceso a la educación. Por lo tanto no debe ser nuestro papel el juzgarlos por estilos y hábitos de vida poco saludables, evidentemente mucho de lo que se conoce hoy y se difunde ampliamente, no fue accesible para nuestros ancianos de ahora y no podemos deslindar las limitaciones sociales y económicas, debido a que tienen una gran repercusión en el estilo de vida de nuestros viejos.

A la promoción de la salud se le considera un reto y requiere de acciones a varios niveles. A nivel de los individuos: para que la persona llegue a participar en su propia salud debe ser guiado, enseñado y entrenado, aquí se menciona una atención informal con la atención de la familia, amigos y vecinos.

La atención formal, servicios profesionales y de voluntarios requieren de la intervención con educación y entrenamiento para promover una imagen positiva de salud y bienestar más que dependencia, enfermedad y pasividad.

Es importante que el individuo conozca qué puede hacer por su propia salud y nosotros debemos conocer sus antecedentes. En geriatría debe de tomarse en cuenta la participación del anciano, ya que él tiene el deseo de estar libre de enfermedades, y para esto debemos siempre de tener presente el estado funcional óptimo del individuo a través de una evaluación y un sistema de apoyo adecuado.

Es por esto que la Organización Mundial de la Salud sugiere evaluar la salud del anciano a través de su funcionalidad comprendiendo esto el estado mental, la movilidad, la continencia y una gran cantidad de actividades de la vida diaria, personales, domésticas y sociales. La importancia del estado funcional del anciano se correlaciona con la sensación de bienestar y por lo tanto será de gran utilidad para valorar la demanda de servicios de salud, así como también con un factor de gran impacto que causen "estrés" en los familiares y/o cuidadores.

Por ese motivo todo diagnóstico de salud no debe basarse exclusivamente en las tasas de morbilidad y mortalidad, ya que cada día se reconoce más el valor a la percepción de salud por parte del mismo individuo, ya que para él va a ser muy importante poder ver, oír y caminar así como también poder realizar todas sus actividades de la vida diaria en forma independiente.

Para identificar las necesidades y problemas de salud de la población, se tiene que hacer un diagnóstico de salud. Esto se inicia estudiando la demografía de la población y con esto se conocerá en qué situación está el proceso de envejecimiento de la población, a continuación se investiga el nivel de salud a través de los datos de morbimortalidad de la población. Son importantes los factores condicionantes del nivel de salud de la propia comunidad y del medio ambiente y los recursos de que se dispone.

El equipo de atención primaria de salud para priorizar sus programas en forma adecuada debe disponer de su propia pirámide de población, conociendo así las características de la misma.

Algunos autores nos mencionan que el 90% de los ancianos son

tratados por su médico de atención primaria de salud y de este grupo el 80% presentan por lo menos una enfermedad crónico-degenerativa y también muestran una alta prevalencia de enfermedades debilitantes o problemas sociales que integran en gran medida, en su actividad diaria; todo esto nos demuestra que este grupo solicita una mayor atención que los grupos más jóvenes.

Los procesos crónico-degenerativos constituyen por lo tanto las principales causas de enfermedad y muerte en las personas de 60 años y más.

Un problema de salud en la población envejeciente es la múltiple patología y así mismo la presentación atípica de estas enfermedades, dificultándose el diagnóstico oportuno de las mismas, ya que es desconocido por muchos esta forma de manifestación de las enfermedades. Por otra parte es el mismo anciano quien contribuye al retraso de su diagnóstico, ya sea porque no quiere ir a ver al médico por el temor de enterarse de que tiene una enfermedad grave que le va a impedir continuar realizando sus actividades normales, o en otras ocasiones se atribuye la sintomatología del anciano al envejecimiento, esto último puede ser un grave error no sólo del anciano y su familia sino que también de los mismos profesionales de la salud y esto obviamente retrasará el diagnóstico y el tratamiento.

