

Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece



auspician:



organizan:



Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública

Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece

auspician:



organizan:



Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece
I.S.B.N: 978-956-8678-03-6

Publicado en Santiago de Chile, junio 2008.

Presentación	5
I. Consideraciones y estrategias para abordar el envejecimiento en sociedad	7
<i>Paula Forttes</i>	
II. Estimación de gasto del adulto mayor en la Modalidad de Libre Elección de Fonasa 2004	39
<i>Rony Lenz y Ximena Calvo</i>	
III. Inequidades en la utilización de servicios de hospitalización en personas mayores en Chile	57
<i>María Soledad Martínez-Gutiérrez y María Luisa Garmendia</i>	
IV. Experiencia del Hogar de Cristo con adultos mayores en situación de exclusión social: Avances y desafíos	75
<i>Pamela Fernández</i>	
V. La salud del adulto mayor en Chile: Una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado	103
<i>Esteban Calvo y Bernardo Martorell</i>	
VI. Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile	121
<i>María Soledad Herrera y Rosita Kornfeld</i>	

Presentación

La disminución de la tasa de la mortalidad desde 1920, sumada al descenso de la natalidad en la década de los años 60 y al incremento sostenido de la esperanza de vida desde mediados del siglo XX, son todos hitos que confluyen para dar paso a un avanzado proceso de transición demográfica en la sociedad chilena. Chile hoy, siguiendo la huella de Uruguay, se encuentra caminado por la senda del progresivo envejecimiento poblacional, al igual que otros países de Latinoamérica como Costa Rica, Brasil y Argentina.

Este proceso implica un cambio en la estructura de edad de la población a partir del cual va aumentando paulatinamente el porcentaje de personas desde los 15 a 59 años (segundo tramo de edad) y de entre 60 y más (tercer tramo), a la vez que disminuyen quienes se encuentran entre los 0 y 14 años (primer tramo). Cabe destacar que según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el segundo y tercer tramo de edad irán aumentando paralelamente su peso poblacional hasta 2020, período en el que las personas potencialmente activas (de 15 a 59) comenzarán a disminuir y empezará a incrementarse solo el porcentaje de personas de más de sesenta años.

Así, en 2020 la cifra de personas mayores en el país será de un 20%, mientras que en 2050 se estima ascenderá a un 30%. A lo anterior podemos agregar que, pese a que hoy el porcentaje de adultos mayores en Chile es menor al de Estados Unidos, a mediados de este siglo éste superaría al de ese país anglosajón, dadas las tasas de crecimiento de ese grupo.

Prestar atención a la información que se esconde detrás de estas estadísticas no es un ejercicio menor, ya que ella en primer lugar revela la estructura poblacional actual de nuestra sociedad, dando cuenta de las necesidades y temas sociales vigentes y, en segundo, nos acerca a diversos fenómenos que se producirán en el futuro a raíz de esta situación. Todo lo anterior se vuelve fundamental al minuto de diseñar políticas públicas útiles y acordes a la realidad nacional.

Si las proyecciones se cumplen, el hecho de que avancemos hacia convertirnos en una sociedad envejecida implica diversos desafíos, los que no solo tienen que ver con dar respuestas que satisfagan las necesidades de un número superior de adultos mayores. Un país con una población envejecida significa un país con una menor cantidad de personas en edad potencialmente

activa y una transformación de la composición de la fuerza de trabajo, ambos fenómenos con un importante impacto en la economía y en la sociedad.

La salud, en tanto, es un área en donde la repercusión de este proceso se dejará sentir de modo significativo. En esta materia las políticas que es preciso adoptar para hacer frente a las demandas de las personas de más edad —hoy y en el futuro— implican necesariamente un enfoque multidisciplinario en el que confluyan desde ya las familias, las empresas, el Estado y la sociedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables en la ciudad, la escuela, el hogar y el trabajo y creando condiciones para mejorar la calidad de vida de los que ya son más viejos. En efecto, una preocupación por la salud de las personas mayores en Chile se vuelve hoy sumamente relevante, más aún si se considera que éstas hacen referencia a ello como uno de los factores más significativos en su calidad de vida.

La siguiente publicación da cuenta de los principales hallazgos de la investigación “Salud y tercera edad” realizada por Expansiva y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Este estudio, el cual fue coordinado con la colaboración de la Dra. Soledad Martínez, se propuso abordar desde una mirada multisectorial en salud la realidad de los adultos mayores a la luz del actual comportamiento demográfico; todo ello con el objetivo de constatar las implicancias sociosanitarias de este proceso y trazar políticas públicas idóneas para enfrentarlas.

