

CRECIMIENTO POBLACIONAL, EPIDEMIOLOGÍA Y PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

POPULATION INCREASE, EPIDEMIOLOGY, AND SOCIAL PROTECTION PROGRAMS
OF THE ELDERLY

DR. JORGE LASTRA T.
DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL.
jorge.lastra@redsalud.gov.cl

RESUMEN

La realidad de la Protección Social del Adulto Mayor es una preocupación cada vez más frecuente en todo el mundo, dado el explosivo aumento que este segmento etáreo exhibe y las demandas que han surgido a raíz del mismo. Coincidente con este escenario, la inquietud por este tema también se ha ido intensificando durante las últimas décadas en nuestro país, traduciéndose en el levantamiento de estudios diagnósticos, como también en el diseño de políticas y programas para abordar los desafíos que esta situación amerita.

Al respecto, cabe señalar que existen diferentes evidencias y formas de expresión del aumento de los adultos mayores en nuestro país; desde la cifra global de individuos hasta el porcentaje de población que representan. Este mayor volumen de población sobre 65 años es la manifestación más concreta de la necesidad de observar a este grupo poblacional en los aspectos más relevantes de su realidad epidemiológica y socioeconómica, así como también de la necesidad de hacer una reflexión sobre el concepto del envejecimiento como proceso, destacando en él el rol de los factores condicionantes.

Este trabajo es un esfuerzo por dar cuenta de esa realidad, señalar los desafíos y proponer algunas orientaciones de po-

líticas en relación a los adultos mayores.

Respecto de la situación epidemiológica destacan en primer lugar la alta frecuencia de factores de riesgo presentes en este grupo, así como el aumento de la patología crónica, el deterioro de funciones orgánicas y, por supuesto, el aumento de la mortalidad. Por su parte, la mirada social y económica del impacto generado por el incremento de este grupo etáreo, con su respectiva realidad epidemiológica, se asocia a características que también existen respecto de la población general, pero que en el caso de los adultos mayores producen efectos mucho más dañinos, como lo son los factores condicionantes de pobreza y soledad, que profundizan la inequidad del riesgo y la gran frecuencia de enfermedades.

El trabajo analiza los programas de protección social y de atención de salud que existen en los sectores públicos y privado, para este grupo de edad, con sus posibilidades y sus limitaciones, especialmente en los aspectos de calidad de vida. En la discusión se presenta una mirada de los programas existentes y también, los lineamientos necesarios a considerar para mejorar los resultados de éstos, en términos de calidad de vida para el grupo.

Palabras clave: Epidemiología adulto mayor; protección social adulto mayor; adulto mayor / programas de salud.

SUMMARY

The state of social protections of the elderly is a concern increasingly worldwide, due to the explosive growth they present and the demands that they involve in our country, in recent decades this situation has intensified and has resulted in the design of policies, programs and also in diagnostic studies.

There are different forms of expression and evidence of the elderly in our country; that considers the percentage of them in relation to the total population and gross numbers. The peak of population aged over 65, is the most concrete expression of the need to observe this population group, in the most relevant aspects of its epidemiological and socio-economic reality, as well as the need to make a reflection on the concept of aging as a process, and the aging process itself, in highlighting, the role of the factors, with the aim of identifying the challenges posed by this reality.

This work is an effort in that direction, to reflect that reality, noting the challenges and to propose policy guidelines in relation to older adults.

Regarding the epidemiological situation, highlighted in the first place is the high incidence of risk factors present in this group, as well as the increase in chronic diseases, the deterioration of physiological functions and of course, the increase in mortality. The gaze of the social and economic impact in the increase of this age group, with their epidemiological reality, is associated with other characteristics that also exist with respect to the general population, but in the case of older adults, produces much more damage, as are the factors of poverty and loneliness, that deepen the inequity of risk and raises the incidence of disease in this age group.

This paper analyzes the social protection programs and health care, that exist in the public and private sectors, for this age group, with its possibilities and its limitations especially in the aspects related with quality of life.

The discussion presents a look of existing programs and also the need to consider the guidelines to improve the results of them, in terms of quality of life for this group.

Key words: Epidemiology elderly; social protection elderly; elderly / health services.

INTRODUCCIÓN

La Protección Social del Adulto Mayor es una preocupación cada vez mayor en todo el mundo. En nuestro país esta inquietud se ha intensificado en las últimas décadas, dando origen a estudios diagnósticos, así como al diseño de políticas y programas. En el resto de mundo la situación es heterogénea; existen países -como la mayoría de Europa

y de América del Norte- donde esta preocupación es más antigua, de la década del sesenta en adelante y otros como los de África, donde la situación genera menor atención.

