

Panorama de la Reforma / 3

Atención a los Adultos Mayores en México

Felicia Knaul/Gustavo Nigenda/
Miguel Angel Ramírez/Ana Cristina Torres/Ana Mylena Aguilar/Mariana López Ortega/José Luis Torres

•
Oferta de servicios de salud para el adulto mayor en Uruguay

•
Mujeres, Salud y Envejecimiento
Programa Mujer, Salud y Desarrollo
OPS/OMS Unidad de Evejecimiento y Salud de la OPS

•
Adultos Mayores: aportes para una Estrategia Regional de Intervención en América Latina y El Caribe
Lucio E. Díaz Dumenez

Monitor de la Salud / 12

Envejecimiento y Salud en América Latina y El Caribe
Algunos indicadores

Páginas de la Reforma / 14

Noticias / 15

Citas con la Reforma / 16

La salud de los adultos mayores en América Latina y el Caribe*

La cantidad de personas de sesenta y más años de edad que viven en América Latina y el Caribe (ALC) pasará de 42 millones en el año 2000 a 100 millones en 2025. En el 2000, ese grupo de edad representaba 8% del total de la población, alrededor de una de cada 12 personas. Para el 2025, 14% de la población tendrá 60 años o más, es decir, una de cada 7 personas. Durante la primera década del nuevo siglo, cada año se agregará un millón de personas a ese grupo de edad y, durante la segunda década (2010-2020) el incremento anual será de dos millones de personas. Esto representa una tasa de crecimiento anual de 3.45% para la población de sesenta años y más. Más aún, en todos los países, hacia 2025 de menos el 10% de los adultos mayores tendrán 80 años y más. En algunos países de la región la proporción será todavía mayor. La tasa global de crecimiento de este último grupo de edad es de 4%.

Algunas consideraciones generales

El envejecimiento es mucho más que un asunto meramente cuantitativo. Las personas mayores enfrentan retos específicos de salud y necesidades médicas diferentes a las de los adultos jóvenes. Además, en especial en una región tan diversa como América Latina y el Caribe, las personas de 60 años y más no son una población homogénea en términos de estatus de salud y discapacidad ni de demanda de servicios de atención a la salud.

En América Latina y el Caribe, el aumento del envejecimiento de la población se remonta, al

menos en parte, a las revoluciones médica y de salud pública, en particular a la reducción de la mortalidad infantil que se inició en 1930 y no es un fenómeno necesariamente

relacionado con el mejoramiento general del nivel de vida. De modo que, a diferencia de lo que sucede en las sociedades industrializadas que han sido testigos de un aumento sostenido en el nivel de vida, los adultos mayores de la región han estado expuestos a la desnutrición y a otras enfermedades durante las etapas tempranas de su vida. Se cree que esa situación puede tener efectos fisiológicos de largo plazo capaces de influir de manera importante en el estado de salud de los adultos.

Consecuencias

A diferencia de lo que pasa en el mundo industrializado, el crecimiento explosivo de la cantidad de adultos mayores se está dando en medio de economías frágiles, aumentando los niveles de pobreza, ensanchando en vez de reduciendo las desigualdades económicas y sociales y reduciendo en vez de aumentando el acceso a servicios y recursos colectivamente financiados. Por lo tanto, las cohortes de adultos mayores que llegan a los sesenta años en el periodo 2000-2010 en ALC tienden a experimentar una peor salud y una mayor discapacidad que los adultos mayores de los países desarrollados.

No obstante, para la mayoría de los países de la región todavía se abre una ventana de oportunidad para hacer frente a estos retos cuando la proporción de adultos jóvenes está decreciendo mientras que la proporción de adultos mayores todavía es relativamente pequeña. Este es el momento para desarrollar laboratorios locales de atención primaria a la



* Tomado de The State of Aging and Health in Latin America and the Caribbean, Organización Panamericana de la Salud y Merck Institute of Aging & Health

salud en los que se pueden poner a prueba nuevos métodos para atender a las personas mayores. Sin embargo, si esperamos apenas diez años, será demasiado costoso empezar con la curva de aprendizaje.

La región de ALC cuenta con importantes recursos para enfrentar este reto. Entre ellos están las agencias internacionales, las agencias intergubernamentales, las organizaciones profesionales, los grupos de apoyo y otras agencias capaces de ofrecer financiamiento y apoyo. Por ejemplo:

- La red regional de oficinas y expertos de la OPS
- El Merck Institute of Aging & Health, una ONG internacional que colabora con la OPS para fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para atender las necesidades de los adultos mayores
- Una red regional de Asociaciones de Gerontología y Geriátrica (COMLAT-LAG)
- Un grupo de trabajo sobre envejecimiento conformado por diversas agencias regionales de las Naciones Unidas, es decir, UNFPA, OPS, OIT, Banco Mundial, CELADE y el BID
- La Academia Latinoamericana de Medicina de los Adultos Mayores (ALMA)
- Una red de enfermería especializada en geriatría

La salud de los adultos mayores

Durante el último medio siglo, la esperanza de vida ha aumentado de manera significativa en toda la región de América Latina y el Caribe. Las enfermedades cardiovasculares son hoy por hoy la principal causa de muerte prematura en las personas de sesenta años y más y prevenir las tendrá un impacto significativo en el aumento de la esperanza de vida. El cáncer es la segunda causa de muerte.

En el periodo 2000-2005, en la mayoría de los países de ALC la esperanza de vida a partir de los sesenta años es de cerca de 20 años, similar a lo que se presenta en los Estados Unidos y Canadá. En cambio, en 1950-55 esa esperanza era de 9.95 años en promedio. De modo que, en los últimos 50 años, la región ha ganado alrededor de 9 años de esperanza de vida después de los sesenta años de edad.

Mucha gente piensa que cada vez será más difícil mejorar la esperanza de vida después de los sesenta años de edad. Pero existe consenso en cuanto a que la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares, tanto en los hombres como en las mujeres, tendrá un impacto importante en este sentido en la mayoría de los países de la región.

El reto que enfrenta la salud pública en las próximas décadas es complejo. Por un lado, se requieren intervenciones destinadas a reducir la tasa de mortalidad prematura; pero, al mismo tiempo, es necesario encontrar la manera de mejorar la salud y la calidad de vida durante los años que se ganen después de los 60. En otras palabras, es imperativo aumentar el rango de salud junto con el rango de vida.

Perfil, magnitud y tendencias de la mortalidad

Las tasas de mortalidad son indicadores del riesgo absoluto de morir y, por tanto, constituyen una herramienta fundamental para el análisis de la salud. Considerando la relación recíproca entre mortalidad y esperanza

de vida es importante explorar el cambio en la mortalidad debida a los principales grupos de causas (p. Ej. enfermedades cardiovasculares, etcétera) expresado en años ganados en la esperanza de vida (AGEV) entre el principio de los años 80 y el final de los años 90; así como el nivel de mortalidad que se debe a cada grupo de causas, expresado en años perdidos de esperanza de vida (APEV). Este último rubro se mide como la diferencia entre la esperanza de vida observada a finales de los años 90 para las personas de 60 años y más y una esperanza de vida hipotética de 85 años.

1. Riesgo de morir de enfermedades infecciosas

Se dio una reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas entre los adultos mayores con un mayor impacto en las mujeres que en los hombres. En promedio, las mujeres tienden a morir por estas enfermedades un 19% menos que hace veinte años, mientras que el porcentaje de mejoría para los hombres es de 16%.

La reducción es más significativa para las personas entre 60 y 64 años de edad, en cuyo caso tanto los hombres como las mujeres tienden a morir un 28% menos por enfermedades infecciosas. En general, tienden menos a morir de tuberculosis que hace dos décadas pero tienden a morir más por infecciones respiratorias agudas y septicemia de lo que sucedía en los años 80.

2. Riesgo de morir de cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte tanto para los hombres como para las mujeres mayores de la región. Durante este periodo se dio un descenso en el cáncer de estómago para los dos sexos. Pero los hombres tienen una tendencia 52% mayor a morir de cáncer de próstata y de 6% menos a morir de cáncer pulmonar que hace 20 años debido a los efectos acumulativos del tabaquismo entre los hombres mayores. Por su parte, las mujeres tienen una tendencia 15% mayor a morir de cáncer de mama y 25% menor a morir de cáncer pulmonar que hace veinte años.

3. Riesgo de morir de enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte prematura entre las personas de 60 años y más. Representa un riesgo

20 veces mayor que el de morir por causas externas, 6 veces mayor que el de morir de enfermedades infecciosas, 3 veces mayor que el de morir de cáncer y 2 veces mayor que el de morir por cualquier otra causa. Sin embargo, hay buenas noticias: los hombres mayores tienen una tendencia 21% menor a morir de enfermedades cardiovasculares que en los años 80 y la tendencia para las mujeres mayores es 29% menor que en los años 80.

4. Riesgo de morir por causas externas

Las causas externas juegan un papel importante en la pérdida de esperanza de vida para las personas mayores. El riesgo de morir a causa de accidentes de tránsito es la primera causa externa de muerte para los hombres, mientras que el riesgo de morir a causa de caídas es la primera causa de muerte para las mujeres. Las muertes violentas, homicidios y suicidios, siguen siendo una importante causa de pérdida de esperanza de vida para los hombres mayores.

5. Riesgo de morir de otras causas

Durante los últimos 20 años el riesgo de morir de diabetes mellitus se ha incrementado en 57% para los hombres mayores y en 38% para las mujeres mayores. Se espera que este importante incremento continúe creciendo a menos de que se realicen importantes esfuerzos para reducir la tasa de obesidad y de inactividad física entre las personas mayores.