Marcos Vergara
Coordinador del proyecto
Escuela de Salud Pública

César Oyarzo
Director de Expansiva

Consideraciones y estrategias para abordar el envejecimiento en sociedad

Paula Forttes

Introducción

El presente trabajo plantea una reflexión sobre lo que significa el envejecimiento como proceso individual y poblacional, así como sobre los desafíos que se nos presentan en el marco de las políticas públicas.

El documento se estructura desde una reflexión individual sobre el envejecer y la vejez, continúa con descripciones que dan cuenta del proceso de envejecimiento poblacional y sus implicancias, detallando el fenómeno del paso del tiempo en la tercera edad, para luego interpelarnos en la construcción de nuevos umbrales de protección social para las personas mayores y en general para todos los chilenos que envejecemos.

Interesa mostrar la estrecha relación entre el envejecimiento de la población y el escenario de pérdida de funcionalidad y dependencia, como también ilustrar con experiencias internacionales los posibles lugares a donde dirigir los esfuerzos, rescatando aprendizajes que nos obligan a traspasar lo propiamente sanitario para abordar lo social y en especial los servicios sociales.

Interesa mostrar la estrecha relación entre el envejecimiento de la población y el escenario de pérdida de funcionalidad y dependencia, como también ilustrar con experiencias internacionales los posibles lugares a donde dirigir los esfuerzos.

Envejecer: Una reflexión existencial

Comenzamos a envejecer desde el momento que nacemos. Esta realidad nos acompaña a lo largo de nuestra vida, configurando un proceso biológico, psicológico y social.

Podemos creer, si nos place, que el ser humano es un proyecto divino hecho ex profeso para cumplir algún propósito, pero con alma o sin ella ese creador dejó un mensaje bastante claro en nuestros genes: los humanos, como todos los seres vivos, somos una colonia de muchos billones de células con tareas muy específicas y coordinadas hacia un mismo fin, somos un sistema biológico muy complejo y nos debemos a él, a sus reglas y a sus intereses, lo que en síntesis se reduce a perpetuar la especie de la manera más eficaz posible, replicando así el sistema biológico humano una y otra vez.

A nadie le gusta envejecer, pero eso no cambiará el hecho de que la biología mande de modo inexorable. No está de más saber que el proceso de envejecimiento no es biológicamente útil y por eso son tan escasos los ma-

míferos longevos, entre los cuales nosotros, la especie humana, constituimos una excepción a la regla, ya que la mayoría de los mamíferos muere luego de finalizar su ciclo reproductivo.

Los seres humanos percibimos la muerte como un castigo, algo injusto y absurdo que nos trae el dolor de la pérdida irreparable de los otros y la angustia de sabernos destinados a la extinción. Sin embargo, esta es inherente a la posibilidad de existir, la muerte y la vida se refuerzan mutuamente hasta conformar una dinámica de dependencia total.

El envejecimiento ha sido, es y será un tema que siempre interpela al ser humano. La certeza de que el nacimiento nos asegura la muerte y que la distancia entre un momento y otro circunscribe nuestra existencia, ha llevado a la humanidad a cuestionarse este proceso y a explorar la posibilidad de lograr algún control sobre su desarrollo.

Si nos remitimos a los relatos sobre la búsqueda de la fuente de la eterna juventud, las historias sobre seres inmortales, o bien revisamos alguna revista de actualidad donde abundan los tratamientos para mantenerse joven, podremos constatar que al parecer el hecho de envejecer nos hace patente el temor a la muerte y de paso evidencia pérdidas físicas y sociales que nos cuesta asumir. De esta manera el paso del tiempo o el detener los efectos negativos de su transcurrir han sido tema de preocupación que, sumado al aumento sostenido

de la esperanza de vida, ha permitido que el envejecimiento junto con ser una reflexión existencial se transforme en una preocupación social, un fenómeno de estudio y un ámbito de políticas públicas.

Hay quienes ubican la vejez después de la mitad de la vida y reconocen la etapa previa como crecimiento, asignándole a este concepto cualidades de avance, en tanto se asocia al envejecimiento con pérdida o retroceso, lo que no deja de ser injusto y, básicamente, inexacto.

de avance, en tanto se asocia al envejecimiento con pérdida o retroceso, lo que no deja de ser injusto y, básicamente, inexacto. Cada etapa de vida tiene avances y retrocesos; de no ser así, el tránsito de una a otra estaría cargado de lamentaciones, aunque en honor a la verdad cada período trae consigo pérdidas y un sinnúmero de adquisiciones.

Hay quienes ubican la vejez después de la mitad de la vida y reconocen la etapa previa como crecimiento, asignándole a este concepto cualidades de avance, en tanto se asocia al envejecimiento con pérdida o retroceso, lo que no deja de ser injusto y, básicamente, inexacto.