Es por eso que el anciano es portador de necesidades ocultas y que están obligados a detectarlas, otro problema de salud es la polifarmacia debido a que como ya mencionamos es portador de múltiples enfermedades, con frecuencia el paciente geriátrico consume más de tres y cuatro medicamentos que resultan difíciles de manejar tanto por el paciente como por su propio organismo, por los cambios que se presentan en el envejecimiento y que de alguna forma pueden modificar la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos haciendo que el anciano tenga alto riesgo de presentar reacciones adversas, además la posibilidad de que se presenten interacciones entre los medicamentos, o entre un medicamento y un alimento o entre un medicamento y una enfermedad y por supuesto presente otra enfermedad agregada como consecuencia del mal uso de los medica-

mentos en la población de edad avanzada y esto es el resultado de la población en general y en los mismos profesionales de la salud.

Es muy importante la proporción de ancianos que presentan problemas psíquicos incapacitantes o que comprometen en gran medida la calidad de vida y como éste mencionamos a la depresión y a las demencias tanto reversibles como irreversibles, que requieren de una intervención adecuada para su diagnóstico correcto y su resolución favorable, aún en el caso de que se trate de una enfermedad tipo Alzheimer, se requiere de una atención tanto para el paciente como para la familia.

Tenemos otros problemas como son la inestabilidad y caídas que los pueden llevar a su vez a adquirir otras patologías como pueden ser las fracturas de cadera, un problema muy serio de la salud es este grupo por ser a su vez portadores de osteoporosis, problema que últimamente ha significado un gran foco de atención y una gran inversión económica en diversos países para tratar de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Otro problema serio es la mala nutrición que les puede llevar a estados críticos siendo una de las causas de hospitalización de los ancianos, así como también los problemas de inmovilidad y que a veces puede dar complicaciones como son las úlceras de presión o las incontinencias mal diagnosticadas, lo que dificulta su solución y pueden coadyuvar a problemas más serios que pueden conducir a la muerte de este sector de la población.

Nos enfrentamos con frecuencia a un problema muy serio que es la institucionalización temprana del anciano que es considerada una verdadera iatrogenia porque se lleva a cabo en forma inadecuada sin tomar en cuenta si será el lugar y el ambiente acorde a las necesidades del anciano y que se hace aún a sabiendas que él mismo no está de acuerdo. Por ese motivo la institucionalización del anciano debe hacerse a través de una evaluación integral con un grupo interdisciplinario que identifique sus necesidades en todas sus áreas física, psíquica y social y con los resultados

se puede decir si es conveniente ingresar a una institución de estancia media prolongada.

Hasta ahora sabemos que en nuestros países en vías de desarrollo la familia sigue participando activamente en las actividades de las personas de edad avanzada, pero esto tiende a cambiar, sobre todo en las grandes ciudades donde la forma de vida no permite el cuidado de personas ancianas enfermas y es cuando requieren del apoyo de un servicio.

En otras circunstancias cuando el anciano no tiene familiares directos o no se hacen responsables sus familiares, se queda solo y en el momento de tener una enfermedad que le ocasione incapacidades, necesita también el apoyo de ciertos servicios.

La Organización Panamericana de la Salud ha recomendado que el anciano permanezca en su comunidad el máximo tiempo posible con el apoyo de servicios adecuados y a menor costo, lo que significaría la institucionalización.

Entre estos servicios tenemos a los servicios domiciliarios, a los servicios de nutrición y a los hospitales de día.

Se ha insistido mucho en el inicio de estos programas en los países en vías de desarrollo, ya que los beneficios que se han obtenido son mayores que los de la institucionalización permanente.

El concepto de hospitales de día conformado en psiquiatría en la década de los treinta, posteriormente, en 1950, llegó a formar parte de la atención geriátrica; ha sido definido como una área hospitalaria donde los pacientes regresan a dormir a su domicilio cada noche y dándoseles tratamiento con la finalidad de que permanezcan en su casa. Sus funciones pueden ser de tipo de investigación, curativa y rehabilitatoria; así como para mantener la función del individuo en un nivel óptimo. Puede además tener un rol social, además del indudable rol terapéutico.