6. Riesgo de morir de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC)

La tasa de principios de los años 80 hasta el final de la de los 90 es sorprendente. El riesgo de morir a causa de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas se redujo en promedio en 40% para los hombres y las mujeres. Sin embargo, todavía es una importante causa de muerte para los adultos mayores y representa un nivel de riesgo igual al del cáncer pulmonar.

7. Riesgo de morir de cirrosis hepática

El riesgo de morir por esta causa no cambió mucho a lo largo de los últimos 20 años y tiene la misma importancia que el cáncer de estómago por lo que se refiere al número de muertes que provoca.

Atención a los Adultos Mayores en México*

Felicia Knaul, Gustavo Nigenda, Miguel Angel Ramírez, Ana Cristina Torres, Ana Mylena Aguilar, Mariana López Ortega, José Luis Torres

A mediados del siglo pasado, el patrón de mortalidad en México estaba dominado por las enfermedades infecciosas, las cuales daban cuenta del 60% de todas las muertes. En contrapartida, las enfermedades no infecciosas representaban el 15% de las muertes y los accidentes otro 5%. La transición epidemiológica por la que ha pasado el país ha revertido la relación a tal punto que, en 1998, más del 60% de las muertes fueron causadas por problemas crónico-degenerativos, al tiempo que los accidentes representaron el 12% y las enfermedades infecciosas el 28%.

Esta transición epidemiológica ha provocado una nueva estructuración demográfica en la que la presencia de los adultos mayores se ha vuelto cada vez más importante. De este modo, la demanda de servicios de salud para esas personas se ha incrementado. Por ejemplo, la proporción de hospitalizaciones de la gente mayor de 64 años ha pasado de 8.3% en 1993 a 12% en 1999. En 2001, fue hospitalizado el 10.3% de esa población, mientras que sólo 4.6% de la población entre 15 y 64 años ingresó al hospital. Más aún, el 43% de las muertes intra-hospitalarias se registró entre la población de más de 65 años.

Las principales causas de hospitalización entre los adultos mayores suelen estar relacionadas con problemas cardíacos y enfermedades cerebro-vasculares, así como neumonía y complicaciones de arteriosclerosis. Sin embargo, poco se sabe acerca de la magnitud de otros problemas que suelen ser comunes dentro de este grupo de edad, tales como traumatismos, desnutrición, demencia y depresión.

Por otra parte, junto con los cambios demográficos provocados por la urbanización y la industrialización, la decreciente participación de la familia extendida en las redes de ayuda intra-familiar es un factor de gran impacto sobre las posibilidades de atención y cuidado de las personas de edad avanzada.



Programas sociales que promueven la atención a la salud de los adultos mayores

En México, la política social cuenta con una larga tradición en los gobiernos federal y estatales. Si bien existen diferentes instituciones encargadas de la implementación de las políticas sociales, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) es la única que tiene responsabilidad dentro de todas las áreas sociales. Con su nueva estructura organizativa, SEDESOL reúne un amplio conjunto de instituciones anteriormente vinculadas al poder ejecutivo o a otras secretarías.

SEDESOL ha estado desarrollando una nueva propuesta de apoyo a la población de edad avanzada a través del Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAP), anteriormente Instituto Nacional de la Senectud – INSEN. Si bien el INAP fue originalmente creado hace dos décadas, en la actualidad trabaja con un nuevo espíritu y está desarrollando nuevos programas destinados a dar respuesta a las crecientes necesidades de los adultos mayores. A fin de alcanzar estos objetivos, desde 2001 el INAP opera diversos programas concentrados en torno a tres ejes fundamentales:

- Valores,
- salud y
- empleo

El eje de la salud incluye cuatro programas:

- El Congreso Internacional de Geriatría, destinado a obtener y discutir la información clave sobre geriatría y aprender de las experiencias de otros países.
- El INAP propiamente dicho, el cual va hacia las colonias y vecindarios a fin de acercarse y atender a las personas mayores dentro de sus propias comunidades y hogares a fin de evitar la segregación y el aislamiento.
- Servicios de certificación para los adultos mayores, cuyo objetivo es la unificación de criterios en los centros de asistencia a fin de ofrecer atención de calidad.
- La Cruzada Nacional contra las enfermedades crónico-degenerativas, que busca prevenir y evitar la discapacidad provocada por los padecimientos más comunes.

Otra institución gubernamental que ofrece atención para los adultos mayores es el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que representa la más importante institución del sector público destinada a mejorar el bienestar de la familia. En 1999 el DIF se hizo cargo de cerca de dos mil adultos mayores en albergues, asilos y otros tipos de casas-hogar. El DIF también se encarga de la operación de un pequeño “Programa de Residencia Diurna”, que ofrece atención a un poco más de cien personas. Este programa brinda atención médica, rehabilitación, terapias ocupacionales y recreativas, así como una comida al día para cada persona. El objetivo del programa es elevar la auto-estima y la calidad de vida de las familias de estas personas a fin de retardar su ingreso a los asilos.

Además de estas funciones, el DIF ofrece asesoría legal y orientación médica y psicológica para los miembros de la tercera edad. También da cursos gratuitos en los que los adultos en plenitud pueden aprender sobre los riesgos a los que se encuentran expuestos, así como temas de prevención relacionados con su salud. Dentro de otras áreas, ofrece también entrenamiento para que los miembros de la familia aprendan a cuidar a sus parientes de edad avanzada, así como sobre temas de auto-empleo.

Organizaciones no gubernamentales y atención a los adultos mayores

Entre los ciudadanos mexicanos existe un creciente interés por la participación voluntaria en problemas sociales, lo que ha tenido un

* Adaptación del capítulo sobre México de los Estudios de Caso de la obra Key Policy Issues in Long-Term Care: Ginebra, Suiza, OMS, 2003

impacto significativo. Esto ha llevado a la creación de muchas organizaciones de la sociedad civil (ONG). En la actualidad existen alrededor de 3,500 instituciones de este tipo y dos terceras partes de ellas han sido creadas en los últimos treinta años.

Estas organizaciones llevan a cabo una gran variedad de actividades. Las ONG directamente relacionadas con los intereses de las personas de edad avanzada están anotadas en la tabla que presentamos a continuación, la cual clasifica las principales actividades de esas organizaciones, registradas en el Centro Mexicano de Filantropía.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los adultos mayores

El IMSS es el más grande proveedor de servicios de atención a la salud en México. Brinda servicios a cerca de cuarenta millones de mexicanos. A principios de 2001, el IMSS contaba con 1,076 unidades de medicina familiar (primer nivel de atención), 219 hospitales regionales (segundo nivel) y 41 hospitales de especialidades. Todos éstos se encuentran localizados a lo largo y ancho del territorio nacional, pero se concentran en las áreas urbanas en donde vive la mayor parte de los trabajadores del sector formal. El IMSS también tiene la mayor concentración de médicos y enfermeras del país.

A pesar de que una buena proporción de los recursos se dedican a los adultos mayores, que representan una parte considerable de la población del instituto, el equipo médico del IMSS sólo cuenta con pocos geriatras. Pese a la falta de esta capacidad técnica, y a que el grupo de las

Tabla 1
Organizaciones no gubernamentales que trabajan para los adultos mayores en México (2001)

Actividades	Número de organizaciones
Asilos, casa de reposo, albergues	128
Entrenamiento para el trabajo	9
Alimentación	14
Recreación y cultura	5
Apoyo psicológico	8
Atención médica y rehabilitación	18
Asesoría legal y en derechos humanos	3
Apoyo a la familia del adulto mayor	6
Caridad	9
Apoyo integral	28
Diversas actividades	22
Total	250

Fuente: CEMEFI, 2001.

Tabla 2
Usuarios y Gastos por Grupos de Edad IMSS, 1997-98

Grupo de Edad	% del total de usuarios	% del costo de los servicios
Menos de un año	1.6	10.8
De 1 a 4 años	8.3	3.4
Mujeres en edad reproductiva	26.8	27.4
Más de 65 años	8.3	35.4
Total	44.7	77.0

Fuente: IMSS

personas de más de 65 años sólo representa el 8% de los usuarios registrados, este grupo absorbe el 35% del presupuesto de la institución (Tabla 2).

Esta concentración de la utilización de los recursos por la gente mayor crecerá de manera significativa en el futuro cercano. El IMSS, de hecho, experimenta ya los efectos de este proceso. Mientras que la población en 15 y 44 años de edad incrementó su utilización de los servicios en un 2% entre 1994 y 1999, el grupo mayor de 65 años presentó un incremento de 55% en el mismo periodo.

Esta tendencia se refleja en el tipo de problemas de salud atendidos por la institución. Los motivos de consulta que tuvieron el mayor incremento en el mismo periodo fueron las enfermedades crónicas y degenerativas, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Dada esta tendencia en el uso de los recursos, el IMSS ha reconocido la necesidad de incrementar la capacidad y la eficiencia de las unidades de atención a la salud. En 1997 se echó a andar la estrategia de Atención a Domicilio para Enfermos Crónicos (ADEC). Este programa tenía el objetivo de llevar la atención a los enfermos crónicos y los enfermos en fase terminal hasta sus hogares.