El número de adultos mayores se multiplica exponencialmente, en directa relación con el aumento de la esperanza de vida. Así, se calcula que la proporción de adultos mayores crecerá casi el doble en las Américas entre los años 1997 y 2025, pasando del 8% al 13% y la esperanza de vida de 73 a 77 años. Por cierto, la esperanza de vida en promedio puede aumentar todavía algunos años, de manera que la población de esta edad puede crecer en casi cien millones en toda América (1).

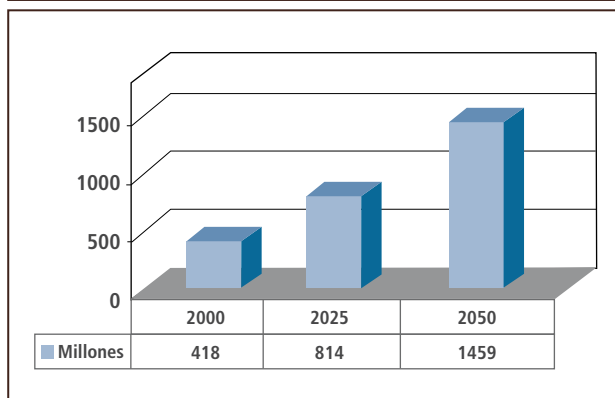
La cultura ha asociado históricamente a estas edades, diferentes funciones. En el mundo occidental y la sociedad que vivimos se ha determinado que este grupo de población tiene incompetencias para las tareas productivas, fundamentalmente por el "deterioro" de las funciones físicas, ya que aunque se identifique socialmente como el derecho a la jubilación -entiéndase descanso-, en los hechos, la sociedad provoca una desvinculación de la persona de la vida productiva. Lo común en la mayoría del mundo es que en esta etapa se asigne algún tipo de protección económica, proveniente de recursos que se ahorran o que son aportados por el Estado u otras organizaciones sociales o comunitarias. Este derecho casi universal a disponer de una renta en esta etapa de la vida está soportado por diferentes modalidades de capitalización; principalmente vinculadas al trabajo reconocido.

Este último dato es especialmente importante porque si la esperanza de vida continúa creciendo y, por ende, la población de adultos mayores aumentando en edad, los recursos necesarios también crecen y las modalidades de capitalización tendrán que comenzar a ajustarse; lo que de seguro se hará reduciendo las rentas vitalicias o incrementando la carga de la cotización. Por parte del Estado, donde las rentas vitalicias son sustentadas por éste, los recursos tendrán que ser mayores y las rentas podrían sufrir alguna contracción. De esta forma, los mayores de 65 años dependerán cada vez más de sus ahorros o de la producción de la población activa que aporta con sus impuestos.

En nuestro país esta realidad ha sido estudiada y ha comenzado un proceso institucional, de la sociedad civil y de privados para el diseño de políticas y programas orientados a este grupo. Sin embargo, la evidencia indica la necesidad de nuevos despliegues que abarquen diferentes áreas, como la financiera y aquellas relacionadas con la creatividad, para desarrollar estrategias que respondan efectivamente a lo que esta población necesita.

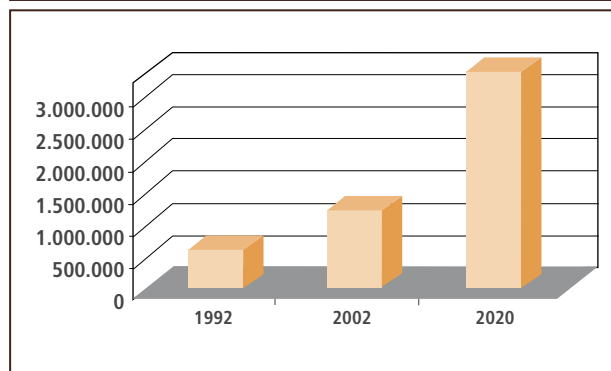
En este trabajo se realiza una revisión de bibliografía para conocer la realidad demográfica, epidemiológica y socioeconómica de la población de adultos mayores como también de algunas políticas y programas destinadas a este grupo, con el objetivo de rescatar las principales orientaciones e identificar cuáles revisten mayor valor estratégico, con miras a asegurar mejores resultados en cuanto a esperanza y calidad de vida para ellos.

GRÁFICO 1. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNDIAL ADULTOS MAYORES



Fuente: Organización Mundial de la Salud. 2001.

GRÁFICO 2. POBLACIÓN ADULTOS MAYORES DE CHILE



Fuente: INE. CEPAL. Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950 - 2050.

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

Existe abundante evidencia respecto del aumento de los adultos mayores (mayor a 65 años) en el mundo; incluyendo el incremento en el porcentaje de la población total como el aumento en número absoluto de ellos. El año 2000 existían alrededor de 418 millones de adultos mayores en el mundo; para el año 2025 se calculan 814 millones y para el 2050 esa población llegará a 1.459 millones (1) (Ver Gráfico 1).