Por tal motivo tenemos que esforzarnos por trabajar en favor de este tipo de servicios.

Finalmente quiero mencionar que en el trabajo con las personas de edad avanzada debemos de tener presentes los siguientes principios:

- Que la vejez no es una enfermedad y por lo tanto el anciano siempre será susceptible de un tratamiento.
- Para trabajar con ancianos debemos capacitarnos en geriatría y gerontología, sin que esto signifique que tengamos que especializarnos, pero sí tener conocimientos básicos en todas las disciplinas.
- Toda intervención para el anciano tiene que ser precedida de una evaluación integral.
- La participación de la familia es muy importante en el trabajo con los ancianos, por lo tanto, tienen que aprender a vivir con la familia, para que formen parte del equipo interdisciplinario geriátrico.
- En el trabajo geriátrico tendrá que participar un equipo interdisciplinario con interés, responsabilidad y que tengan el mismo objetivo.
- Todos los ancianos tendrán que recibir información acerca de los problemas de salud que tengan y la edad no debe ser una limitante para que siga recibiendo educación en los tópicos que le interesen.
- Finalmente no debemos olvidar que los ancianos a través de su vida son portadores de una gran riqueza de experiencias de las cuales todos aquellos que trabajamos en el campo de la geriatría nos hemos favorecido con dichas experiencias.

RESUMEN

Según la definición de salud los problemas que se plantean no abarcan únicamente el terreno biológico, sino que también el psicológico y social, por lo que este modelo deja de ser solamente médico y pasa a ser interdisciplinario, con una participación de un equipo.

Además se ha identificado a la atención primaria de la salud como clave para alcanzar la meta de "SALUD PARA TODOS".

El equipo de atención primaria de salud, para priorizar sus programas en forma adecuada, debe disponer de su propia pirámide de población, conociendo así las características de su población.

Algunos autores mencionan que el 90% de los ancianos son tratados por su médico de atención primaria de salud y de este grupo el 80% presentan por lo menos una enfermedad crónico-degenerativa y también muestran una alta prevalencia de enfermedades debilitantes o problemas sociales que interfieren en gran medida con su actividad diaria, todo esto demuestra que este grupo solicita una mayor atención que los grupos más jóvenes.

Los procesos crónico degenerativos constituyen por lo tanto las principales causas de enfermedad y muerte en las personas de 60 años y más.

Sin embargo, todo diagnóstico de salud no debe basarse exclusivamente en las tasas de morbilidad y mortalidad, ya que cada día se reconoce más valor a la percepción de salud por parte del mismo individuo ya que para él, va a ser más importante poder ver, oír y caminar y poder realizar todas sus actividades de la vida diaria en forma independiente.

La prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles de la edad avanzada pueden ser definidas como "RETARDO EN EL INICIO DE SU EXPRESIÓN CLÍNICA, HASTA QUE SE ALCANCE EL LIMITE SUPERIOR DEL TIEMPO DE VIDA".

Las enfermedades crónicas en el anciano son causadas por múltiples factores, resultando de complejas fuerzas interactuantes, tanto genéticas como ambientales, ligadas a una velocidad variable de envejecimiento, la estrategia primaria para la prevención de dichas enfermedades, deberá ser una modificación de los factores ambientales que contribuyen al desarrollo de la enfermedad crónica.

19. CONCEPTO Y TEORIA DE MODELO DE SALUD. BASES PARA UN MODELO PARA TERCERA EDAD

Dr. Enrique Parra Dávila
Titular de la División de
Medicina Social del CIESS

Una institución social existe para beneficio de la población y por tanto, tiene que analizar cuáles son las causas que dan lugar a problemas que debe resolver; no ha sido raro, que se traten de copiar acríticamente programas que han sido útiles en otros países, sin tomar en cuenta que las condiciones demográficas, sociales, económicas, etc. son totalmente diferentes a las propias.

