

LAS POLITICAS SOCIALES PARA LOS ADULTOS MAYORES EN CHILE

Una política social para la tercera edad debería propender a mejorar y ampliar la oferta de servicios sociales, especialmente de salud y previsionales; crear oportunidades de incorporación más plena a la sociedad, difundir ideas adecuadas sobre el envejecimiento y promover actitudes concordantes con una visión de la vejez como una etapa que, al igual que las restantes de la vida, esté orientada a la autorrealización personal y social.

Es necesario establecer desde el inicio que este artículo presentará un panorama general de las políticas sociales destinadas a los adultos mayores, realizado desde mi particular punto de vista, por ende, muy selectivo y, debido a la brevedad del texto, muy simplificado. Más aún, dado lo reciente de la historia de dichas políticas, el relato es el de una de las participantes de esa historia. Eso, si bien tiene la ventaja de permitirme conocer desde dentro lo sucedido, conlleva asimismo el riesgo de plantear una visión sesgada.

APROXIMACION A UN DIAGNOSTICO GLOBAL DE LA SITUACION DEL ADULTO MAYOR EN LA SOCIEDAD CHILENA

CARMEN BARROS LEZAETA
Profesora Titular
P. Universidad Católica de Chile
Investigadora
Programa del Adulto Mayor

Este diagnóstico destacará dos rasgos característicos de la sociedad chilena, sustentando lo afirmado con algunos datos claves¹. La primera tendencia a destacar, es que Chile ofrece cada vez mayores

oportunidades para que las personas lleguen a viejos y vivan un mayor número de años de vejez. Esto se observa claramente en el cuadro que se presenta a continuación:

EVOLUCION DE LAS OPORTUNIDADES DE CANTIDAD DE VIDA			
	1952	1995	2025
• Nº de chilenos con 60 años y más (*) y • % de la población	600.000 6.5%	1.300.000 10%	3.000.000 16%
• Probabilidad sobrevivencia hasta los 60 años	.52 (hombres) .59 (mujeres)	.75 (hombres) .87 (mujeres)	.80 (hombres) .90 (mujeres)
• Esperanza de vida a los 60 años	14.5 años (hombres) 16.3 años (mujeres)	17 años (hombres) 20.8 años (mujeres)	17.9 años (hombres) 22.2 años (mujeres)

FUENTE: INE-CELADE, Proyecciones de población por sexo y grupos de edad, 1978 y 1987. (*) Las cifras han sido redondeadas.

¹ Para un análisis pormenorizado, ver por ejemplo, Carmen Barros, Estudios Sociales Nº 77, 1993. También, Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor, Santiago, 1995.

Por consiguiente, los adultos mayores constituyen, desde el punto de vista demográfico, un gran desafío tanto por el creciente número de personas que componen esta categoría etárea, como por la velocidad de su crecimiento.

La segunda tendencia surge al adoptar una perspectiva sociológica. Se toma como unidad de análisis a la sociedad y la atención se centra en las características y condiciones sociales y en cómo ellas configuran o no similares oportunidades de nivel de vida para la categoría de los que envejecen. Así, se puede afirmar que en Chile la calidad de las condiciones sociales de vida empeora a medida que se envejece². En términos generales, la sociedad chilena hasta ahora ha fracasado en proveer a sus adultos mayores oportunidades de:

ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD ADECUADOS A SUS REQUERIMIENTOS BIOLÓGICOS.

Esta afirmación se funda en dos consideraciones: por un lado, en que el tratamiento de los adultos mayores no se hace con un enfoque geriátrico y, por otro, que las prestaciones son fundamentalmente de tipo curativo³. Esto dificulta un envejecer más saludable y prevenir limitaciones funcionales evitables.

OBTENER UN INGRESO SUFICIENTE

A medida que las personas envejecen se retiran de la fuerza de trabajo. Ello ocurre porque así lo establece la ley, por las fuertes presiones sociales para que los mayores dejen sus cargos a los más jóvenes, por la discriminación en las contrataciones y porque muchos desean y necesitan hacer uso de un beneficio que les ha otorgado la sociedad.

Al respecto, la información del Censo de 1992 evidencia que sólo el 11,5% de la población mayor de 65 años tiene una actividad económica. Ahora bien, la sociedad, mediante la institucionalización de las jubilaciones y las pensiones, permitió que los individuos al cumplir cierta edad se retiraran del trabajo y siguieran percibiendo un ingreso. No obstante, los bajos montos de las pensiones dificultan satisfacer las necesidades básicas⁴.