Nunca le decimos a nuestros hijos adolescentes que sus permanentes cambios de humor o su exceso de melancolía tienen que ver con que envejecen, sí lo hacemos cuando nuestras amigas de más de 50 años nos comentan sobre aspectos similares. Hemos ido creando un lenguaje del envejecimiento y la vejez que tiene como soporte una ética funcional (qué haces y qué tienes) y deja de lado los aspectos existenciales (qué eres), los que le dan sentido a nuestras vidas.

Hoy se sobrevaloran los aspectos físicos y productivos de la juventud de la mano con la sobrevaloración del mercado. Casualmente, es en éste donde la ética existencial se diluye frente a los aspectos funcionales y es precisamente ahí donde el ser humano también parece diluirse.

Entonces, el envejecimiento no es primero crecimiento y luego declinación, tampoco es solo uno de ellos, sino que es “crecimiento y declinación”, siendo en la confrontación de ambos conceptos y sus implicancias donde tenemos que buscar las respuestas sobre la tercera edad.

De este modo, la vejez es una etapa del ciclo vital que presenta muchas caras y que estará determinada por lo que ha sido la propia vida.

Resultaría muy injusto pensar que el ser humano avanza, crece y se desarrolla hasta el umbral que lo sitúa como persona mayor y que luego su desarrollo se detiene; eso sería coronar las discriminaciones existentes contra la vejez y nos llevaría a concluir que esta es una etapa no digna de ser vivida o que solo es meritoria de serlo en tanto significa un castigo que corresponde asumir.

No comparto la opinión de que la tercera edad sea solo una etapa de crecimiento porque apoyar esa idea es tan ridículo como no ser capaz de percatarse que, efectivamente, existen pérdidas biológicas y sociales que condicionan nuestra vida luego del paso de los años, desconociendo características propias de este período que pueden llevarnos a la crisis más importante de la vida, lo que nos exige poner en juego todas nuestras capacidades y nos catapulta al umbral de la integridad necesaria para aceptar el fin de la existencia.

***E**l envejecimiento no es primero crecimiento y luego declinación, tampoco es solo uno de ellos, sino que es “crecimiento y declinación”, siendo en la confrontación de ambos conceptos y sus implicancias donde tenemos que buscar las respuestas sobre la vejez.*

Envejecimiento poblacional

El envejecimiento individual y poblacional son procesos diferentes, aunque estrechamente vinculados por la heterogeneidad y complejidad que los caracterizan.

El envejecimiento individual y poblacional son procesos diferentes, aunque estrechamente vinculados por la heterogeneidad y complejidad que los caracterizan.

El primero acontece a través del ciclo vital y factores internos (individualidad, capacidades, experiencias) y externos (medio social, momento histórico-político, oportunidades) condicionan la vejez resultante, la que a su

vez está determinada por la capacidad del individuo de enfrentar la crisis más importante de la existencia, adaptándose y reformulando su identidad, autonomía (física y psicológica) y pertenencia.

El envejecimiento poblacional, por su parte, responde a las grandes transformaciones económicas y sociales que han tenido lugar en el planeta y en especial en la región, y resulta de la dinámica de los factores demográficos, sobre todo de la mortalidad y la fecundidad. Cuando en una población se registran valores muy bajos de estas variables, el proceso se intensifica y se produce un cambio radical del perfil demográfico. Por lo tanto, contribuyen al envejecimiento el descenso de la fecundidad y el incremento pronunciado y sostenido de la población adulta mayor, a consecuencia de la elevada natalidad en generaciones pasadas y del aumento de la esperanza de vida a partir de los 60 años.

La transición de una etapa de mortalidad y fecundidad altas a otra de valores más bajos tiene como precedente histórico lo sucedido en Europa a partir de la Revolución Industrial en el siglo XVIII. Sin embargo, mientras en los países desarrollados el proceso abarcó dos siglos, en América Latina la situación evolucionó muy aceleradamente. Las diferencias con lo ocurrido en Europa tienen que ver con el contexto histórico, las condiciones sociales y económicas, los avances de la investigación médica y el control de las enfermedades y los medios de planificación familiar.