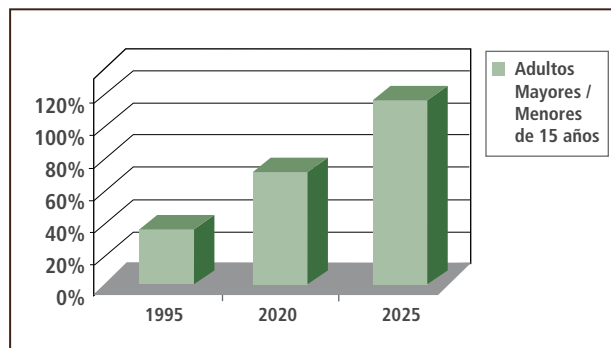
En Chile, los datos muestran lo mismo. El aumento bruto de la población mayor de 65 años implica que, a la fecha, casi se ha duplicado su número respecto del año 1992. En dicho año existían alrededor de 700 mil personas y el año 2002 ya sumaban casi un millón 300 mil; para el año 2020 se espera que la cifra se empine a los 3 millones (Ver Gráfico 2) En el mismo período el grupo de mayores de 65 años respecto del total de la población crece en un 32,7%, pasando de un 6,1% a 8,1% del total de la población (2).

Sin embargo, estas cifras son incompletas si no se considera el índice de envejecimiento, el cual mide la proporción de personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años. Este evolucionará entre los años 1995, 2020 y 2025 de 32 a 67 y a 110 (3) respectivamente (Ver Gráfico 3).

Este indicador refleja que la relación entre población activa y población pasiva (población que no trabaja mayor a 65 años hombres y mayor a 60 años mujeres) se modifica, haciéndose cada vez más estrecho. Como es obvio, el hecho de que la proporción de población activa disminuya en relación al grupo de pasivos constituye una seria complicación, puesto que la carga sobre los activos se hace mayor y más difícil de sobrellevar, lo que amenaza a la viabilidad del sistema o bien disminuyen los recursos disponibles para sustentar a los adultos mayores.

Esta realidad permite hablar en nuestro país de una situación demográfica en transición, la que se ha descrito "como un proceso de larga du-

GRÁFICO 3. PORCENTAJE DE ENVEJECIMIENTO



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 2000.

ración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno inicial de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento, pero con niveles también bajos en las respectivas tasas". De acuerdo con esta definición, Chile alcanza condiciones de Plena Transición (4); ya que el crecimiento intercensal entre 1992 y 2002, fue de 1,2% anual (2).

REALIDAD EPIDEMIOLÓGICA

Conforme avanza la edad de los seres humanos, lo habitual es la aparición de tres elementos que los caracterizan: la muerte, la patología crónica y la discapacidad. Es por ello que los estudios internacionales destinados a la organización de la asistencia sanitaria, clasifican los problemas de salud de los adultos mayores en tres grupos:

1) Principales causas de morbilidad y mortalidad: enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares y cánceres de distinto tipo y localizaciones.

TABLA 1. PROBLEMAS DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES

Principales causas de morbilidad y mortalidad.	Enfermedades cardiovasculares, cerebro vascular y cánceres de distinto tipo.
Afecciones médicas que generan discapacidad crónica.	Genitourinarias, endocrinológicas y del metabolismo, osteomusculares, sexuales y de los sentidos.
Problemas psicológicos.	Ansiedad, depresión, demencia y adicción.

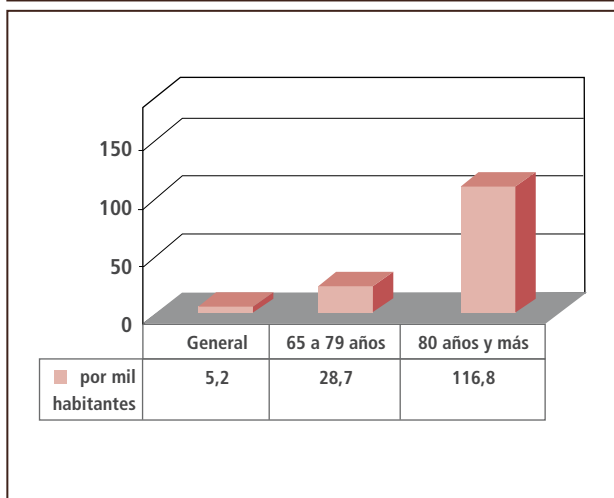
Fuente: Organización Mundial de la Salud. 2001.

2) Afecciones médicas que generan discapacidad crónica: genitourinarias, endocrinológicas y del metabolismo, osteomusculares, sexuales y de los sentidos.

3) Problemas psicológicos: ansiedad/depresión, demencia y adicción (1) (Ver Tabla 1). Como lo señala la OPS (2000): "la muerte se convierte cada vez en un fenómeno propio de la vejez". Igualmente, "también lo hace el porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas y discapacidad".