“...en Chile la calidad de las condiciones sociales de vida empeoran a medida que se envejece. En términos generales, la sociedad chilena hasta ahora ha fracasado en proveer a sus adultos mayores oportunidades...”

REALIZAR ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS, TENER UN ROL CON UN CONTENIDO ESPECÍFICO Y SER RECONOCIDOS COMO INTEGRANTES VALIOSOS

Ello restringe las oportunidades de mantenerse activo e integrado a la sociedad, dificulta a quien envejece el desarrollar sus potencialidades y autorrealizarse, al no ofrecerles un rol en el que encauzar su acción.

ADQUIRIR IDEAS ADECUADAS SOBRE EL ENVEJECER

Las ideas prevalecientes acerca de lo que son la vejez y los viejos conforman lo que se denomina la ideología del “viejismo”. Ella se construye a partir de dos fuentes⁵: la medicina y la economía.

La medicina y su concepción del envejecimiento como un proceso biológico de progresivo e inevitable deterioro, ha inducido a una imagen social del viejo como alguien deteriorado e incapaz. Esto repercute en los propios ancianos, quienes al hacer suyas estas ideas acaban por percibirse a sí mismos en tales términos. De ahí que acepten su deterioro como algo fatal y que tiendan a asumir una actitud de resignación⁶ y apatía frente a lo que les acontece, restringiendo así cualquier iniciativa de superación.

² Esto no quiere decir que los envejecidos constituyan una categoría social homogénea, sino que se refiere únicamente a que en términos generales son afectados en forma similar por factores sociales, aunque, dependiendo de sus circunstancias y del modo de enfrentamiento personal, los resultados varían.

³ Hay algunas excepciones a nivel de municipalidades que han creado programas de detección de adultos mayores en riesgo y de educación en salud. Más aún, el Ministerio de Salud está por iniciar un programa preventivo de “Cuidado de la salud del adulto mayor”, a implementarse en el nivel de la atención primaria de salud.

⁴ Según datos de la Superintendencia de Seguridad Social, en 1994 el monto promedio de las pensiones de vejez pagadas por el I.N.P. era de \$ 48.112 y de \$ 68.304, para las pagadas por A.F.P., siendo la pensión mínima de \$ 39.999 para los menores de 70 años y de \$ 41.097 para los mayores de 70. Monto que expresado en dólares es algo más de 100. Las pensiones de viudez eran de \$ 38.921 y \$ 54.719 respectivamente, y la mínima de viudez sin hijos era de \$ 25.740 y \$ 31.999 respectivamente.

⁵ Para un análisis acerca de la forma cómo se origina esta imagen, ver Carmen Barros, “La familia, ¿apoyo para el anciano? o el anciano, ¿estorbo para la familia?” en P. Covarrubias, M. Muñoz, C. Reyes. ¿Crisis en la familia?, Santiago, Cuadernos del Instituto de Sociología. P. Universidad Católica de Chile, 1983. Datos acerca de su validez, ver en Carmen Barros, “Envejecer en Chile”, op.cit. Para información empírica acerca de cómo lo perciben los que envejecen ver “Viviendo el envejecer”, Santiago, Cuadernos del Instituto de Sociología. P. Universidad Católica de Chile, 1991, Parte III.

⁶ Es lo que suele denominarse resignación aprendida que es una respuesta común de los individuos cuando se encuentran en situaciones que están fuera de su control.

La economía, en una sociedad en que el modelo de desarrollo enfatiza el crecimiento económico, el no desempeñar un trabajo productivo es interpretado culturalmente como no hacer nada y quien no hace nada es inútil y sin importancia social. Esta noción proyecta una imagen de inutilidad e induce a los adultos mayores a percibirse en esos términos, lo que lesiona su autoestima.

A partir de estas ideas prevalentes en la sociedad, se generan en los adultos mayores actitudes de resignación y apatía que, al restringir sus iniciativas, entran sus posibilidades de enfrentar el envejecer asumiendo un papel activo y así vivir esta etapa de la vida, con un sentido de autorrealización.