Debido a la gran complejidad que representa administrar programas médico-sociales para la tercera edad, se ha recurrido al uso de modelos, esta complejidad obedece a que en ella interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales, tecnológicos, políticos, económicos, además de los valores sociales, tanto de los usuarios como de los prestadores de servicios. Para ello es necesario contar con una guía, un modelo que permita tener presentes todas estas circunstancias.

El concepto de modelo de salud se ha venido manejando desde hace varias décadas, sin embargo, es hasta hace unos quince años cuando las organizaciones internacionales manifiestan particular interés en que los modelos sean aplicados al campo de la salud. Es así como la Organización Mundial de la Salud y las universidades más prestigiadas, tanto de Estados Unidos de Norte América, como de Europa, se abocan a su estudio. Varios autores han intentado elaborar un modelo, algunos se han limitado a unas cuantas variables y otros no las han relacionado con teorías, leyes o

conceptos que expliquen la conducta de cada una de ellas. Es por esto que la utilidad de muchos de esos modelos sólo ha sido parcial.

La palabra modelo proviene del latín: *modulus*, molde; la cual, entre otras acepciones, quiere decir: ejemplar o forma que uno se propone y sigue en la ejecución de una obra artística o en otra cosa, p.e. En obras de ingenio y en acciones morales. Ejemplar que por su perfección se debe seguir o imitar. Representaciones en pequeño de alguna cosa tipo, ejemplo, pauta, molde, patrón.

Para fines prácticos, se define al modelo como: "La representación gráfica o simbólica de una realidad empírica o de una teoría científica". Es precisamente la representación gráfica la que permite apreciar las relaciones de orden y la interacción entre los elementos, tan variados y complejos, de un programa médico-social para la tercera edad.

Se han propuesto numerosas clasificaciones, una de las más aceptadas es la de Mary Brodbeck, que señaló las siguientes:

- 1.- El modelo de réplica. Los que reproducen una realidad concreta: v.gr. aviones para armar.
- 2.- Los de teorías. Especifican concretamente las características primordiales que se deben cumplir en la realidad, guiando las acciones hacia fines claramente determinados.
- 3.- Los fáctico-formales. Se define inicialmente el logro factible y posteriormente se llevan a cabo las acciones para alcanzar el isomorfismo.
- 4.- Los formales-fácticos. Son equiparables a los de réplica, ya que parten de hechos reales, que son identificados en su comportamiento e interrelaciones para ser mejor comprendidos.

El construir modelos es un proceso creativo que parte de un sólido conocimiento de la totalidad del sistema y de cada una de sus partes. Su diseño se hace empíricamente, seleccionando los elementos importantes,

los cuales tienen un alto grado de abstracción, identificando las leyes o teorías que gobiernan su conducta, así como sus funciones e interacciones básicas, lo que permite integrarlos en forma ordenada cuidando de mantener su comparación con la realidad.

Los modelos deben ser tan sencillos como sea posible, no se trata de elaborar representaciones ingenuas de lo obvio, sino abstracciones de la realidad que se apoyen en teorías o conceptos que gobiernan su conducta.

UN MODELO TOTALIZADOR

A pesar de los avances logrados en la elaboración de modelos para sistemas de salud, aún no se ha encontrado un modelo sencillo que pueda ser fácilmente comprendido por el personal que dirige unidades de atención médica.

Se presenta el que sugiere el Dr. A. Cordera, quien inicia el modelo considerando un estudio "macro" cuya importancia se la da al diagnóstico situacional como base de la definición de las necesidades sociales y la toma de decisiones para solucionar los problemas reales de una población.

En el diagnóstico situacional, es de interés primordial definir cuáles son las variables independientes que se va a utilizar para identificar las necesidades socio-médicas de la población.

De todos los elementos, se va a señalar genéricamente sus conceptos básicos.

Demografía.- Es esencial para conocer los grupos por edad y sexo que tienen riesgos específicos relacionados con su salud.

Economía.- Es indispensable conocer las condiciones económicas de la

población para identificar cuáles son las medidas positivas que pueden tomarse, así como las limitantes existentes.