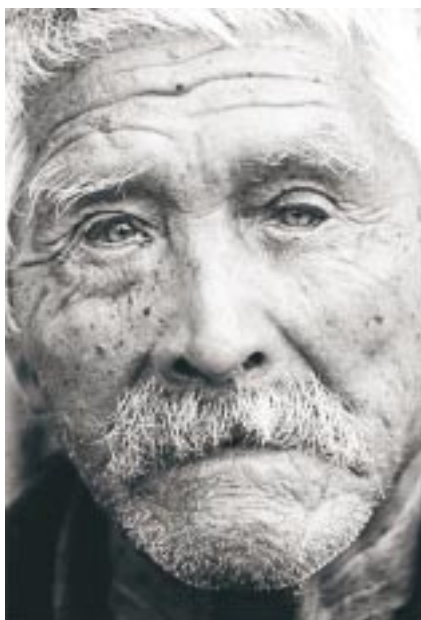
Una evaluación del ADEC hecha en 2001 demostró que el programa resultó ser altamente costo-efectivo para el IMSS (en el uso de recursos financieros y por la reducción del tiempo que se pasa en servicios de emergencia y de días de hospitalización). Aunque no existen estudios

capaces de evaluar el impacto, el valor social o los beneficios del programa para la población, las ventajas demostradas hicieron posible justificar la expansión del proyecto para incluir a ciertos pacientes no crónicos o terminales. Luego de haber identificado una serie de padecimientos no fatales que podían ser atendidos a nivel de domicilio particular, en el año 2000 se creó el programa de Atención Médica a Domicilio (AMED).

En el contexto del AMED, el personal participa en el proceso de toma de decisiones de acuerdo con cada situación particular dentro de las unidades de salud, siguiendo las directivas diseñadas por el IMSS a fin de garantizar la descentralización de los servicios, la transferencia de responsabilidades y la autonomía administrativa en la identificación de problemas, soluciones y mecanismos de contención de costos.

El sistema AMED incentiva la participación de las familias en la atención médica. Ha establecido criterios sobre la atención dada a pacientes con padecimientos sub-agudos y los usa como guía para administrar la autonomía de las unidades de atención a la salud. El equipo de salud está compuesto por un médico familiar (2º nivel) o un especialista (3er nivel), un enfermero/a general y un trabajador/a social. Dependiendo del caso, el equipo también incluye un nutriólogo, un especialista en rehabilitación, un especialista en psiquiatría y un conductor que se encarga del vehículo que transporta a todo el equipo.

Actualmente el programa ha estado operando bajo condiciones difíciles debido a la falta de recursos apropiados y de entrenamiento del



El IMSS como institución todavía no está preparado para lidiar con la creciente demanda de servicios médicos por parte de la población de edad avanzada, que son las principales víctimas de las enfermedades crónicas y degenerativas. No existe una estrategia organizacional para hacer frente a las necesidades de este grupo poblacional y eso se refleja en algunos temas específicos. El más relevante de ellos es la falta de especialistas en geriatría dentro de la institución. A pesar de que los médicos y los enfermero/as han recibido entrenamiento de corto alcance en algunos temas de geriatría, su capacidad para lidiar con asuntos problemáticos es limitada. Además, este entrenamiento se enfoca en el cuidado de pacientes a nivel hospitalario, a pesar del hecho de que la mayoría de los pacientes geriátricos reciben atención en los centros de salud. Otro aspecto más que se debe considerar como limitación del programa es que el IMSS no tiene ningún plan para brindar atención geriátrica integral, para dar una perspectiva del ciclo de vida –como lo recomienda la OMS-, ni para incentivar la promoción de la salud.

El modelo de atención a la salud del IMSS sigue siendo excesivamente medicalizado y requiere de una implementación e integración más completas de modelos tales como ADEC y AMED. Los programas de atención a largo plazo operan dentro de un ambiente institucional que no está preparado para apoyar su desarrollo, a pesar de

que la experiencia y la evidencia internacionales muestran que semejante sistema ahorraría dinero, promovería la eficiencia y proveería atención de buena calidad. Para poder hacer frente a los retos económicos y de atención a la salud que surgirán como resultado del envejecimiento de la población y de la transición epidemiológica, será importante evaluar, adaptar y promover la implementación de programas tales como ADEC y AMED dentro de todo el sistema de salud.

Como se dijo antes, las familias han sido un recurso fundamental para ahorrar recursos institucionales que de otro modo hubieran sido gastados en servicios hospitalarios. Entre otros beneficios del apoyo familiar podemos mencionar la participación de la familia en la atención a la salud de los adultos mayores, que ayuda a mejorar la integración familiar, y el hecho de que la consulta médica en presencia de parientes puede ayudar a obtener una mejor comprensión del tratamiento que debe seguir el paciente.

De cualquier manera es incorrecto pensar que las familias puedan sostener todo el trabajo económico y los costos en tiempo que implica la atención de los parientes enfermos en casa. Más aún, la carga de la presencia de una persona enferma o mayor suele ser responsabilidad de las mujeres, quienes por motivos culturales deben dedicar su tiempo, a menudo en detrimento de otras actividades como el trabajo remunerado o el estudio.

Así pues, la promoción de una más amplia implementación y aceptación de los programas como ADEC y AMED no bastará para enfrentar los retos de las transiciones demográfica y epidemiológica de manera eficiente y equitativa. Las reformas de los sistemas de salud deben complementarse con políticas y programas destinados a promover la equidad de género y una más amplia participación en la provisión de atención de largo plazo a la salud.

personal. A pesar de ello, se han observado resultados positivos. El índice de readmisión en los hospitales es de aproximadamente 1% con algunos repuntes debidos a las dificultades del transporte o a visitas no efectuadas. A pesar de que el programa no está generalizado en el IMSS, existe interés en entrenar equipos multidisciplinarios en varios hospitales y unidades de atención a la salud.

Oferta de servicios de salud para el adulto mayor en Uruguay*

El primer programa dirigido específicamente a la población de edad avanzada fue el Programa de Atención del Adulto Mayor, que contenía acciones destinadas a la población usuaria de los servicios públicos del Ministerio de Salud y, específicamente, a los internados en el Hospital Hogar Piñeyro del Campo. Este programa fue posteriormente reformulado para ampliar su propósito al de mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Sus objetivos buscaban adecuar los servicios de salud mediante la definición de una historia clínica específica y de una red de referencia y contra-referencia, y a través de la regulación de los establecimientos privados de internación de los adultos mayores; mejorar ciertos aspectos sociales del adulto mayor, mediante la promoción de sistemas de ayuda familiar; coordinarse con otros organismos vinculados; desarrollar actividades de prevención a través del deporte, la recreación y el uso del tiempo libre; formar recursos humanos mediante la capacitación del personal de la salud; formar agentes comunitarios; educar a otros grupos de edad en relación a las condicionantes del adulto mayor; desarrollar un marco normativo que habilitara las acciones definidas en el programa; elaborar un anteproyecto de ley sobre derechos, protección y políticas especiales para la población anciana y elaborar normas técnicas de atención; y realizar y ejecutar proyectos de investigación sobre estilos de vida del adulto mayor y el envejecimiento normal. Posteriormente se crea el Programa Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor, el cual sustituye al anterior, aunque básicamente persigue los mismos objetivos. Desde el punto de vista formal, el programa creado se mantiene dentro del ámbito de los programas prioritarios dependientes de la Dirección de Promoción de la Salud. Posteriormente, y por razones fundamentalmente de carácter organizativo institucional que buscaban adecuar la estructura organizacional de las unidades del Ministerio a las características propias de la problemática del

adulto mayor, se crea el Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor (INASAM). Finalmente debe destacarse el proyecto legislativo denominado "Promoción del Adulto Mayor". Este proyecto recoge iniciativas planteadas en el seno de la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano, la cual ha dedicado un espacio especial al estudio de la problemática derivada del envejecimiento de la población y de las respuestas sociales necesarias para su atención. Aun cuando puede ser escasa la normativa legal referida al tema, estos hechos demuestran un creciente interés de los órganos legislativos por regular aspectos centrales de la atención del adulto mayor.

Legislación en salud

En Uruguay, el texto constitucional no consagra expresamente el derecho a la salud, sino que establece el deber de cada individuo a cuidar de ella. Desde el punto de vista de la salud pública puede advertirse que la norma se sustenta en un concepto que expresa que la salud colectiva es el resultado del cumplimiento de un deber individual. No obstante, desde el punto de vista jurídico, debe señalarse que los constitucionalistas advierten que en el caso uruguayo "la Constitución sobreentiende que los derechos, deberes y garantías inherentes a la personalidad humana o derivados de la forma republicana de gobierno son positivos por la convicción colectiva que forma parte de la tradición cultural de los habitantes del país, de manera que pueden hacerse valer jurídicamente sin necesidad de explícita mención en el texto constitucional". En relación a las competencias del Estado en materia de salud, del artículo se deriva con claridad que las mismas se refieren tanto a la regulación del sector como a la prestación directa de servicios. Desde que el cuidado de la salud es un deber del individuo, el Estado debe asumir la responsabilidad por la prestación gratuita de los servicios necesarios para que aquellos que carezcan de recursos suficientes puedan cumplir con dicho

deber. La obligación de velar por la salud pública se entrega constitucionalmente a los Gobiernos Departamentales.

Más específicamente dirigida al adulto mayor se encuentra la legislación que regula el funcionamiento de los establecimientos privados destinados a la vivienda permanente o transitoria de los mismos. Se preve que estos establecimientos, clasificados en hogares de ancianos, residencias de ancianos, centros diurnos y refugios nocturnos y servicios de inserción familiar, sean controlados por el Ministerio de Salud Pública. A su vez, se establece la obligación del Ministerio de llevar un registro nacional de instituciones. Los criterios de habilitación de los establecimientos quedan librado a lo que establezca la reglamentación de la ley, misma que aún no ha sido reglamentada, si bien existe un grupo de trabajo integrado por el Departamento de Geriatria de la Facultad de Medicina y el Instituto Nacional de Promoción del Adulto Mayor que se encuentra abocado a la elaboración del decreto correspondiente.