La mortalidad se acelera a medida que transcurren los años. En casi todos los países, a partir de los 25 años, la tasa de mortalidad general se duplica cada diez años. Este hecho revela la vulnerabilidad de los viejos

GRÁFICO 4. TASA DE MORTALIDAD GENERAL Y POR GRUPOS DE EDAD EN CHILE



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. La Salud de las Américas, 2008.

(5). En Chile, la mortalidad del grupo de 65 a 79 años asciende a 28,7 por mil habitantes y las principales causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio, tumores, enfermedades del sistema respiratorio y del sistema digestivo. La tasa de mortalidad de la población de 80 años y más es de 116,8 por mil habitantes y se mantienen las mismas tres primeras causas de muerte. La Tasa de Mortalidad General Bruta es de 5,2 por mil habitantes (6) (Ver Gráfico 4).

Las condiciones de salud crónicas, en general, presentan más prevalencia en los mayores de 60 años. La disminución de la agudeza auditiva alcanza al 66,6% de los hombres y el 49,2% de las mujeres; la disminución de la agudeza visual es de 34,5% para los hombres y 44,2% de las mujeres; un 7,8% de los adultos mayores presenta una importante dificultad para caminar en terreno plano y cerca del 15% de los hombres mayores de 60 años presenta antígeno prostático elevado, sobre 4 ng/ml (6). Desde el punto de vista de la patología crónica, la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 muestra que un tercio de la población por lo menos, es portadora de un trastorno de este tipo, ocupando un primer lugar aquellas que guardan relación con el riesgo cardiovascular y un segundo lugar las correspondientes a vicios de refracción (7).

En nuestro país, según cifras de CONAPRAN (2006), el 66% de los adultos mayores atendidos en sus hogares y centros abiertos se considera autovalentes, un 22% es semivalentes y un 12% presenta dependencia total. Por otra parte, según información de la Encuesta Nacional de Discapacidad, los adultos mayores representan el 45,2% de las personas con discapacidad y el 39% de la población adulta presenta algún grado de discapacidad; dentro de la cual cerca del 60% de ellos corresponde a grados severos (8).

Por último, en relación a los factores de riesgo, los adultos mayores presentan peores resultados que los promedios nacionales en la mayoría de los Determinantes de Calidad de Vida y Salud, como son el estrés, la alimentación inadecuada, el cuidado del peso corporal, el consumo de bebidas alcohólicas y la actividad física (9).

Por estos resultados, los subgrupos con mayor pérdida de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) para la población de 60 y más años, de acuerdo con el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado el año 2007 en nuestro país, son las enfermedades digestivas, condiciones neuropsiquiátricas y las enfermedades cardiovasculares, destacando como causas específicas las cataratas, la enfermedad isquémica del corazón, el Alzheimer y otras demencias (10).

Al observar estos datos es entendible la frecuente interpretación que define la vejez como el "deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad" (11). Sin embargo, esta definición no distingue entre lo que se conoce como un envejecimiento normal, o bien, el *envejecimiento como proceso*, para diferenciarlo del *proceso de envejecimiento*, que es el que

se encuentra influenciado por los efectos del entorno, estilo de vida y de las enfermedades. El envejecimiento como proceso representa los cambios biológicos universales que se producen con el aumento de los años y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno; ya que no todos estos cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas. Así es posible imaginar, como ocurre en algunos países desarrollados, un curso de la tercera edad controlando los factores relacionados con el envejecimiento y permitiendo entonces una mejor calidad de vida, para lo cual es preciso identificar aquellos otros aspectos que son determinantes de mejores posibilidades para la calidad de vida de los y las mayores de 65 años.

El análisis epidemiológico de este grupo de edad mayor, requiere finalmente de una mirada particular de género, porque la mortalidad se diferencia por sexo observándose cómo la proporción hombre - mujer se reduce significativamente a medida que aumenta la edad: 55 hombres por cada 100 mujeres entre los mayores de 80 años; 35 hombres por cada 100 mujeres entre los mayores de 90 años y sólo 26 hombres por cada 100 mujeres entre los mayores de 100 años (1) (Ver Tabla 2). Ahora bien, esta situación, en tanto se ha reconocido el valor de los determinantes sociales en la salud, no puede separarse del papel del hombre en la sociedad y de su biografía en ella. Se afirma, además, que en las últimas décadas esto se ha visto impactado por los fenómenos de aislamiento y la tendencia de los hombres a recibir menos apoyo social que las mujeres y la creciente inseguridad laboral observada en la mayoría de los países desarrollados, especialmente a la hora de jubilar, lo que implica la pérdida de beneficios económicos, sociales y psicológicos resultantes de la actividad y de tener un objetivo de vida (1), elementos que finalmente actúan como factores determinantes de una salud que se deteriora de manera importante a partir de este minuto.