Geografía.- Algunos aspectos como los relacionados con el clima, pueden explicar las causas de enfermedades y otros de orden físico, ayudan o restringen las comunicaciones con áreas vecinas.

Los aspectos socioculturales tienen que conocerse para saber los que son positivos o dañinos para la salud.

Otros elementos, igualmente importantes son el saneamiento ambiental correcto, que disminuye riesgos; por el contrario la falta de agua potable, drenaje, recolección de basura y otros causan problemas diversos.

El panorama epidemiológico es de particular interés para conocer la morbilidad y la mortalidad general y sus diversas causas.

El ingreso familiar y su distribución, el empleo, la vivienda, la alimentación, la educación de la población, las comunicaciones por carretera, fluviales, etc. así como la telefónica y otras, ayudan a comprender algunas situaciones sociales concretas que son causas de riesgos específicos para la salud.

Seguidamente, en el modelo, se encuentran los valores sociales. Es de suma importancia interpretar los valores de la población senescente, de los prestadores de servicio y de las autoridades. La población tiende a considerar como más importante su problema de salud personal o familiar; los prestadores de servicio relacionan sus valores con sus conocimientos profesionales adquiridos durante su capacitación formal; y los valores de las autoridades pueden orientarse a uno u otro enfoque, pero sin olvidar los aspectos económicos y legales con los que tienen que cumplir. Dentro de las características del sistema serán totalmente diferentes si se orientan a la satisfacción de las necesidades socio-médicas o si se guían por la demanda.

La disponibilidad se refiere a los recursos de diversa índole, técnicos, humanos, económicos, etc. para satisfacer las necesidades sociales.

El acceso se considera como la eliminación de todo tipo de barreras, culturales, económicas, de comunicación, etc. para que la población reciba oportunamente, el servicio que requiere.

La aceptación del servicio, debe ser analizada desde el punto de vista de la población usuaria, de los prestadores de servicios y del de las autoridades.

La calidad tiene que ser definida a nivel local o regional, aunque en algunos casos debe ser propuesta con bases técnicas de carácter nacional o regional.

El costo se analiza en base al presupuesto asignado y al estudio de los conceptos de costo beneficio y costo efectividad.

En el modelo, el paso siguiente lo representan los problemas; los cuales deben ser identificados, definidos y analizados.

Los programas deben ser estudiados siguiendo los pasos secuenciales del modelo.

La primera acción planificadora será el estudio del programa en relación a los aspectos legales del país y de la institución en que se llevará a efecto.

A continuación se analizarán los recursos necesarios para el programa y la disponibilidad de éstos; así como las limitantes que pudieran existir.

En el siguiente paso habrá que señalar cuales son los propósitos, tanto los de impacto como los de producto.

De cada uno de los propósitos se derivan uno o más objetivos, metas o resultados, entendiéndose como tal al enunciado de lo que se quiere

lograr, una vez terminada la acción. El objetivo debe ser enunciado en forma clara, precisa, factible y medible.

Una vez enunciados los objetivos, se definirán las políticas, entendidas éstas como "un principio o varios principios relacionados entre sí con sus siguientes reglas de acción que condicionan y gobiernan el logro de objetivos hacia los cuales se dirigen".

Las políticas orientan las acciones en forma ordenada, para lograr un trabajo uniforme. De los objetivos y políticas se derivan las estrategias. En esta etapa es necesario definir cuántos planes necesitamos para hacer operativo el programa. Al conjunto de planes se llama planeación y se le identifica por un alto contenido técnico y metodológico.

Cada plan debe estudiarse por separado, en cada uno de ellos será necesario señalar cuáles son las funciones que habrán de cumplirse, pudiendo ser médico-asistenciales, administrativas, educativas, de investigación, etcétera.

Cada función requiere de una tecnología apropiada al desarrollo social, económico y cultural de cada país.