Para comprender el tipo de atención a la salud que pueden recibir los adultos mayores, es importante tener en cuenta que el sistema asistencial uruguayo reconoce básicamente la existencia de dos sectores, uno público y otro privado. Al interior de cada uno de ellos existe una multiplicidad de actores que en ocasiones tienen una población objetivo superpuesta. Es así como, desde el lado del usuario, puede reconocerse además la existencia de dobles y hasta triples coberturas. Una de las características más importantes del sector salud en Uruguay es la inexistencia de una autoridad rectora donde se centralicen las decisiones estratégicas del mismo, tarea que la normativa vigente asigna al MSP. Algunas de las consecuencias de la ausencia de una coordinación planificada y explícita son los subsidios cruzados, el crecimiento del gasto en salud, la duplicación de costos fijos y la doble cobertura concomitante con la falta de cobertura. La *regulación* del sector está en manos de las siguientes entidades públicas, cada una con sus objetivos específicos: *Ministerio de Economía y Finanzas* (precios), *Ministerio de Trabajo y Seguridad Social* (mercado de trabajo), *Banco de Previsión Social* (BPS) (afiliados ex-DISSE, Dirección de Seguros Sociales de Enfermedad, servicio materno-infantil y de enfermedades congénitas), *Banco de Seguros del Estado* (enfermedades profesionales), *Universidad de la*



* Adaptación de la sección dedicada a Uruguay en "Estudio del adulto mayor en el Cono Sur: Argentina, Chile y Uruguay" Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.

República (Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas, etc.), Ministerios de Defensa y del Interior (Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Servicio de Sanidad Policial).

Subsector público, compuesto por una parte por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que es responsable de la prestación de servicios médico – asistenciales mediante sus propias instituciones o convenios con instituciones privadas.

Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es responsable de la definición de políticas, planes y programas, fiscalización del subsector privado, reglamentación y vigilancia de todo el sistema, además de la adopción de medidas de salud pública. Sus beneficiarios por ley son los indigentes y carentes de recursos.

Subsector privado, principalmente constituido por el sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), entidades prepagas sin fines de lucro que cubren al 50% de la población. Son 52 instituciones, 3 de las cuales concentran el 37% de la población afiliada. Su fuente principal de financiación son los prepagos realizados por los afiliados o, indirectamente, el BPS para los trabajadores formales. Los copagos o tasas moderadoras se han convertido en una importante fuente de ingresos adicional.

En cuanto a la cobertura, según la normativa vigente, el sector público debería dar atención gratuita solamente a los ciudadanos indigentes y carentes de recursos. Sin embargo, a través de ASSE-MSP, se brinda atención gratuita a un universo más amplio. En el mismo se encuentran incluso ciudadanos de niveles de ingreso medios y altos, y aquellos que cuentan con la cobertura del sistema IAMC pero que deben asumir los *copagos o tasas moderadoras*, por lo que optan por la atención en el subsector público. De esta forma se configura la existencia de un subsidio implícito del sector público al sector privado IAMC, cuyo peso está dado por la intensidad de socios pertenecientes a la ex-DISSE (BPS) y afiliados de bajos niveles de ingreso que tenga cada institución. Mientras que el Estado abona a las IAMC una cuota mensual por la afiliación de los trabajadores beneficiarios de la seguridad social, éstos - y otros afiliados con dificultades de ingreso- tienen acceso a la atención y el consumo de medicamentos y para-clínica en dependencias del MSP, siendo este último el que absorbe los costos correspondientes. En cuanto a la cobertura de la población adulta mayor, el 60% se atienden a nivel de las IAMC, el 29% está cubierto por ASSE y el 5,8% (23.481 personas) no tiene ninguna cobertura. Aun cuando estas cifras indican una cobertura adecuada, se debe tener en cuenta que se trata de un grupo de población que hace uso intensivo de estos servicios, y que el hecho de tener cobertura formal no asegura un acceso correcto a los servicios.

La atención sanitaria al adulto mayor

La atención sanitaria al adulto mayor en Uruguay no cuenta con estructuras específicamente diseñadas para tal fin. Como quedó asentado más arriba, el sistema de servicios de salud reconoce dos sectores, público y privado, cuya segmentación de mercado se basa en la

capacidad de pago de los usuarios. Sólo una pequeña proporción de personas mayores (5.8%) se encuentra sin cobertura de servicios de salud. Aproximadamente el 30% está cubierto por el sector público y el 60% por las IAMC. Dentro del sector público coexisten el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, poco coordinados entre sí en relación con una problemática en que la interdependencia de los aspectos sociales y sanitarios se hace evidente y relevante. En el subsector privado, los copagos por servicios ambulatorios y medicación pueden ser elevados, lo que lleva a que una parte no determinada de las personas mayores afiliadas a las IAMC a recibir servicios en el sector público. La atención está orientada a curar las enfermedades agudas y no contempla un abordaje integral de los trastornos crónicos que padecen las personas mayores ni el mantenimiento de la capacidad funcional. El Fondo Nacional de Recursos (FNR) tiene un presupuesto mayor que el del MSP y en total recibe casi el 6% del gasto total en salud del Uruguay. Se deberían realizar investigaciones para conocer la efectividad de las intervenciones médicas con alta tecnología autorizadas por el FNR.

Se han hecho esfuerzos en varias IAMC para reorientar los cuidados de salud de las personas mayores hacia el buen manejo de los trastornos crónicos y la prevención de la discapacidad. Estos esfuerzos pueden estar acompañados de evaluaciones de resultados en salud y económicas que ayuden a tomar decisiones sobre los modelos de atención adecuados. Los jubilados pierden el derecho a la atención sanitaria en el momento de la jubilación, debiendo contratar un seguro, con el problema financiero que esto les significa. La preocupación creciente se traduce a nivel de los poderes públicos en la sanción de normas legales, y en el sector privado en la aparición de diversas iniciativas piloto que buscan hacer eficiente la atención al adulto mayor, satisfacer las necesidades más prevalentes y controlar los costos generados en la atención.

Recursos humanos

El sistema de salud uruguayo se basa en la atención a la enfermedad médica aguda e ignora la frecuente asociación entre los problemas médicos, mentales, funcionales y sociales del adulto mayor. El sistema sanitario brinda escasos servicios en

prevención y rehabilitación, y carece de apoyo en la esfera social. Esta realidad afecta notoriamente la cantidad y calidad de los recursos humanos con formación específica en geriatría y gerontología.

La cantidad de recursos humanos especializados para las diferentes disciplinas relevadas, a excepción de geriatría, es insuficiente. En este último caso, debe destacarse la subutilización de recursos humanos calificados. También parece insuficiente la formación en geriatría de otros profesionales tales como psicólogos, nutricionistas y farmacéuticos. Hay un gran número de auxiliares de enfermería, muchos de las cuales han recibido cursos de formación en la atención a las personas mayores. Sin embargo, en general, la distribución geográfica no es homogénea y se presenta una notoria concentración de recursos en la capital. Por otra parte, no existe información específica sobre trabajadores de residencias y hogares de ancianos.

Entre los esfuerzos de formación de recursos humanos, el Banco de Previsión Social ha realizado las Jornadas de Sensibilización y de Geroncultura, cursos de capacitación para funcionarios de Hogares de Ancianos, capacitación para dirigentes voluntarios y de preparación para la jubilación. La oferta de programas de formación es eminentemente pública y recae especialmente en la Universidad de la República y sus facultades y escuelas. Al interior de esta institución, el desarrollo de programas es desigual, no existen áreas básicas comunes, no existe coordinación de contenidos programáticos ni espacios de enseñanza-aprendizaje interdisciplinaria, salvo en el Departamento de Geriatría de la Facultad de Medicina. El contenido programático en el pregrado para las diferentes disciplinas es escaso y poco jerarquizado, y la ausencia de servicios específicos redundan en una formación carente de una práctica de continuidad y de cargas horarias aceptables. En los últimos años, las actividades de educación continua basadas en cursos, talleres y jornadas de algunas disciplinas como nutrición y sicología, se han incrementado, si bien siguen resultando insuficientes. El Ministerio de Salud Pública no tiene oferta de formación de recursos humanos y carece de instancias de coordinación continua. Las iniciativas universitarias generalmente son autofinanciadas y carecen de apoyo económico o de infraestructuras por parte de este Ministerio u otras dependencias estatales.

Mujeres, Salud y Envejecimiento*

Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS Unidad de Envejecimiento y Salud de la OPS

Perspectiva general

En los próximos diez años, una mayor proporción de la población se considerará "vieja" debido al envejecimiento general de la población mundial. Gran parte de estas personas mayores serán mujeres porque su expectativa de vida es mayor. Si bien las mujeres viven más que los hombres, su morbilidad es mayor y tienen menos acceso a la atención de salud. Por lo tanto, durante las próximas décadas, las necesidades de salud de las mujeres mayores tendrán cada vez más importancia.

La definición de "viejo" varía entre los países y las sociedades. Esta palabra casi siempre tiene connotaciones negativas, en las que se encuentra relacionada con otros términos tales como discapacidad o demencia. Existe la creencia sostenida de que las personas mayores deben ser cuidadas; adicionalmente, sus opiniones no se toman en cuenta en la formulación de políticas de salud. Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres mayores, donde la combinación de género y edad puede tener efectos perjudiciales en su calidad de vida. La percepción del envejecimiento como el deterioro mental y físico es muy común tanto entre los profesionales de la salud como entre el público en general. En realidad, el envejecimiento es un proceso complejo que requiere de estudios que profundicen en el tema y aporten respuestas.

En general, una persona es considerada "mayor" cuando alcanza la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular (1). Si bien esta definición sirve como punto de partida para el estudio del envejecimiento, es esencial tener en cuenta que la situación de salud de cada mujer es diferente, y que no se debe usar solamente la edad para su clasificación universal, diagnóstico o tratamiento de enfermedades de la tercera edad. Aún más importante es que no se use la edad para justificar la discriminación o el trato inequitativo.