TABLA 2. RELACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES SEGÚN GRUPO DE EDAD

Entre 80 y 89 años	55 hombres por 100 mujeres
Entre 90 y 99 años	35 hombres por 100 mujeres
Sobre 100 años	26 hombres por 100 mujeres

PERSPECTIVA SOCIOECONÓMICA DE LA TERCERA EDAD

El análisis de la situación económica, social y cultural de los adultos mayores es tanto o más importante que la de cualquier grupo, ya que funciona como condicionante significativa del estado de su salud.

Desde el punto de vista económico se deben considerar dos variables como las más importantes; la primera de ellas es el hecho de que la tercera edad se asocia con la pérdida del poder adquisitivo, ya sea

porque es la edad de jubilación, cuando existen condiciones para ello, o bien simplemente porque no hay condiciones para el desarrollo de una vida laboral productiva. La segunda condición de importancia desde el punto de vista económico es la carga de gastos que implica la mantención de la salud entre los adultos mayores y que ha sido largamente estudiada (1, 4, 12). La combinación de ambas situaciones condiciona un aumento significativo de la fragilidad económica del grupo, haciéndolo dependiente ya sea del entorno familiar cuando es posible o bien de las políticas estatales o de la sociedad civil. Como lo señala un estudio Panamericano, la ausencia de recursos "... para la vejez y el financiamiento de salud... de los adultos mayores obligarán a transferencias -obligatorias o voluntarias- de la población en edad laboral a la población en edad de retiro. Sin estas transferencias, las condiciones de vida de los adultos mayores empeorarán" (13). Por esta razón, el estudio de la Superintendencia de Salud que se ha comentado no duda en señalar que: "Es en el campo de la seguridad social donde se expresa con mayor nitidez la vulnerabilidad de los adultos mayores". Esto porque: "El sistema previsional predominante en el país, al momento de la jubilación del trabajador, ofrece pensiones que son insuficientes para cubrir las necesidades económicas propias de esta etapa de la vida, alcanzando en muchos casos apenas para sobrevivir". Una situación particularmente grave para la mujer, ya que su ingreso durante el período laboral es menor al de los hombres, por lo que su jubilación es todavía inferior. Si a esto se suma el hecho de que ellas viven más, hasta seis años más que los hombres, la prolongación de la vida se hace a expensas de una situación deficitaria (4).

De acuerdo con la encuesta CASEN 2006, el 7,5% de los mayores de 60 años es pobre o indigente y corresponde al grupo de edad donde la reducción de la pobreza es proporcionalmente menor que en los otros grupos (14).

En relación a la situación previsional, en los mayores de 60 años la adscripción a FONASA aumenta de 70,7% a 81,7%, mientras que en el Sistema ISAPRE ocurre lo contrario, baja de 17,5% a 7,5%. Es decir, los adultos mayores en tanto llegan a los sesenta años, migran al Sistema Público, lo que por cierto los hace competir con un gran volumen de población por el acceso a la Salud (15).

Desde el punto de vista del alfabetismo, dentro de la población adulta mayor se observa que éste disminuye en relación con los otros grupos de edad, alcanzando en las mujeres 85,6% y en los hombres 88,4% (15).

Finalmente, aunque no corresponden a cifras significativas, si constituyen hechos relevantes en la medida que se trata de fenómenos que expresan una realidad preocupante y que no se observa de la misma forma en otros grupos de edad. En nuestro país se estima que actualmente habría 26.854 adultos mayores que viven en distintos tipos de residencias institucionales, del tipo Hogar de Cristo o Fundación Las Rosas. Se alude a este hecho porque junto a la carga económica, los riesgos de vulnerabilidad y otras dificultades de integración social de

los adultos mayores, también se agrega con fuerza la amenaza de la soledad, la que por cierto agrava el escenario, puesto que se trata de años en los que la compañía y la cooperación son aspectos definitivamente trascendentes (16). Por esta misma razón resulta tan importante el dato acerca de la asociatividad en este grupo de población, el que da cuenta de que los adultos mayores buscan integrarse y participar de diversas entidades. De acuerdo al Catastro Nacional de Organizaciones, hoy en el país existen 254.624 adultos mayores organizados en 7.668 agrupaciones (17).

En síntesis, de acuerdo con los datos que se han expuesto, la población de adultos mayores se ha incrementado significativamente en las últimas décadas y lo seguirá haciendo. Crece, mientras se produce una disminución de la proporción de menores de 15 años respecto de este grupo. La situación de salud de ellos es de alta mortalidad y morbilidad, asociado a elevados niveles de riesgo. Desde el punto de vista socioeconómico se trata de un grupo de población con recursos generalmente precarios y elevada demanda de ellos, con una condición social y cultural de aislamiento, con minusvalía en cuanto a su capacidad productiva y que ha buscado la asociación entre sus mismos pares como un recurso de ayuda a su vivir.