Para ilustrar la rapidez de este proceso en América Latina basta mencionar que en el último medio siglo la esperanza de vida promedio al nacer aumentó aproximadamente 20 años —de 50 a 70—, mientras que la tasa global de fecundidad disminuyó a menos de la mitad —de alrededor de 6 a menos de 3

hijos por mujer—. En el mismo período el porcentaje de personas de 60 años y más ascendió de un 6% a un 8%.⁽¹⁾

En 1950 había en la región aproximadamente 10 millones de personas de 60 y más años; al terminar el siglo la cifra se había cuadruplicado y se proyecta que en 2025 ésta habrá aumentado a 56 millones, lo que sumará 96 millones de adultos mayores. Ahora bien, esta evolución no es homogénea a escala internacional ni nacional; ciertos países y sectores sociales todavía están en una etapa incipiente de la transición, mientras que en otros el proceso ha avanzado con mayor celeridad, pero todos muestran claros indicios de la tendencia descrita.⁽²⁾

Nuestro país no ha estado ajeno a este cambio demográfico, el que una vez constatado ha permitido que la reflexión individual sobre el envejecimiento y la vejez se transforme en una preocupación social, y desde ahí en una reflexión científica que ilumine los cursos de acción de las políticas públicas que deberán definirse para enfrentar las oportunidades y desafíos de esta transformación.

En 1950 había en la región aproximadamente 10 millones de personas de 60 y más años; al terminar el siglo la cifra se había cuadruplicado y se proyecta que en 2025 ésta habrá aumentado a 56 millones (...)

Envejecimiento poblacional en Chile

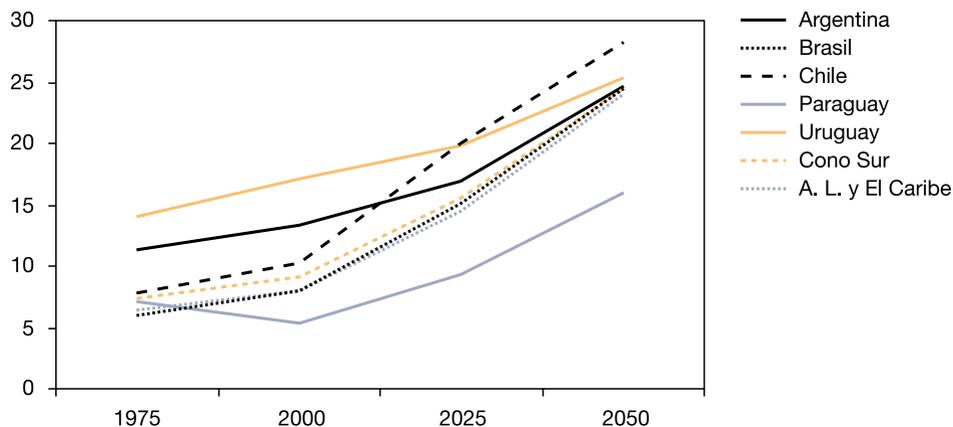
Condicionantes del envejecimiento de la población

La velocidad del proceso de envejecimiento en Chile no tiene antecedentes si la comparamos con la historia de otras sociedades que ya han transitado hacia estadios de envejecimiento avanzado. Chile se ubica a la cabeza de la región en lo que se refiere al aumento de la esperanza de vida y a la reducción del número de niños que nacen cada año, observándose un aumento sostenido de la proporción de adultos mayores del país. Esta situación comenzó a manifestarse con mayor notoriedad a partir de 2000; según la encuesta Casen de 2006 en esa fecha se contaba con una proporción de 13% de adultos mayores sobre la población total, aumento que se proyecta se mantendrá en el futuro.

(1) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población, Boletín Demográfico, julio 2003.

(2) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población, Boletín Demográfico, julio 2003.

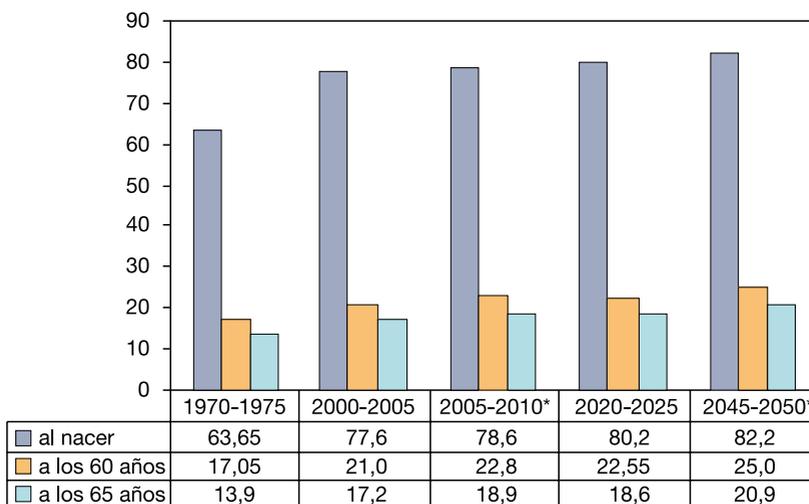
Gráfico 1
Proporción de adultos mayores
países del Cono Sur, total Cono Sur y América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia a partir de datos y proyecciones censales de los respectivos países.