El paso siguiente será diseñar la estructura organizacional que comprende la asignación formal de responsabilidades de los distintos grupos jerárquicos de la institución. A continuación se podrá reclutar, seleccionar y capacitar al personal que va a llevar a cabo la operación, la que exige una gran variedad de acciones: integrar grupos de trabajo, motivar a colaboradores, dirigir la acción con el estilo de liderazgo conveniente, definir los roles, manejar el conflicto, establecer los canales de comunicación y los tramos de control adecuados; supervisar, entendiendo que esta acción se refiere a orientar, a guiar para corregir las desviaciones y lograr resultados positivos. Por tanto, la supervisión exige de expertos en el tema y no se debe confundir con actividades de vista o de inspección. Una alta calidad es siempre el producto de una adecuada supervisión.

El control se debe hacer sobre los objetivos previamente establecidos y sobre el presupuesto. Debe ser periódico y su frecuencia dependerá del programa o plan previsto para esa verificación.

En cuanto a la evaluación, ésta debe considerar los resultados y la calidad. La evaluación de resultados se refiere principalmente a padecimientos agudos, los cuales son muy numerosos en nuestros países. La evaluación de la calidad se refiere principalmente a los padecimientos crónicos y/o degenerativos. Los resultados pueden referirse al estado de salud de la población, a corto y a largo plazo, así como al estado de satisfacción de la misma población, de los prestadores de servicio y el de las autoridades.

Este modelo no pretende revisar todas las variables que intervienen en la administración médico-sociales para la tercera edad; pero es una guía para diseñar programas variables de atención a la población de adultos mayores.

DIRECTORIO

LIC. GENARO BORREGO ESTRADA

Presidente de la Conferencia Interamericana
de Seguridad Social

LIC. ROBERTO RIOS FERRER

Secretario General de la Conferencia
Interamericana de Seguridad Social

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

DR. ALVARO CARRANZA URRIOLAGOITIA

Director

Secretario Técnico Académico

DR. JESUS GONZALEZ POSADA

Divisiones Académicas:

Act. Fernando Argüelles Tejeda

Jefe de la División de Actuaría y Planeación Financiera

Act. Rosalía Cuevas Fournier

Jefe de la División de Administración

Lic. Olga Palmero Zilveti

Jefe de la División Jurídico Social

Dr. Enrique Parra Dávila

Jefe de la División de Medicina Social

Ing. Rodolfo Arias Díaz

Jefe de la División de Salud en el Trabajo

Compilación a cargo del doctor Enrique Parra Dávila, Jefe de la División de Medicina Social del CIESS.

Apoyo en la captura: María de los Angeles Arellano Berrocal.

Para su edición se utilizaron los servicios de diseño por computación a cargo del Area de Comunicación, Información y Relaciones Públicas del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, con la participación del licenciado Juan José Zermeño Córdova, Jefe del Area y de Noemí de la Cerda Rodríguez, responsable de Publicaciones.

Se terminó de imprimir en noviembre de 1993, con un tiraje de 1,000 ejemplares, más ejemplares de reposición.

Impreso en México, D. F., por Acabados Litográficos de México, S. A. de C. V.

El presente título, que se puede calificar como un esfuerzo multidisciplinario, constituye un acervo documental importante para aquellos interesados en los problemas médico-sociales de la tercera edad en América Latina. En el texto se dan a conocer situaciones actuales, problemas, experiencias y opciones de solución, considerando a este grupo de interés para el área humanística, social y biológica, en la que se debe profundizar y darle la debida prioridad técnica y económica.

Esta publicación es producto de actividades académicas relevantes, efectuadas por el CIESS en México y Argentina, en las que se tratan problemas médico-sociales de la tercera edad. Sus autores, originarios de varios países de América Latina exponen información significativa generada durante varios años de experiencia.

La presente edición pretende motivar a aquellos profesionales vinculados a las opciones de solución para los problemas de la vejez a asumir una actitud proactiva; esclarecer la visión que sobre sí mismos tienen las personas de la tercera edad, así como cubrir vacíos bibliográficos sobre la materia.