En el contexto señalado se han desarrollado distintos tipos de programas de protección social, pero dado el cuadro descrito, parece indispensable remirarlos, como señala el profesor Dr. Pedro Marín en su artículo "Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores" (18).

LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

La "tercera edad" o "los adultos mayores", independiente de la denominación que se utilice para referirse a este grupo, es un segmento de la población que requiere de programas específicos que les ayuden en la generación de mejores condiciones de vida para el pasar de sus años.

Con este fin, ya sea poniendo los énfasis en el apoyo de subsistencia o económico, en la salud o en la integración social, se han implementado desde mediados del siglo pasado distintas iniciativas con orígenes diversos, de caridad, públicas y privadas, que vale la pena conocer e identificarlas para ver cómo complementan futuras acciones, que permitan mejorar los estándares de vida de estas personas.

Las primeras experiencias que se pueden conocer son principalmente de caridad, a través de proyectos pastorales, como son las hospederías y hogares de ancianos del Hogar de Cristo y las casas de la Fundación Las Rosas, que se desarrollan al amparo de la Iglesia Católica. Su propósito es exclusivamente subsidiario en el hospedaje y la alimentación.

Una de las primeras estructuras cercanas a la institucionalidad del Estado creada para la atención de los adultos mayores es el Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAM). El Consejo Nacional

de Protección a la Ancianidad es una Corporación de derecho privado, sin fines de lucro, constituida por escritura pública, con fecha 24 de septiembre de 1974. Cuenta con 23 establecimientos de atención de Adultos Mayores y diez centros abiertos, en 10 regiones del país.

Sin embargo, la verdadera institucionalización se inicia en 1995 con la creación de la Comisión -y luego el Comité- Nacional para el Adulto Mayor. El año 1996, este proceso continúa con la aprobación de una Política de Gobierno sobre el Adulto Mayor en 1997. Finalmente en septiembre de 2002 se crea el SENAMA como un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, cuyos principales objetivos son velar por la plena integración y por la no discriminación y marginación de los adultos mayores a la sociedad, protegiéndolos ante el abandono e indigencia, y haciendo valer sus derechos legales. Con esta institucionalidad se ha podido avanzar, como lo señala el Dr. Pedro Marín, en las siguientes líneas: a) el área de los servicios sociales para el adulto mayor, donde destacan los esfuerzos realizados por varios municipios, ONGs y el Instituto de Normalización Previsional, en varios tipos de apoyo a la integración y recreación del adulto mayor; b) la protección social, especialmente en materia de previsión social, y c) la coordinación de diferentes instancias para comisionar y formar grupos para estudiar y conocer mejor la realidad de este grupo (18).

En un reciente trabajo presentado por Pablo Morris, sociólogo de la Universidad Católica de Chile, donde se realiza una sistematización de la oferta de programas e iniciativas públicas y privadas para la "tercera edad" a nivel nacional y regional, se logró registrar 98 programas o iniciativas. La mayoría son de carácter nacional y son entregadas por instituciones públicas en forma gratuita y sólo una minoría son privadas. Principalmente se trata de programas que entregan servicios sociales, de educación y de protección social. Otro grupo importante entrega servicios que van más allá de necesidades básicas, en cultura y recreación y de vida saludable. A lo anterior se suma otro grupo que con iniciativas de carácter integral, que cubren simultáneamente muchas prestaciones y de diverso tipo. Por último, esta sistematización evidencia que las áreas menos desarrolladas son las de apoyo a la asociatividad y participación, acceso a la vivienda, defensa de derechos, voluntariado y extensión social y apoyo al emprendimiento (19).

A nivel internacional, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el año 1982 lo que se conoció como el Plan Internacional de Viena para la Acción sobre el Envejecimiento, con el fin de reforzar la capacidad de los gobiernos y de la sociedad civil para responder a las necesidades de las poblaciones que están envejeciendo y al mismo tiempo promover la figura de las personas mayores como recurso vital para todas las sociedades. Más adelante la OMS, tomando estas orientaciones dio directrices para la promoción del envejecimiento saludable, con enfoque específico de género, considerando no sólo las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, sino también a los papeles creados por la sociedad y que dan forma a las identidades de estos dos géneros (1).

Los programas estatales actuales para el adulto mayor cubren diversas áreas. Quizás las más destacadas son las referidas a la protección social y el apoyo en programas de salud. Respecto de la protección social, el más importante se relaciona con la Reforma Previsional, que aporta una pensión de vejez solidaria a todas las personas que no tienen derecho a pensión en algún régimen previsional, ya sea como titulares o como beneficiarios de pensión de sobrevivencia, y que reúnan los requisitos de edad, focalización y residencia que señala la Ley 20.255. Asimismo, son importantes en salud la gratuidad en la atención de los mayores de 65 años establecida a comienzos del actual gobierno y diversas prestaciones específicas: Plan de Alimentación Complementaria, inmunizaciones, atención domiciliar y las patologías AUGE para la tercera edad (20).