Las necesidades de las mujeres de mayor edad

La salud en el curso en la vida es un proceso acumulativo. La perspectiva del ciclo de vida reconoce que la salud de las mujeres de mayor edad dependerá en gran medida de su estilo de vida y comportamiento (1). La relación de la salud de las mujeres de mayor edad con la de las más jóvenes es crucial en cualquier programa de salud que dé prioridad a la prevención de la enfermedad en lugar de su tratamiento. Los siguientes factores deben tenerse en cuenta al examinar la salud de las mujeres de mayor edad:

Principales causas de morbilidad y mortalidad de mujeres mayores en las Américas

Canadá y los Estados Unidos

- Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares
- Cáncer del pulmón y del seno
- Diabetes y problemas nutricionales (anemia, obesidad)
- Condiciones crónicas y discapacitantes (artritis, osteoporosis)
- Enfermedades múltiples, enfermedades menores, deficiencia sensorial (pérdida de audición)
- Enfermedad mental (depresión, demencia)

América Latina y El Caribe

- Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares
- Cáncer (cérvicouterino)
- Enfermedades transmisibles (tuberculosis, neumonía)
- Diabetes y problemas nutricionales (anemia, obesidad)
- Enfermedades crónicas discapacitantes (artritis, osteoporosis)
- Enfermedades múltiples, enfermedades menores, deficiencia sensorial (visión deficiente causada por cataratas)

Estilo de vida – La vida de la mujer desde su nacimiento, su dieta y nutrición, su peso, su nivel de actividad física y de estrés físico y emocional, su consumo de tabaco, alcohol o drogas y su actividad sexual.

Trabajo – Aunque el trabajo remunerado de las mujeres puede concluir a la edad de 60-65 años, la gran mayoría de las mujeres trabajan hasta que mueren. Sin embargo, este hecho todavía no ha sido reconocido por el sector salud o en las estadísticas laborales. Las mujeres son mayormente responsables de las tareas domésticas en el hogar. Cada vez más, las mujeres de mayor edad son los jefes de los hogares y se hacen cargo de la atención de la familia.

Protección social – El trabajo de las mujeres en los países en desarrollo está concentrado en los sectores informal, agropecuario y de servicios. Tienen menos acceso a la protección social, como

por ejemplo al seguro de salud, lo que repercute negativamente en el ciclo de vida de la mujer y afecta seriamente su salud en la vejez.

Responsabilidades de atención a la familia – Este tema merece una mención especial porque es una parte significativa del trabajo doméstico invisible de las mujeres. El cuidado de la pareja enferma, de los niños y de los nietos es una tarea que a menudo recae en las mujeres de mayor



* Tomado de la Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Unidad de Envejecimiento y Salud de la Organización Panamericana de la Salud

edad, y que puede tener consecuencias graves en su salud física y psicológica.

Estado socioeconómico – Esta categoría incluye una gama amplia de temas, desde el nivel de ingreso de la mujer durante su ciclo de vida, su grupo étnico, hasta el lugar que ocupa en la comunidad. El valor que las comunidades atribuyen al género y a la raza repercute claramente en la salud y calidad de vida de la mujer. Obviamente, el nivel de ingreso es un factor determinante de la salud, particularmente entre las mujeres de mayor edad que, una vez jubiladas, a menudo dependen de la seguridad social, sus ahorros o de otros miembros de la familia (que pueden ser pobres también).

Estado civil – La soltería es una realidad creciente para muchas mujeres de mayor edad: viudas, divorciadas, abandonadas o nunca casadas. Los efectos sobre la salud de este estado son a menudo difíciles de cuantificar pero pueden incluir la falta de recursos para los servicios de salud, depresión, falta de movilidad y pobreza.

Acceso a los servicios de salud – La salud de la mujer durante la vejez dependerá de su acceso a los servicios de salud durante toda su vida. Los servicios de salud desempeñan una función fundamental en la calidad de vida de las mujeres de mayor edad. Esto incluye no solamente tener acceso a los servicios de salud y los recursos para pagarlos, sino también la forma en que son tratadas por los profesionales de la salud. Hay una tendencia inquietante de prescribir medicamentos para las mujeres de mayor edad, en lugar de buscar las causas de sus problemas de salud. En vez de hacer la vida más agradable, los efectos



secundarios y los posibles peligros de combinar diferentes medicamentos pueden tener repercusiones perjudiciales sobre la calidad de vida de las mujeres de mayor edad.

Historia clínica y familiar – En las mujeres, la historia familiar puede ser un factor de riesgo importante para ciertas enfermedades, como el cáncer de mama. El conocimiento de la historia familiar de la mujer es esencial tanto para ella misma como para los profesionales de salud que la atienden. Al evaluar el perfil de salud de la mujer, se debe tomar en cuenta su historia clínica (enfermedades y lesiones de su infancia, el uso de diferentes medicamentos, su salud reproductiva, su exposición a la violencia, intervenciones quirúrgicas, etc.), que afectará su salud a medida que envejezca y debe tomarse en cuenta al evaluar su perfil de salud.

Salud fisiológica – Las mujeres deben ser conscientes su estado de salud: su estructura y densidad ósea, la condición de sus articulaciones,

su salud endocrina, del corazón y de los pulmones, su presión arterial, el nivel de colesterol, etc., a fin de determinar los riesgos a los que podrían estar expuestas y la forma de reducirlos.

Salud mental – El estado de ánimo de la mujer afecta profundamente su salud mental. La soledad o la dependencia de otros miembros de la familia afecta la salud mental de las mujeres de mayor edad. También es importante reconocer los efectos acumulativos en la salud mental de las mujeres el estar expuestas a la violencia de género, el trabajo no remunerado y la discriminación.

Perfiles y necesidades de los países en vía de desarrollo – Aunque muchos de los problemas de salud de las mujeres de mayor edad en los países en

desarrollo y en los países desarrollados son similares, a menudo éstos obedecen a causas diferentes. Por ejemplo, las mujeres de mayor edad en los países en desarrollo sufren de desnutrición, mientras que las mujeres en los países desarrollados sufren de estilos de vida sedentarios y regímenes alimentarios deficientes que causan problemas de salud tales como la anemia, la osteoporosis, etc. Los estudios de la salud de las mujeres de mayor edad deben emplear el enfoque de género para destacar su predominio en la población de ancianos, su mayor morbilidad y discapacidad a pesar de su expectativa de vida mayor, y las diferentes maneras en que son afectadas por las enfermedades y la falta de acceso a la atención de salud.

La participación de las mujeres de mayor edad en la formulación de políticas y programas de salud que las afectan es esencial, tanto para contrarrestar la percepción de que las personas de mayor edad son ineptas como para asegurar que las políticas reflejen y respondan a las necesidades de la población de mayor edad. La investigación y las intervenciones en la salud de las mujeres de mayor edad deben poner un mayor énfasis en el mejoramiento de la calidad de sus vidas, más que en su prolongación.

Adultos Mayores: aportes para una Estrategia Regional de Intervención en América Latina y El Caribe*

Lucio E. Díaz Dumenez

Presentación

La Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid 2002) acordó un Plan de Acción Mundial y encomendó a los gobiernos y sus representantes allí convocados el diseño y la elaboración de estrategias continentales de intervención, para así otorgar viabilidad a dicho Plan. Todo ello bajo el supuesto de que el Plan Mundial requeriría ajustes según realidades relativamente homogéneas.

Desde entonces, el desafío de formular una estrategia que acote el Plan Mundial para América Latina y El Caribe ha sido una tarea que en mayor o menor medida han venido asumiendo el Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento (GIE), los gobiernos (generalmente a través de órganos o representantes con responsabilidad nacional en el tema en sus respectivos países), y entidades de la sociedad civil continental, quienes no sólo incluyen a los directamente afectados a través de sus dirigentes de asociaciones y organizaciones de personas mayores, sino que suman a profesionales y técnicos de organismos no gubernamentales, redes nacionales e internacionales, universidades, organismos religiosos y sector privado empresarial, que desde hace largo tiempo vienen trabajando en pro del desarrollo de las personas mayores de la región.

En el marco de diferentes diálogos y acuerdos alcanzados en seminarios, encuentros y reuniones regionales y sub-regionales entre los distintos agentes de desarrollo vinculados a la temática del envejecimiento y la vejez, cabe destacar la Reunión Regional de la Sociedad Civil (Santiago de Chile, junio del 2003), cuyos resultados se vieron fortalecidos con el III Mercosetti- Encuentro del Mercosur sobre la Tercera Edad (Brasilia D.F. Brasil, agosto de 2003) y el II Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Líderes Sociales Adultos Mayores (Chia, Colombia, octubre del 2003). En las diferentes reuniones se trabajaron

agendas que, en forma profusa, abarcaron aspectos estratégicos y coyunturales, se sistematizaron aportes políticos y temáticos y se emitieron ideas y recomendaciones que dan cuenta de la diversidad de necesidades que tienen los adultos mayores, con el firme propósito de entregar aportes sustanciales a los gobiernos de la región.

Incluimos aquí una síntesis de los acuerdos, recomendaciones y compromisos más directamente relacionados con el sector salud, convencidos de que la complejidad que conlleva el envejecimiento poblacional en nuestra región hace insoslayable una sistemática y progresiva concertación de esfuerzos entre los estados y la sociedad civil organizada.

Envejecimiento: realidad y posibilidades en América Latina y el Caribe

El tema de los adultos mayores toma una importancia cada vez más relevante y actual en las políticas de desarrollo. En América Latina y El Caribe, la transformación del envejecimiento poblacional en un potencial efectivo de desarrollo nos interpela desde la pobreza y el empobrecimiento que caracteriza a una amplia mayoría de las personas, desde las formas de discriminación por edad presentes no sólo a nivel social sino también normativo, desde la feminización creciente de la vejez, y desde las abiertas y no pocas veces soterradas formas de discriminación étnicas.