De lo anteriormente expuesto, se infiere la necesidad de intervenir para: mejorar las condiciones sociales de vida; generar oportunidades sociales para actualizar las potencialidades de los adultos mayores y modificar las ideas acerca de la vejez y la actitud de ellos, incentivándolos para que asuman su etapa de vida en forma activa. La conclusión lógica es, pues, que la política social debería propender a mejorar esta situación, teniendo como objetivos: mejorar y ampliar la oferta de servicios sociales, especialmente de salud y previsionales; crear oportunidades de una incorporación más plena a la sociedad; difundir ideas adecuadas sobre el envejecimiento y promover actitudes concordantes con una visión de la vejez como una etapa que, al igual que las restantes de la vida, esté orientada a la autorrealización personal y social.

Requisito para lograr estos objetivos es modificar la forma de interpretar el proceso de envejecimiento, descartando el conceptualizarlo como un proceso de

“...necesidad de intervenir para: mejorar las condiciones sociales de vida; generar oportunidades sociales para actualizar las potencialidades de los adultos mayores y modificar las ideas acerca de la vejez y la actitud de ellos, incentivándolos para que asuman su etapa de vida en forma activa...”

deterioro que comprende la situación de vejez mediante un modelo de déficit y concibe al viejo como mero receptor de asistencia. En su reemplazo se propone el enfoque del ciclo de la vida⁷. Este considera que la calidad del proceso de envejecimiento depende de la combinación de tres factores:

- Las características del entorno social y las oportunidades que ofrece de condiciones sociales de vida (en este caso acceso a bienes y servicios y tener un lugar en la sociedad que permita obtener reconocimiento como integrante valioso).
- Los eventos sociales y las dificultades cotidianas que experimentan los individuos.
- Las formas cómo los individuos enfrentan lo que les ocurre. De allí que a quienes envejecen les cabe un papel muy importante en la construcción de su forma de envejecer. Les corresponde asumir un papel activo para responder a lo que ocurre en su contexto social y en su propia existencia, buscando formas de enfrentarlas de modo de seguir estando satisfechos.

⁷ Barbara Newman y Philip Newman, El desarrollo a través de la vida. Homewood Ill., The Dorsey Press, 1984. D.F. Hultsch y F. Deutsch, Adult Development and Aging, a Life Span Perspective. New York, Mc Graw Hill, 1981. Carmen Barros L., Trabajando el envejecer. Santiago. Cuadernos del Instituto de Sociología. P. Universidad Católica de Chile, 1996.

Vale decir, la calidad del envejecer depende en gran parte de la capacidad de los individuos que envejecen de enfrentar efectivamente los cambios que acontecen en su entorno social y en su propio organismo.

“La calidad del envejecer depende en gran parte de la capacidad de los individuos que envejecen de enfrentar efectivamente los cambios que acontecen en su entorno social y en su propio organismo”.

CONAPRAN, entidad a cargo del tema. Se hace un primer diagnóstico, se convoca a seminarios en los que se debate la situación y se insinúan acciones en favor del adulto mayor. La gran deficiencia es que la institución a cargo es un ente privado, que aun cuando cuenta con subven-

En este contexto, se examina a continuación cuáles han sido las políticas que se han implementado en Chile y cuáles han sido sus méritos y sus deficiencias.

DIAGNOSTICO DE LAS POLITICAS EN FAVOR DEL ADULTO MAYOR

Es necesario establecer que no existe una política social propiamente tal sino hasta 1996. No obstante, es importante describir las acciones realizadas con anterioridad, en la medida que, fueron trazando un camino y aportando mejoras a la situación social de los adultos mayores chilenos.

A) HITOS EN LA PREOCUPACION POR EL TEMA, EN LA AGENDA DE LA POLITICA SOCIAL

Puede afirmarse que hasta 1995, las políticas sociales implementadas se restringieron a proveer servicios sociales públicos para atender las necesidades de los adultos mayores en dos ámbitos. El ámbito del sistema previsional de salud -contributivo y asistencial- con énfasis en proveer servicios curativos, no diferenciados de los que se prestan a los adultos, y el ámbito de las pensiones, donde a las de base contributiva se agregaron las asistenciales, en 1975.

Dentro de este panorama general se pueden destacar, empero, algunos hitos en los que se realizaron acciones que produjeron cambios significativos.

Período I: 1974-1989

En 1974 se plantea por primera vez el tema del envejecimiento a nivel del debate público. Se crea

ción estatal, es incapaz de originar una política social. Su orientación depende de quien la dirige. Durante los primeros años tiene una orientación más integral la que luego, al cambiar sus dirigentes, se vuelve puramente asistencialista.