Existen otras iniciativas y programas, especialmente en las áreas ya comentadas en el estudio de Morris, y por ello se puede reconocer importantes avances en esta materia, desde la creación de la institucionalidad pública del SENAMA, especializada en concertar actores, promover estudios, apoyar con recursos las iniciativas gestionadas por los adultos mayores y coordinar políticas y programas multisectoriales (19).

A MODO DE CONCLUSIÓN

Como se ha señalado, las variables que inciden en el proceso de envejecimiento condicionándolo y transformándolo en indeseable; por la precariedad de la subsistencia en lo económico y lo social, persisten como desafíos en los que se debe profundizar. Especialmente en lo que dice relación con transformar las políticas destinadas a la "protección" en políticas de "derechos", como lo señala Sandra Huenchuán, en su estudio sobre la evolución de las políticas para la vejez, la que en síntesis implica el reconocimiento de este grupo poblacional como portadores de demandas que deben ser diseñadas e implementadas con su activa participación y reconocidas socialmente como derechos exigibles (21).

De acuerdo con estos antecedentes se pueden recoger diversas propuestas que constituyen claves de un buen envejecimiento, según el informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos, citado en el Manual para el cambio de comportamiento destinado a mejorar la salud a todas las edades de la OPS (5). Estas son:

Mantener activo el cuerpo y el cerebro, manteniendo y ampliando las relaciones sociales como tareas propias del adulto mayor.

Por su parte, la comunidad debe aportar en:

- Proporcionar o incitar a otros a proporcionar lugares donde los ancianos pueden reunirse y compartir actividades.
- Proveer periódicamente medidas sencillas de promoción de la salud y detección de las enfermedades en los lugares donde los ancianos se reúnen.
- Facilitar el acceso de los ancianos o discapacitados a los negocios y edificios públicos.
- Adoptar y poner en práctica medidas de salud, seguridad y calidad de vida en los centros residenciales.

- Conseguir la cooperación de organizaciones, escuelas, medios de comunicación, iglesias y otros transmisores de valores para hacer que la vida de la comunidad sea "más fácil para los viejos" (5).

Sumando a esto, la Organización Panamericana propone como cambio de paradigma: "El marco conceptual de la OPS se basa en la premisa de que el buen envejecimiento depende en gran medida de la prevención de las enfermedades y la discapacidad, del mantenimiento de una gran actividad física y de las funciones cognitivas, y de la participación ininterrumpida en actividades sociales y productivas.

Así el Programa propone:

- a) Ejercicio físico, nutrición y vacunación.
- b) Educación a lo largo de toda la vida y las políticas que alienten la utilización de trabajadores de edad.
- c) Fomentar la cohesión y fortalecer la interdependencia de generaciones.
- d) Adaptabilidad a lo largo de la vida es un elemento esencial para un buen envejecimiento (3).

También, el Dr. Pedro Marín hace aportes específicos respecto de la redefinición de las políticas sanitarias que es valioso considerar; específicamente en la anticipación del daño, generando soportes a las familias que acompañan a los adultos mayores, atención continua de los problemas de salud, coordinación de servicios e integración de ellos y formación de recursos humanos capacitados para la atención del grupo.

Sin embargo, como señala el mismo profesional, respecto de la necesidad de considerar la condiciones fundamentales sociales, económicas y ambientales de los adultos mayores, que: "está demostrado (que así hay que hacerlo, poner atención en estas condicionante) por dos razones: primera, mejorar la calidad de vida puede prevenir o retardar la decadencia médica y funcional; y secundariamente puede amortiguar muchos efectos colaterales de las enfermedades crónicas de los ancianos incapacitados. En ambas instancias hay un ahorro real para la sociedad tanto en términos económicos como humanos y una mejor calidad de vida que es algo que todos queremos para nosotros mismos al llegar a esa edad" (18).

Por ello, al hacer definiciones de política resulta fundamental construirlas considerando la titularidad de derechos de los adultos mayores e incorporando los distintos aspectos que Huenchuán (21) define como fundamentales, ya que de esa forma se logrará, efectivamente, dar respuesta integral a las necesidades del grupo en cuestión:

- a) Políticas orientadas a la pobreza, que buscan proveer de medios económicos (sistemas de pensiones e ingresos) a adultos mayores que descienden bruscamente su nivel de ingresos y se acercan a línea de pobreza.
- b) Políticas orientadas a la vulnerabilidad, que buscan anticipar y desactivar factores y procesos que favorecen la exclusión social de adultos mayores que son más susceptibles a determinados riesgos (por ejemplo, de salud).
- c) Políticas orientadas a la integración social, que se enfocan a proveer

mecanismos de apoyo para modificar o superar factores de desadaptación sociocultural de los adultos mayores.

d) Políticas orientadas a derechos, que intentan favorecer la construcción de ciudadanía y garantizar condiciones para ejercicio de derechos por parte de los adultos mayores, en igualdad de condiciones con los demás grupos etarios, pero también haciéndose cargo de sus diferencias.