Aquellas condiciones se disgregan en un espectro amplio de sociedades que presentan aún profundas desigualdades sociales que difícilmente podrían corregirse con base en la lógica estricta de las economías de mercado o social de mercado, y en la medida en que se mantengan altos índices de vulnerabilidad social, concentración de la riqueza, bajos niveles educativos, defectuosos sistemas de salud, trabajo precario y débiles sistemas de cobertura y seguridad social.

Es importante resaltar que en la Asamblea Mundial de Madrid (2002) se estableció claramente que la pobreza – escasa seguridad económica - que enfrentan los hombres y mujeres adultos mayores de América Latina, incluye el derecho y la necesidad de que los gobiernos y la sociedad civil asuman el problema como carga coyuntural y como parte del desarrollo social que el nuevo milenio exige.

América Latina es un continente en el cual su estructura demográfica envejece. El problema es que la rapidez de este crecimiento no es análoga a las condiciones en las que el continente se desarrolla. El precario desarrollo económico de la región condiciona al envejecimiento a que se convierta en un asunto mucho más problemático y complejo que en los países desarrollados. En este caso, se envejece con mayor pobreza y desprotección.

El problema no son las personas de edad sino la imagen que se tiene de ellas, lo cual afecta de igual manera a jóvenes y viejos (as) y, por ende, niega la posibilidad de reconocimiento de las personas de edad como grupo vital en el desarrollo de sus comunidades.

El papel del adulto mayor como actor social es el objetivo latente que abarca no sólo la problemática demográfica, sino también el carácter humano de tal acontecimiento. Por tanto, se vuelve imperativo reorientar a las sociedades latinoamericanas a fin de construir un nuevo caudal histórico, cultural y social, desde el cual la imagen del adulto mayor se muestre activa, sea en su vida cotidiana, sea en su papel social. De algún modo, se trata de superar la imagen del viejo postrado y sustituirla por la del viejo sabio e importante dentro de la comunidad. Sin embargo, ¿cómo se potencia esta transformación? Es aquí donde los aspectos económicos, sociales y culturales adquieren la relevancia requerida.

Cambiar esta imagen y reconocer el nuevo papel de las personas mayores en el continente implica, primero, focalizar el tratamiento de la condición social en la que se ha ubicado hasta ahora a la mayoría de los adultos mayores (pobreza o alta vulnerabilidad social). Atender también al prejuicio productivo que relega al adulto mayor a carecer de trabajo estable por motivos de edad. Potenciar su integración económica a fin de recuperar su autoestima e independencia. Con ello, la vejez no se tornará en una carga familiar y se convertirá además en un período de vida en el que aún se está inmerso en el mundo, entendiendo por mundo no sólo su ámbito laboral.

Una realidad significativa es la condición de las mujeres mayores, cuyo envejecimiento es emblemático. La situación de pobreza que surge con la viudez se agrava cuando al momento de recibir una pensión, las mujeres que no ingresaron oportunamente al mundo laboral son “premiadas” con pensiones de escasa ayuda económica. Luego, con la

* Tomado del texto presentado en la Reunión Regional Sociedad Civil, Santiago de Chile, Noviembre de 2003.

mayor longevidad femenina, esta imagen se torna paradigmática. La dependencia de trabajos informales o de la ayuda de los hijos condiciona una pésima imagen de la vejez.

De la mano con el problema económico colindan el de la salud y la previsión social. En la vejez, junto con el temor a la muerte, sobrevienen las malas condiciones de salud, lo que equivale a la baja calidad de vida que la mayoría de los adultos mayores experimenta. Disciplinas como la Gerontología despliegan, en una diversa gama, la problemática de la salud en la vejez, y es esta disciplina la que considera que una vida más activa mejoraría las condiciones de vida durante el envejecimiento. Sin embargo, el problema no sólo se reduce al ámbito social, sino que también debemos considerar que el adulto mayor mantiene un arraigo familiar, el que condiciona su desarrollo en el proceso de envejecimiento. Digamos que en América Latina, la mayoría de los adultos mayores vive con sus descendientes y, hasta cierto punto, depende también de ellos, a pesar de la reconocida contribución económica que éstos realizan a los ingresos familiares.

Ahora bien, es claro que, dentro de nuestra cultura, la desvinculación del adulto mayor de su medio constituye un factor que aumenta el riesgo social, y es sin duda la familia y las actividades dentro de ella las que representan una medida óptima ya sea para la prevención de enfermedades y la recuperación de las mismas, o bien, para su seguridad económica y social.

Cabe recalcar que la incorporación del adulto mayor a las actividades de su comunidad, en las que los vínculos intergeneracionales resultan fortalecidos, conduce por un camino que permite añadir mayor calidad de vida a las personas mayores, lo que reduce los requerimientos de institucionalización (asilos de ancianos, hospitalizados) con el alto costo afectivo y a la vez

económico que estos comportan. No obstante, los requerimientos de cuidados especiales asociados a la mayor longevidad de las personas hacen imprescindible que las familias cuenten con apoyo externo para que las personas adultas mayores se puedan mantener en sus hogares; a la vez, existen alternativas institucionales debidamente instrumentadas, reguladas y fiscalizadas que garantizan el respeto y la dignidad de los adultos mayores.

La gama de posibilidades de desarrollo durante el envejecimiento, junto con una visión activa y participativa, fomentada en la empatía entre los actores sociales y el Estado, sirven de plataforma para que la carga social se vuelva retroactiva, y para que los diversos problemas que se presentan (pobreza, salud, exclusión social, maltrato, diversidad y heterogeneidad cultural y económica) puedan encausar una emancipación social para los adultos mayores en América Latina y el Caribe.

Salud y envejecimiento

Recomendaciones

1. Promocionar, a través de los medios de comunicación masiva, estilos de vida sana mediante campañas de difusión claras y pertinentes dirigidas a la comunidad local, considerando las distintas esferas de edad y sus características particulares; incentivar el compromiso social de llevar un estilo de vida sano; instar a las empresas productoras a que apoyen estas iniciativas como un aspecto de la responsabilidad social empresarial; desarrollar a nivel curricular la temática del adulto mayor como tema transversal en educación básica y media, y como tema especial en el nivel universitario.

2. Considerar la violencia hacia las personas mayores como cuestión de salud y derechos humanos, a fin de incidir en las políticas públicas; asimismo, incluir estrategias de prevención y atención en los programas de servicios sociales y de salud. Promover a nivel regional la investigación de los temas de violación de derechos y del maltrato, e incentivar la colaboración interinstitucional para la difusión de los datos. Revisar y modificar la legislación y capacitar a los profesionales de la salud para identificar, prevenir e intervenir en los casos de maltrato.
3. Mejorar la atención de los adultos mayores dotando a los centros de salud de la infraestructura adecuada y del suministro necesario de medicamentos, de forma que éstos sean entregados en forma gratuita o a bajo costo. Destinar y proveer los servicios elementales de salud para la atención de enfermedades crónicas.

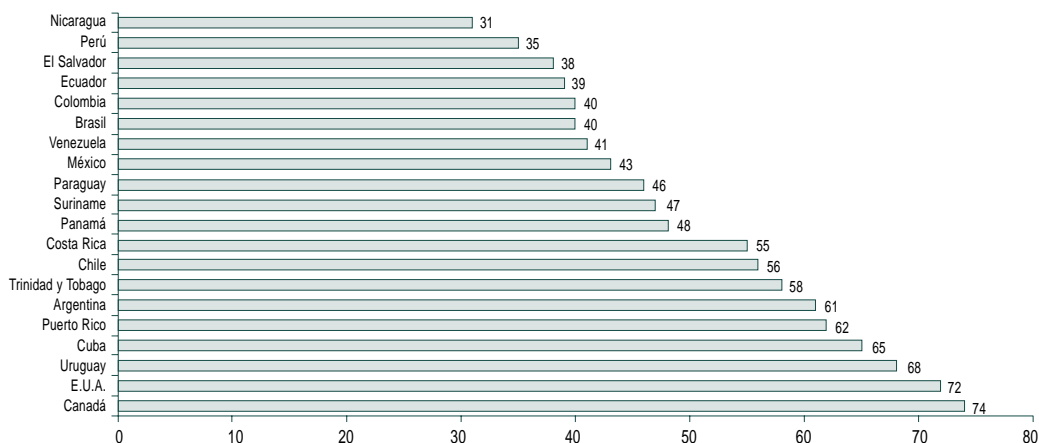
Compromisos

1. Desarrollar programas de capacitación en salud en todos los niveles de la educación formal (primario, secundario y universitario), promocionando el auto-cuidado de y para los adultos mayores y educando a la población joven en las enfermedades crónicas y su evolución.
2. Apoyar el fortalecimiento y organización de redes de apoyo social (familiares, comunitarias, institucionales, etc.) en salud mediante la creación de espacios de diálogo y consenso. Difundir y promocionar el concepto de que el acceso a la salud debe ser equitativo y sin discriminación de tipo socioeconómico, aun en el marco de la privatización de estos servicios.
3. Difundir y capacitar a los agentes de desarrollo de las comunidades urbanas y rurales sobre los derechos de las personas mayores. En especial, formar y capacitar a los propios adultos mayores como agentes multiplicadores de la detección del maltrato.
4. La toma de decisiones en el campo de la Salud Pública debe siempre incluir una reflexión bioética, basada en principios de equidad y acceso igualitario a los servicios de salud, que fundamente la formulación de sus políticas y apoye la sensibilización de todos los actores del sistema de salud. Por tanto, es necesario sumar a los bioeticistas en este esfuerzo para construir los lazos indispensables entre salud y derechos humanos.