Un logro importante del período es que se instaura en 1975 el subsidio denominado pensión asistencial de vejez, con un valor equivalente a un 50% de una pensión mínima.

Entre los años 1980-81 ocurre un cambio radical en el sistema de seguridad social, subdividiéndoselo en uno público y otro privado. En las pensiones se pasa de un sistema de reparto a un régimen de capitalización individual. Junto con esto el pago de las pensiones de los antiguos cotizantes pasa a ser de cargo del Estado. Esto tiene gran importancia ya que pasan a depender económicamente del Estado, para quien el pago de las pensiones significa en 1994 un gasto del 5% del P.G.B. De allí la enorme dificultad de subir el monto de las pensiones.

En el sistema de salud los cotizantes que tienen un ingreso suficiente pasan a contratar programas de servicios con las entidades privadas denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), con lo cual las cotizaciones de los sectores de mayores ingresos no siguen contribuyendo, como anteriormente lo hacían, a solventar el gasto en salud. Aquellos que no tienen ingresos o cuyos ingresos no les alcanza para comprar un buen servicio a las ISAPRES y los antiguos cotizantes, son atendidos por la entidad pública denominada Fondo Nacional de Salud (FONASA).

El sistema de seguridad social público comprende el sistema previsional estatal, centralizado en el Instituto de Normalización Previsional (INP) y el sistema público de atención de salud (FONASA) que atiende al 74% de la población adulta mayor y donde el 50% del total de los adultos mayores recibe atención gratuita.

El sistema privado está integrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (A.F.P.) e ISAPRES. Ambas instituciones compuestas por un conjunto de empresas que prestan servicios con fines de lucro.

Aunque no constituye directamente un hito en la emergencia de una política, conviene destacar una experiencia privada de gran importancia porque es pionera en proponer un tipo de acciones que apuntan en la dirección de promoción del adulto mayor, tiene resultados exitosos y es seminal en la medida que sirve de inspiración a otros programas. Se trata del

Programa del Adulto Mayor de la P. Universidad Católica de Chile (1989). Es un programa de cursos diseñados con los objetivos de: potenciar la capacidad de acción de los adultos mayores al difundir conocimientos; reforzar su autonomía; constituirse en instancias de reunión, que son potencial semilla para la organización; e, incluso, busca capacitarlos para desempeñarse como monitores con lo cual les define un rol en la comunidad y les abre nuevas oportunidades de integración societal.

Período II: 1990-1994

En 1990 se crea el Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). Es a este organismo a quien el Gobierno le asigna la tarea de abordar la temática de los adultos mayores, encuadrándola en una concepción que los define como uno de los grupos vulnerables prioritarios. MIDEPLAN inicia sus actividades en el tema, estudiando el fenómeno del envejecimiento y elaborando un enfoque para abordarlo. Ello se concreta en el documento "Envejecimiento en Chile. Diagnóstico y bases para una política nacional 1991-93".

Los resultados más destacables de la acción de MIDEPLAN serían los mencionados a continuación:

- La forma de conceptualizar a los adultos mayores como un grupo discriminado por la sociedad, lo que lo constituye en un grupo vulnerable al estar en condiciones de inferioridad frente a las restantes categorías que componen la sociedad. La ventaja de este enfoque es centrar las acciones interventoras en el conjunto de problemas que afectan a dicha categoría etárea. Se tiende así a aunar los esfuerzos, buscando superar el sesgo

sectorialista tradicional de la política social chilena.

Con esto, además, la política social vinculada a los adultos mayores tiende a iniciar un cambio desde una orientación de proveer servicios a quienes no son capaces de proporcionárselos por sí mismos, a otra que busca corregir desigualdades generadas por la forma de estructuración de la sociedad.

"La política social vinculada a los adultos mayores tiende a iniciar un cambio desde una orientación de proveer servicios a quienes no son capaces de proporcionárselos por sí mismos, a otra que busca corregir desigualdades generadas por la forma de estructuración de la sociedad".

- La labor de sensibilización e incentivos a las municipalidades para que inicien programas destinados al adulto mayor con este nuevo énfasis. Si bien este es un paso adelante, su gran deficiencia es que se elaboran programas poco estructurados, de naturaleza muy heterogénea y que se financian con fondos municipales propios los que, por lo general, son de monto reducido.
- La creación del Fondo de Inversión Social (FOSIS) que en este período formula un programa para incrementar la participación, basándose en la experiencia innovadora de la Casa de Todos de Ñuñoa, y financia la extensión de dicha experiencia a otras cinco comunas.