Un factor determinante del envejecimiento de la población chilena es el aumento de la expectativa de vida. Entre 1970 y 1975 las personas tenían al

Gráfico 2
Esperanza de vida al nacer, a los 60 y a los 65 años



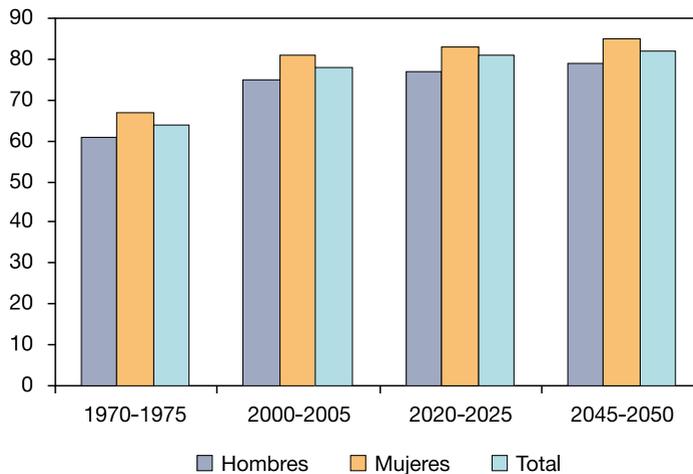
Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Boletín Demográfico No 3. 2007.

* Datos del documento "World Population Ageing", División de población de Naciones Unidas, 2007.

nacer una esperanza de vida de 63,6 años, mientras que para el período 2005-2010 esta aumenta en 15 años. El incremento en la esperanza de vida es aún más notable a partir de los 60 años, ya que se espera que para 2050 una persona de esa edad proyecte 25 años más de vida. Este aumento responde a una reducción de las tasas de mortalidad, que descendieron desde 8,9 fallecimientos por cada mil habitantes entre 1970 y 1975 a 5,7 entre 2000 y 2005. Esta tendencia se revertirá según las proyecciones que indican que en el quinquenio 2020-2025 la tasa de mortalidad será de 7,1 hasta alcanzar el número de 10 fallecimientos por cada mil habitantes entre 2045 y 2050.

En Chile el grupo etario de sesenta años y más cuenta con una proporción significativamente mayor de mujeres que de hombres. En la actualidad, según datos de la CASEN 2006, hay un 43,8% de adultos mayores hombres y un 56,2% de mujeres. Se estima que el comportamiento evolutivo de esta diferencia se mantendrá a futuro. La dinámica demográfica que sustenta estas diferencias se configura a partir de la brecha entre la respectiva esperanza de vida, la que para el período 2000-2005 era de 81 años para las mujeres y 75 años para los hombres, en tanto, en el tramo 2005-2010 nos encontramos con 83 años para las mujeres y 77 para los hombres.

Gráfico 3
Esperanza de vida la nacer por sexo
Estimaciones y proyecciones

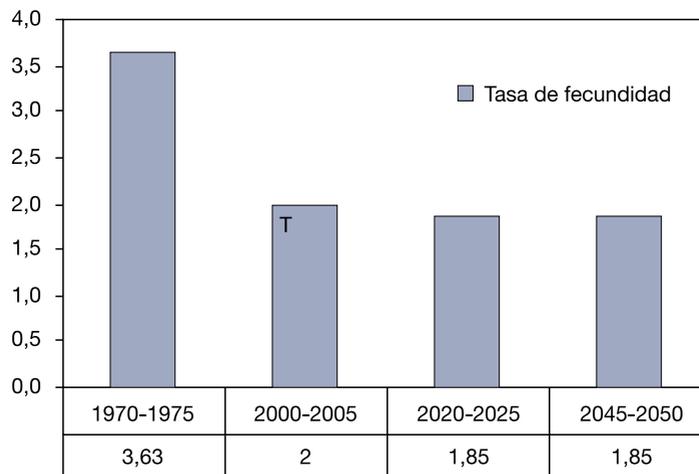


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín Demográfico CELADE. 2007.

Asociado a la introducción de innovaciones técnicas y a cambios socio-culturales, se ha producido un descenso en las tasas brutas de natalidad y fecundidad. El número de hijos por mujer en Chile ha venido decreciendo a lo largo del tiempo.

En el quinquenio 1970-1975 la tasa global de fecundidad se situaba en 3,63, para disminuir a 2,0 en el período 2000-2005, cifra que se sitúa por debajo del nivel de reemplazo, es decir, inferior al número de hijos por mujer que aseguraría, a lo menos, una hija por cada mujer (2,1). Se estima que esta tasa puede descender hasta 1,85 en el lustro 2020-2025 y que se mantendrá estable a lo menos hasta el período comprendido entre el año 2045 y el 2050.