Envejecimiento y Salud en América Latina y El Caribe Algunos indicadores

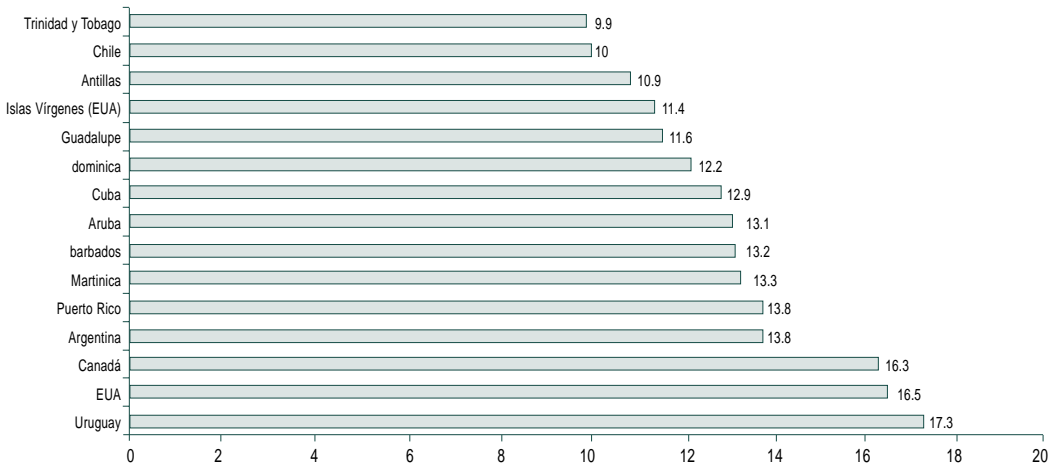
País	Porcentaje de adultos mayores de 60 años por país al año 2000		Porcentaje de defunciones anuales entre adultos mayores de 60 años	Porcentaje de la población económicamente activa mayor de 60 años al año 2000	
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina	11.5	15	72.8	39	13
Belice				60	13
Bolivia	5.8	6.9	35.6	50	27
Brasil	7.1	8.6	50.7	51	21
Canadá				20	8
Chile	8.9	11.5	69.5	40	11
Colombia	6.2	7.5	51.9	45	11
Costa Rica	7.1	8.1	65.6	41	6
Cuba	13.1	14.2	75.4	21	3
Dominica				41	14
República Dominicana	6.3	6.9	48.6	79	22
Ecuador	6.5	7.4	46.1	71	16
El Salvador	6.5	7.8	47.8	62	20
Guatemala	5.1	5.5	34.4	62	7
Haití	5.2	6.1	31.4	64	35
Honduras	4.8	5.5	36.1	72	19
Jamaica	7.3 (ambos sexos)			49	23
México	6.4	7.4	51.1	60	18
Nicaragua	4.2	5.0	34.9	58	11
Panamá	7.7	8.2	57.1	42	8
Paraguay	4.6	6.0	45.5	54	20
Perú	6.7	7.5	47.0	60	24
Puerto Rico				20	6
Estados Unidos				26	15
Uruguay	14.7	19.4	79.0	31	11
Venezuela	6.1	7.1	54.4	48	11

Proporción del total de muertes que se producen después de los 64 años en 20 países seleccionados



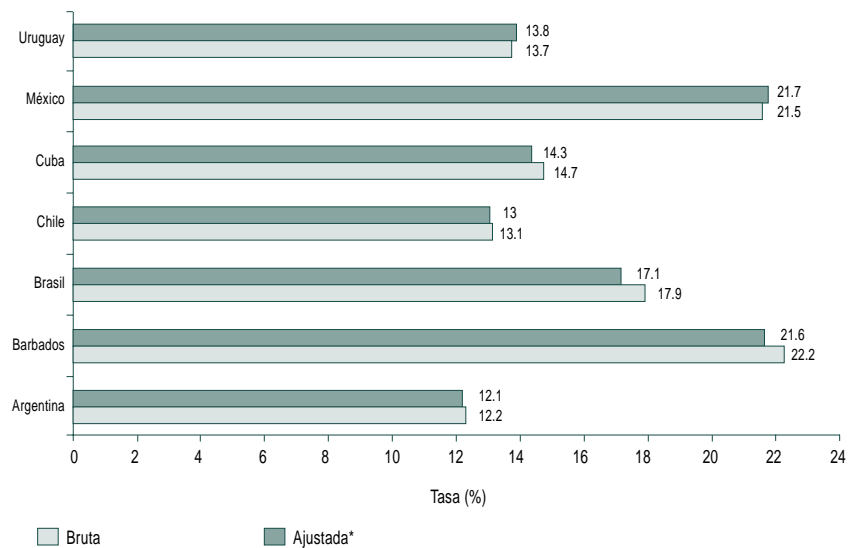
Envejecimiento en las Américas, proyecciones para el siglo XXI. Organización Panamericana para la Salud/Organización Mundial de la Salud

**Países de mayor edad en las Américas
(porcentaje de adultos mayores de 60 años)**



Envejecimiento en las Américas, proyecciones para el siglo XXI. Organización Panamericana para la Salud/Organización Mundial de la Salud

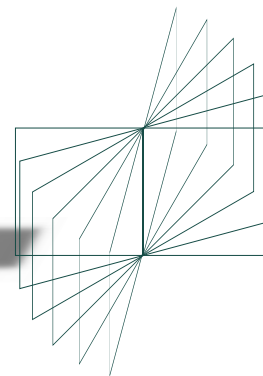
**Diabetes diagnosticada entre adultos de 60 años y más
en siete países de América Latina (ambos sexos)**



* Ajustada por edad e IMC

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington, DC.

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

- Banco Interamericano de Desarrollo. Reformas y Equidad Social en América Latina y el Caribe: Memorias de la Primera Fase del Foro de Equidad Social. Banco Interamericano de Desarrollo, 2004. Disponible en Internet: <http://www.iadb.org/sds/doc/librosef.pdf>
- Banco Mundial. World Development Indicators 2004. Washington, D.C.: World Bank, 2004. Disponible en Internet: <http://www.worldbank.org/data/wdi2004/>
- Christina Paxson, Christina y Schady, Norbert. Child Health and the 1988-1992 Economic Crisis in Peru. Banco Mundial. World Bank Policy Research Working Paper 3260, 2004. Disponible en Internet: http://econ.worldbank.org/files/34553_wps3260.pdf
- Farmer, Paul. Political Violence and Public Health in Haiti. Boston, Massachusetts: The New England Journal of Medicine. Volume 350:1483-1486, Number 15 - Abril, 2004. Disponible en Internet: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/350/15/1483>
- Gordon, Bruce, Mackay, Richard y Rehfuess, Eva. Inheriting the World: The Atlas of Children's Health and the Environment. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en Internet: <http://www.who.int/ceh/publications/atlas/en/>
- Organización Panamericana de la Salud. Promoting Quality of Life through the Healthy Municipalities and Communities Strategy: Guide for Mayors and Other Local Authorities. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2004. Disponible en Internet: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/Guía_Alcaldes.htm
- Organización Panamericana de la Salud. Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Generador de Tablas 2004. Washington, D.C.: OPS/OMS Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (DD/AIS), Abril 2004. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulatorFirstNew.htm>
- Royal College of Physicians. Getting research into practice in developing countries. Londres: Royal College of Physicians, 2004. Disponible en Internet en: <http://www.inasp.info/health/workshop33.html>
- Wellcome Trust. Public Health Sciences: Challenges and Opportunities. A report of the Public Health Sciences Working Group convened by the The Wellcome Trust. Reino Unido: The Wellcome Trust, 2004. Disponible en Internet: http://www.wellcome.ac.uk/en/images/pub_health_sci_7867.pdf

América Latina y Asia Problema comunes de los Sistemas de Salud

En este libro se examinan problemas en dos regiones del mundo en desarrollo. A través del análisis de estudios de caso se discuten cambios en la equidad y la eficacia de los servicios básicos, los desafíos del seguro social de salud y las modificaciones en los papeles que cumplen los sectores público y privado en la atención de la salud. Basado en una abundante diversidad de experiencias que a menudo surgen en respuesta a problemas semejantes, este libro ofrece una oportunidad para aprender de los errores cometidos y de los éxitos alcanzados.

Ya sea que nos interese por los desafíos de las reformas de la salud en Colombia o en Filipinas, por el impacto de los mecanismos de Mercado sobre la salud en Viet Nam, o por el éxito de los programas de inmunización en América Central, esta obra ofrece claves para comprenderlos mejor a través del análisis comparativo de experiencias relevantes.



Servicios de Salud en América Latina y Asia
Carlos Gerardo Molina, José Núñez del Arco, editores
Washington, D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, Banco Interamericano de Desarrollo, 2003

Reforma y salud sexual y reproductiva en América Latina

Este libro incluye cinco estudios de caso que fueron expuestos en el primer curso sobre "Reforma del Sector Salud y Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos" realizado en Oaxaca, México, en agosto de 2003. Dicha reunión fue convocada y financiada por el Instituto del Banco Mundial (IBM), el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su organización estuvo a cargo de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Population Council.

Si bien el propósito de los estudios de caso fue inicialmente pedagógico, las investigaciones generaron evidencias útiles para promover la investigación en el campo o para influir en la formulación de políticas, pues muestran la relación entre los procesos de reforma del sector salud y alguna consecuencia visible en el acceso o prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en diversos países de América Latina.

Los casos comprenden desde aspectos técnicos de la distribución de recursos y la accesibilidad, hasta la participación política de diversos actores a favor de los programas dirigidos a la salud de la mujer.