Período III: 1995 en adelante

En 1995, por Decreto Presidencial, se crea la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, encargándosele la tarea de elaborar un diagnóstico y de sugerir medidas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. A

partir del informe entregado por la Comisión al Presidente, el Gobierno formula por primera vez una Política Nacional para el Adulto Mayor, la que es aprobada por el Ejecutivo a través del Comité de Ministros del Área Social, en 1996. El objetivo general de la política es "un cambio cultural que signifique un mejor trato y valoración de los adultos mayores en la sociedad lo que implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y alcanzar mejores niveles de calidad de vida".

Junto con esto se crea el Comité para el Adulto Mayor, órgano asesor del Presidente para que provisoriamente se haga cargo del tema.

B) CARACTERÍSTICAS DE LAS POLÍTICAS ACTUALES DESTINADAS AL ADULTO MAYOR, DESTACANDO SUS PRINCIPALES FORTALEZAS Y DEBILIDADES

La principal fortaleza de las políticas actuales radica en la adopción oficial de una visión que ya no conceptualiza el envejecimiento como deterioro y a la vejez ameritando únicamente medidas de asistencia social, sino que la concibe como una etapa diferente de la vida, en la que los adultos mayores tienen desiguales oportunidades sociales. Concibiendo que como parte de la política, es necesario implementar acciones a fin de realizar cambios a nivel societal, destinados a corregir las desigualdades y a nivel de los propios adultos mayores, a fin de que perciban la vejez como otra etapa del proceso vital, en la que también es posible la autorrealización si es que se asume con éxito un papel protagónico.

Es a la luz de esta concepción que se modifican los énfasis tradicionales de la política social.

Aparece un énfasis en la autovalencia, el envejecimiento activo y el rol protagónico que les cabe a los adultos mayores para mejorar su calidad de vida. Asociado a ello, emerge un énfasis en la prevención vinculada a la difusión de conocimientos y a la capacitación; el fomento de un uso productivo del tiempo disponible destinándolo no sólo a la recreación sino que también a la mantención de las capacidades físicas e intelectuales, al desarrollo de habilidades y a la rea-lización de activi-

"La principal fortaleza de las políticas actuales radica en la adopción oficial de una visión que ya no conceptualiza el envejecimiento como deterioro y a la vejez ameritando únicamente medidas de asistencia social, sino que la concibe como una etapa diferente de la vida, en la que los adultos mayores tienen desiguales oportunidades sociales".

dades de sociabilidad y de servicio a la comunidad. Esto último apunta a un énfasis en la promoción al facilitar el acceso a recursos educativos, recreativos y culturales que originan la motivación y constituyen una oportunidad de desarrollar potencialidades. Finalmente, es destacable el énfasis en el apoyo a la asociatividad entre los adultos mayores. Esto se concretiza, por ejemplo, en el otorgamiento de fondos concursables del FOSIS para proyectos presentados por grupos organizados de adultos mayores.

Por último, es necesario mencionar que, junto a estos avances cruciales, se producen algunas debilidades importantes que se enuncian a continuación:

- Inexistencia de un organismo con funciones más amplias que las de asesorar y que disponga de fondos propios.
- Inicio reciente de acciones encuadradas en las estrategias de prevención y promoción y ello se hace a un paso más lento que lo deseable. Es importante destacar que en el área de salud el énfasis en mantener la autovalencia y potenciar un envejecimiento saludable, se concretará con la próxima implementación del programa del Ministerio de Salud "Cuidado de la salud del adulto mayor" en el nivel de atención primaria. Este consiste, fundamentalmente, en un "screening" de los adultos mayores en riesgo y en la atención preferente de ellos. Otra medida destacable es la ampliación de la gama de oferta de servicios públicos a través del programa FOSIS "Más vida para tus años" que contempla un fondo concursable para operadores que otorguen servicios a los adultos mayores, por el momento en 10 comunas pobres.
- Los dos grandes temas de salud y pensiones aún tienen importantes deficiencias, especialmente en términos de la calidad de los servicios que prestan. Más aún, es posible prever su colapso si no es posible imaginar soluciones innovadoras capaces de superar el enfoque asistencialista clásico.