Gráfico 4
Tasa de fecundidad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín Demográfico CELADE. 2007.

Envejecer en la tercera edad

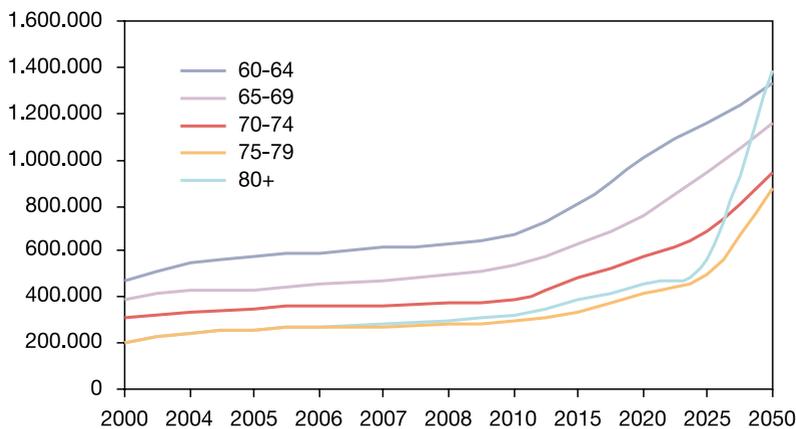
Existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad aumenta en los grupos de edades más avanzadas. Ese aumento no se produce a un ritmo constante, sino que alrededor de los 80 años se acelera de manera notable. De este modo, la dependencia se encuentra estrechamente ligada al envejecimiento en la vejez.

La relación entre envejecimiento y dependencia puede explicitarse a través del vínculo que es posible establecer entre los conceptos de transición de-

mográfica y transición epidemiológica. Esta última expresa los cambios de los patrones de morbilidad y mortalidad en un determinado período de tiempo, bajo las categorías de sexo y edad. Se ha observado que las enfermedades infecciosas, parasitarias y perinatales inciden principalmente en los menores de 15 años; en cambio las enfermedades degenerativas crónicas afectan en mayor medida a los adultos y, principalmente, a los mayores.

La relación entre envejecimiento y dependencia puede explicitarse a través del vínculo que es posible establecer entre los conceptos de transición demográfica y transición epidemiológica.

Gráfico 5
Personas mayores por grupos de edad
Estimaciones y proyecciones 2000-2050



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín Demográfico CELADE. 2007.

En el contexto del proceso de transición demográfica avanzada que vivimos, es necesario tener presente que este tipo de enfermedades afecta y afectará cada vez a una fracción mayor de la población. A avanzada edad el organismo no responde de igual forma ante las patologías y las condiciones ambientales que lo amenazan. En la vejez comienzan a manifestarse deterioros del organismo que traen consecuencias que se traducen en pérdidas de funcionalidad. Así, muchas de las patologías recurrentes que enfrentan los mayores los hacen más vulnerables a caer en dependencia. Por ejemplo, la diabetes mellitus puede derivar en una amputación y pérdida de movilidad,

la hipertensión arterial puede traer como consecuencia un accidente vascular, y con ello deficiencias psíquicas y pérdida de autonomía. De este modo, el

(...) el poner atención en las prevalencias de las enfermedades en las personas de edad puede proveer un panorama de la fragilidad y la vulnerabilidad ante la situación de dependencia que enfrenta este grupo de la población.

poner atención en las prevalencias de las enfermedades en las personas de edad puede proveer un panorama de la fragilidad y la vulnerabilidad ante la situación de dependencia que enfrenta este grupo de la población.

La dependencia es uno de los principales desafíos que las políticas, planes y programas dirigidos a las personas de edad deben abordar. Sin embargo, hoy no se cuenta con toda la información necesaria para avanzar en esta materia, lo que se debe a dos factores principales. En primer lugar, no existe una correcta aproximación conceptual a la dependencia, lo que impide observarla con toda la claridad requerida. Es decir, si bien hay diferencias entre dependencia y discapacidad, se sigue pensando y hablando de ellas sin delimitar claramente estos conceptos. En segundo término, y en parte producto de lo anterior, no se dispone aún de cifras que puedan dar cuenta de la real dimensión de la dependencia; no se han aplicado instrumentos a una muestra representativa y los datos disponibles del sistema de salud son útiles para verificar la atención a personas con grados de dependencia, pero no aportan información para dimensionar en forma precisa a la población que vive bajo esa condición. A continuación se muestran tres fuentes de información, que grafican la pluralidad de los datos con que se cuenta.