Proceso de reforma del sector salud y programas de salud sexual y reproductiva en América Latina. Cinco estudios de caso
Gustavo Nigenda, Ana Langer, Mariana López Ortega, Erika Troncoso: coordinadores
México, D.F. : Fundación Mexicana para la Salud, 2004

Economía, Políticas y Leyes de Salud Nuevo proyecto editorial de Cambridge University Press

Cambridge University Press tiene planeado abrir un novedoso foro en el 2006 sobre temas de políticas de salud desde la perspectiva de la economía, la ciencia política y el derecho, que podrá ser usado por académicos, diseñadores de políticas y administradores de la atención a la salud.

La nueva publicación periódica se llamará Health Economics, Policy and Law (HEPL) y tendrá una visión internacional. En ella se publicarán trabajos originales tanto teóricos como de caso, si bien se colocará un énfasis considerable en el rigor tanto del desarrollo conceptual y analítico de sus contenidos como en la presentación de evidencia empírica relevante para el proceso de desarrollo de políticas de salud.

La revista será editada por especialistas como Elias Mossialos, Martin Knapp, Bill Hsiao, Tom Rice, Gregg Bloche y Bo Rothstein bajo la coordinación de Anna Mareos. Próximamente serán publicados los requerimientos y exigencias básicas para los interesados en participar con contribuciones para la revista.

Innovaciones en el Financiamiento de la Salud* Conferencia Internacional en memoria del Dr. Juan Luis Londoño

El pasado 20 y 21 de abril de 2004 se llevó a cabo en la ciudad de México la Conferencia Internacional "Innovaciones en el Financiamiento de la Salud". El evento contó con un numeroso grupo de expertos tanto de México como de la comunidad científica y política internacional. Participaron funcionarios de los sectores público, privado y de organizaciones no gubernamentales, así como representantes de los sectores académico, social y político del país y de América Latina. La organización estuvo a cargo de la Secretaría de Salud de México y de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) con apoyo de otras agencias nacionales e internacionales.

El evento fue programado con dos propósitos: por un lado, conocer y compartir las experiencias más relevantes de diferentes países en la resolución de los desafíos del financiamiento equitativo y sostenible de los sistemas de salud y, por el otro, rendir homenaje a la memoria del Dr. Juan Luis Londoño de la Cuesta, quien fuera Ministro de Protección Social en Colombia, fallecido trágicamente el 6 de febrero del 2004 en el ejercicio de sus funciones.

La apertura estuvo a cargo del presidente de México, Vicente Fox Quesada, del Secretario General de la Organización de Estados Americanos, Dr. Cesar Gaviria Trujillo, y del Secretario de Salud de México, Dr. Julio Frenk Mora. El evento fue transmitido simultáneamente a Colombia y Ecuador por video-conferencia.

En la agenda del primer día se programaron cinco sesiones, las cuales estuvieron dedicadas a la revisión de las Reformas en salud y el financiamiento. La primera estuvo a cargo del Dr. Christopher Murray quien desarrolló el tema "Desafíos en el financiamiento de los sistemas de salud: una perspectiva internacional". En la segunda sesión se presentaron algunas experiencias de reforma en economías

desarrolladas como Suecia, Finlandia, Reino Unido, España, Alemania, Suiza, Holanda, Francia, Canadá, los Estados Unidos e Israel. Los conferencistas participantes fueron los doctores Richard Saltman, Uwe Reinhardt y Dov Chernichovsky. La tercera sesión estuvo dedicada a compartir las experiencias de reforma de salud de Chile, Colombia y México, y en ella se resaltaron los avances y dificultades presentadas en su desarrollo, especialmente en el área de financiamiento. Esta sesión estuvo a cargo de los Ministros de Salud de Chile, Dr. Pedro García Aspillada, de Colombia, Dr. Diego Palacio Betancourt, y de México, Dr. Julio Frenk Mora. La siguiente sesión presentó los casos de los países asiáticos: Tailandia, Corea, China y Taiwán, y estuvo a cargo de los doctores Suwit Wibulpolprasert, Teh-Wei Hu y Tsung-Mei Cheng. Finalmente, a manera de conclusión, la última sesión del día estuvo dedicada a la discusión de las limitaciones del financiamiento de los sistemas de salud. Los ponentes fueron los doctores Dr. Carlos Noriega, Eduardo González Pier y Francisco Yepes Luján. Las conclusiones más importantes de ese día fueron: 1) El uso de seguros como mecanismo de financiamiento en salud proporciona protección financiera y un financiamiento más justo para la población al disminuir el riesgo de carga financiera para los hogares. 2) Cada experiencia de reforma y de financiamiento de la salud es individual y diferente a las de los distintos países; sin embargo, armonizar los mecanismos de mercado con mecanismos sociales y culturales es determinante para conseguir un financiamiento más justo y equitativo. 3) Las bases del financiamiento deben ser la eficiencia, la equidad y la regulación. La eficiencia debe estar sustentada en tres pilares: la recaudación, el pool de riesgos y la contratación. 4) Algunos criterios para la evaluación de alternativas de financiamiento de los sistemas de salud que deben ser tenidos en cuenta son: la cobertura de necesidades, eficiencia (en la asignación

de recursos y del sistema), transparencia en la rendición de las cuentas, equidad en el financiamiento y aceptabilidad política, entre otros tópicos. 5) El reto de las reformas del sector salud se centra en el diseño de mecanismos para alinear el financiamiento con el logro de los objetivos del sistema de salud. 6) Aspectos como los costos de transacción, la corrupción, la evasión y elusión del pago de cuotas y la ineficiencia del sector salud son limitaciones importantes en el financiamiento del sistema.

La agenda del segundo día se desarrolló en dos partes. La primera abordó los temas de extensión de la protección social en salud, el fortalecimiento de la oferta, el monitoreo y evaluación de las reformas financieras y la evidencia y la información como bienes públicos para los sistemas de salud. Los conferencistas de esta sesión fueron los doctores Cristian Baeza, William Savedof, Paul Gertler, Roberto Tapia, Peter Berman, María Luisa Escobar, Enrique Ruelas, Jeremy Hurst, Rebeca Wong, Jaime Sepúlveda, Christopher Murray, Shantayanan Devarajan, André Medici, Felicia Knaul y David Evans.

En la segunda parte se hizo la presentación formal de la Cátedra Juan Luis Londoño, como un homenaje a quien fuera figura central en el desarrollo y el debate de la organización de los sistemas de salud y que es reconocido como líder en los esfuerzos por fortalecer los sistemas de salud en el mundo.

El objetivo de la Cátedra Juan Luis Londoño es promover la investigación sobre los sistemas de salud en América Latina, economía y salud, financiamiento de la salud y reformas de los sistemas de salud y protección social. Se otorgará anualmente a un/a académico/a y/o profesionista colombiano/a para realizar una estancia corta de hasta 15 días en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México, ubicado en Cuernavaca, Morelos.

Durante dicha estancia, el receptor de la Cátedra deberá realizar actividades de investigación, docencia y presentación de ponencias frente a diversas audiencias a fin de coadyuvar en el desarrollo de las políticas de salud, incrementar la base de conocimiento en torno a los temas designados y/o participar en la formación de recursos humanos.

Para mayor información sobre la Conferencia y la Cátedra Juan Luis Londoño, dirigirse a las siguientes direcciones electrónicas:
't "_blank" http://conferencias.salud.gob.mx/ingles/index_ingles.html
www.funsalud.org.mx

* Resumen elaborado por Luz María González, estudiante del Doctorado en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

Citas con la Reforma

International Health Summit Conference / Public-Private Partnerships

Conferencia de la Cumbre Internacional de Salud / Colaboraciones Público - Privadas

Septiembre 5 - 8, 2004
Praga, República Checa
www.ihsummit.com

European Congress of Epidemiology Congreso Europeo de Epidemiología

Septiembre 8 - 11, 2004
Oporto, Portugal

International Conference on Communication in Healthcare Conferencia Internacional sobre Comunicación en Atención a la Salud

Septiembre 14 - 17 2004,
Brujas, Bélgica

Overcoming Health Disparities: Global Experiences from Partnerships Between Communities, Health Services and Health Professional Schools Superar la Desigualdad en Salud: Experiencias Globales de Colaboración entre Comunidades, Servicios de Salud y Escuelas Profesionales de Salud

Octubre 6 - 10, 2004
Atlanta, Georgia, EUA.

2nd International Conference on Local and Regional Health Programs

Segunda Conferencia Internacional sobre Programas Locales y Regionales de Salud

Association pour la santé publique du Québec / Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Octubre 12 - 15, 2004
Québec City Convention Centre, Quebec, Canadá
www.colloquequebec2004.com

VII Simposio Internacional de Economía de la Salud

Santiago de Cuba, Cuba
Octubre 13 - 16, 2004

11TH Canadian Conference on International Health The Politics of Health: Whose reality counts?

Onceava Conferencia Canadiense sobre Salud Internacional

La política de la salud: ¿La realidad de quién es la que cuenta?

Octubre 24 - 27, 2004
Ottawa, Canadá

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información
sobre Iniciativas de Reforma



Banco
Interamericano
de Desarrollo



Fundación
Mexicana
para la
Salud



Instituto
Nacional de
Salud
Pública
México



Organización
Mundial de
la Salud

Directorio

Comité Directivo

Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz
Miguel Angel González • Organización Mundial de la Salud
Enis Baris • Banco Mundial
Christina Zarowsky • International Development Research Centre

PROSyPS

Mauricio Hernández / Mario Bronfman • Instituto Nacional de Salud Pública, México
Guillermo Soberón • Fundación Mexicana para la Salud

Staff del NAADIIR

Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo
María Teresa de Mucha • Coordinadora Administrativa

Informando & Reformando

Gustavo Nigenda • Director
Víctor Becerril Montekio • Editor
Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial

Explore la base de datos del NAADIIR
<http://www.insp.mx/ichsri>