CONCLUSIÓN

Es preciso proyectarse con mayor urgencia y mayor potencia, puesto que la pendiente de crecimiento de este grupo de población demanda respuestas mucho más extensas y creativas frente a un desafío que seguirá haciendo más exigente con el paso del tiempo. Se ha avanzado, pero los esfuerzos son insuficientes, la imagen de una población carente, abandonada y con una salud deteriorada, demandando atenciones no siempre pertinentes, oportunas y accesibles, anticipa desafíos que no pueden esperar.

Sobre todo, si aspiramos a eliminar las imágenes de grupos de ancianos, solitarios, enfermos y pobres; necesitamos programas públicos y privados, nacionales, regionales y comunales, que sean integrales, vale decir, que atiendan a los aspectos que se han destacado como fundamentales, de protección social, apoyo en la salud, de calidad de vida y de integración social. Considerando aspectos de género y también de derechos, son los desafíos que plantean nuestros adultos mayores, que en su mayoría aportaron significativamente para sus familias y la nación.

La evidencia mundial demuestra que la imagen del envejecimiento que estamos observando en nuestro país no es la única posible, para ello los antecedentes señalan que la protección social, en términos de apoyo financiero, el envejecimiento activo y la atención preventiva en edades anteriores a las del envejecimiento, son determinantes en la calidad de vida de los adultos mayores. Por lo tanto, se necesita fortalecer las políticas en esta dirección para asegurar la mejor vejez en nuestro país.

De esta forma será posible hacer realidad la propuesta del Director General de la OPS, que el año 1999, en el día internacional del envejecimiento activo decía:

“Debemos refinar y definir las estrategias que estimulen un envejecimiento saludable y activo. Las estrategias para un envejecimiento activo conciernen a todo el mundo, desde los que diseñan los planes de acción hasta los investigadores, desde los médicos hasta todas las personas de este planeta.

... desde la perspectiva de género debemos reconocer dificultades y desigualdades basadas en el género que afectan a la forma en que envejecemos como hombres y mujeres”

Gro Harlem Brundtland, Dr. M., M. F.

Director General Organización Mundial de la Salud

(7 de abril de 1999. Día Mundial de la Salud – El envejecimiento activo hace la diferencia).

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, Hombres y Envejecimiento. Conservar la Salud a lo largo de la Vida. OMS, 2001
2. INE. CEPAL; Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950- 2050
3. OPS, Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma; Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am/Public Health 7(1), 2000: 60 – 67.
4. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile, Impacto del envejecimiento en el gasto de en Salud: Chile 2002 – 2020, Mayo 2007.
5. OPS, Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento, OPS, 2005
6. OPS, Salud en las Américas, 2007. Volumen II- Países, 2008.
7. Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud, 2000.
8. FONADIS, Encuesta Nacional de Discapacidad, 2005.
9. Ministerio de Salud, II Encuesta Nacional de Salud, 2006,
10. Ministerio de Salud, Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Ministerio de Salud, 2008.
11. Kirkwood T., Mechanisms of ageing in epidemiology in old age, 1996; citado por OMS, 2001.
12. Cristián Aedo; Los problemas de salud del adulto mayor y las enfermedades catastróficas; Estudios Públicos, 63 (invierno 1996); OMS, 2001; Superintendencia de Salud, 2007.
13. Rubén Suárez y Claudia Pescetto; Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe; Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005.
14. MIDEPLAN, Encuesta CASEN 2006. Resultados Nacionales.
15. MIDEPLAN; Resultados de la IX Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2003).
16. MARIN L, Pedro Paulo, GUZMAN M, José Miguel y ARAYA G, Alejandra. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?. Rev. méd. Chile, jul. 2004, vol.132, no.7, p.832-838. ISSN 0034-9887.
17. SENAMA 2003, Catastro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores, SENAMA 2003.
18. Pedro Paulo Marín, Lineamientos para la reformulación de la

Política Pública de Salud para personas mayores, Dirección de Asunto Públicos PUC, Temas de Agenda Pública, Año 1/Nro. 5/ Diciembre 2006.

19. Morris Pablo, Políticas para el adulto mayor en Chile: institucionalización y desafíos políticos y técnicos, http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/files/articulo_pablo.pdf

20. www.senama.cl

21. Huenchuán, Sandra; "De objetos de protección a sujetos de derecho: Trayectoria de la políticas de vejez en Europa y Estados Unidos" Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social, N° 8, Diciembre de 1999, Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez, Santiago de Chile.

EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTOS DE INTERÉS
CON LOS LABORATORIOS.