Tabla 1
Funcionalidad

	Dependientes, semivalentes y frágiles	Autovalentes
MINSAL (2006)	28,6%	71,4%
SABE (2007)	19,90%	80,1%
EPS (2004)	22%	78%

Las políticas públicas

Los cambios antes señalados exigen elaborar un nuevo entendimiento de lo que somos, para definir qué queremos ser y para escoger los caminos más adecuados a recorrer, generando así respuestas a las nuevas necesidades. El desafío es, sobre todo, crear nuevas oportunidades para una sociedad que envejece aceleradamente en contextos menos favorables que los experimentados por Europa o Norteamérica.

Este documento habla de la complejidad de un cambio que llegó para quedarse, que nos plantea oportunidades, necesidades, desafíos y que requiere ser visibilizado y abordado por políticas públicas e iniciativas privadas innovadoras, que nos faciliten anticiparnos a sus efectos. Ello solo puede hacerse si existe la voluntad de reconocer la nueva situación y su multidimensionalidad, requiriendo también de la disposición necesaria para cambiar el paradigma sobre cómo hacer las cosas. Aunque hemos definido e implementado políticas públicas exitosas (como las de salud, que posibilitaron el cambio demográfico), éstas exigen ser reformuladas en un Chile distinto, más envejecido y con una ancianidad diferente.

El logro de más años de esperanza de vida de nuestra población hace ineludible la tarea de hoy: asegurar más calidad de vida a esos años.

Hemos avanzado en construir pilares de protección social asociados a la salud y la previsión, y hoy se plantea el desafío ineludible de construir el pilar asociado a servicios sociales, junto a los de salud, para las personas mayores.

Hemos diseñado e implementado políticas que han dado como resultado un nuevo contexto social que ha hecho cambiar aspectos fundamentales de la identidad en la vejez y en las demás etapas del ciclo vital. No es lo mismo ser un viejo de 60 o 70 años hoy, que haberlo sido 20 o 30 años atrás.

Hemos diseñado e implementado políticas que han dado como resultado un nuevo contexto social que ha hecho cambiar aspectos fundamentales de la identidad en la vejez y en las demás etapas del ciclo vital.

Observamos el cambio en la estructura de nuestras familias, configurándose distintos tipos de ellas —aumentando las monoparentales y unipersonales—, lo que lleva a repensar las políticas públicas que, hasta la fecha, han descansado en la protección que en el ámbito de la familia se provee hacia sus miembros con mayor vulnerabilidad.

Los cambios han traído aparejados nuevas inseguridades que requieren nuevas fórmulas de abordaje. Por ejemplo, hoy nadie teme morir de tuberculosis, pero muchos temen desarrollar una demencia o una dependencia a medida que avanzan en edad.

El territorio, espacio de participación comunitaria, tiene hace tiempo como principal actor a los mayores. Son sus organizaciones las que más crecen, como respuesta a la necesidad psicosocial de pertenencia que potencia el ejercicio de organizarse entre pares en la etapa de la vejez. Las personas adultas mayores son un importante actor político, económico, social y cultural, siendo fundamentales como aliado potencial en diversos ámbitos de políticas públicas, desde la seguridad ciudadana al apoyo intergeneracional, por mencionar algunos.

El envejecimiento y la vejez plantean una encrucijada a los profesionales de distintas disciplinas, requiriendo la disposición de movilizar capacidades transdisciplinarias para entender y responder a un proceso complejo, lleno

de las oportunidades que ofrece una sociedad más envejecida y, probablemente, bastante más madura.

¿Estamos disponibles para desechar los mecanismos tradicionales, para dejar de lado los prejuicios y estereotipos, sobre todo los que han marginado y puesto en el patio trasero a las personas mayores?

¿Estamos disponibles? No digo preparados... digo disponibles. ¿Estamos disponibles para desechar los mecanismos tradicionales, para dejar

de lado los prejuicios y estereotipos, sobre todo los que han marginado y puesto en el patio trasero a las personas mayores? ¿Estamos disponibles para evitar el reduccionismo, las recetas fáciles, para prevenir y no conformarnos con responder a urgencias? ¿Estamos disponibles para aprender de sociedades que han transitado caminos similares, sin caer en la tentación de replicar modelos construidos en otros tipos de Estado y otros contextos culturales?

La disponibilidad es requisito para superar la primera barrera. La segunda, la conforman varias interrogantes: ¿Seremos capaces de convencer sobre la urgencia de definir nuevos cursos de acción a quienes deben tomar las decisiones? ¿Seremos capaces de traducir las cifras y proyecciones a problemas reales de un chileno que envejece y que llega a viejo para serlo durante un buen tiempo? y ¿seremos capaces de construir políticas sobre vejez desde el enfoque de derechos, que promuevan la habilitación de las

personas mayores y la creación de una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad?

El enfoque de derechos traspasa la esfera individual e incluye garantías sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la protección de la salud, entre otros) y se relaciona de manera adecuada con el paradigma de la calidad de vida en la medida en que tiene como finalidad garantizar una situación de certidumbre, lo que implica procurar las condiciones para un desarrollo integral.

El enfoque de derechos traspasa la esfera individual e incluye garantías sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la protección de la salud, entre otros) y se relaciona de manera adecuada con el paradigma de la calidad de vida.

Resulta fundamental contar con un amplio consenso para llevar a cabo la tarea, que tiene que ver con protección social y también con eficiencia económica.

La prevención es un camino fundamental para avanzar en protección y favorecer la calidad de vida a mayor edad, como también para impactar positivamente en el gasto en salud. Lo es también para poder invertir en lo que efectivamente requieren la vejez y el envejecimiento en esta etapa, con su característico aumento de pérdidas funcionales y consolidación de escenarios de dependencia. Será necesario entonces disminuir las mermas en la funcionalidad, favoreciendo el envejecimiento activo y saludable.

El mantenimiento de la funcionalidad y la autonomía de las personas durante el mayor tiempo posible son fundamentales para un envejecimiento sano, para la participación de las personas mayores en todos los ámbitos de la sociedad y para el aprovechamiento de todo su potencial. Vivir con independencia y autonomía es un derecho que debe ser protegido mientras sea posible, mediante modelos de intervención que prevengan, recuperen y provean alivio.

La realidad de otros países que han desarrollado buenas experiencias parece necesaria para ilustrar el análisis y la discusión sobre la materia que estamos tratando. Japón y España son referentes especialmente útiles para tal propósito.

Japón es uno de los países adelantados en materia de servicios, protección social y promoción de la salud y la calidad de vida en la vejez. Este país ha debido enfrentar más que cualquier otro en el mundo, el envejecimiento acelerado de su población, lo que junto a un elevado nivel de desarrollo lo ha llevado a transitar por múltiples mecanismos de intervención, desde medios asistencialistas hasta

otros más integrales y completos. Los últimos han hecho posible la generación de planes y modelos más eficientes que las políticas convencionales, caracterizadas por un enfoque primordialmente sanitario-medicamentoso de alto costo, tanto en lo económico como para la calidad de vida de las personas.

En Chile a partir de los gobiernos de la Concertación hemos experimentado un tránsito desde políticas asistencialistas orientadas a la intervención sobre grupos de extrema pobreza hacia otras universalistas abocadas a la protección social desde un enfoque de derechos, visión que coincide con la lógica político-social que ha marcado el desarrollo de programas y servicios para personas mayores en otros países.

Experiencias internacionales en materia de promoción de la salud, prevención y cuidados. Su articulación con la realidad chilena

Observar y aprender de otras realidades es una vía legítima para establecer mecanismos de intervención capaces de abarcar realidades complejas y emergentes. Poner la mirada en países que ya han transitado por la vía del

Poner la mirada en países que ya han transitado por la vía del envejecimiento acelerado es realizar el ejercicio de mirar el futuro de nuestro país en el tiempo presente, para aprender de las buenas prácticas y los éxitos.

envejecimiento acelerado es realizar el ejercicio de mirar el futuro de nuestro país en el tiempo presente, para aprender de las buenas prácticas y los éxitos de sociedades que han sabido asumir las consecuencias del envejecimiento de su población.

Japón, el seguro de asistencia pública

El envejecimiento de la población japonesa ha sido asumido como un desafío país que hace responsable a toda la sociedad, convocando consensuadamente a distintos sectores a tratar el fenómeno desde una perspectiva integral. El sistema que se reseña sucintamente a continuación permite hacerse cargo del envejecimiento como un proceso, acompañando a los sujetos a través de las transformaciones que el mismo conlleva y que impactan sobre la capacidad de independencia y autonomía de las personas de edad.

Al igual que en nuestro país, con el incremento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población se aceleró muy rápidamente en Japón, si se compara con otros países. Asimismo, debido al aumento de la cantidad de

adultos mayores necesitados de asistencia y a la complejidad y prolongación en el tiempo de esta última, el cuidado de las personas mayores se convirtió en una gran carga para las familias, las cuales asumían el rol de cuidadores de las personas de la tercera edad que caían en dependencia, teniendo muchos de los cuidadores familiares 60 o más años.

Tabla 2
Envejecimiento y dependencia en la población japonesa

Año	65 años y más	Postrados y demenciados (en millones de personas)
2000	17,20%	2,8
2025	27,40%	5,2

Fuente: Instituto Nacional Japonés de Población e Investigación en Seguridad Social.

Tradicionalmente en Japón los adultos mayores residían con sus hijos y eran cuidados por ellos, pero a medida que la familia nuclear fue ganado espacio por sobre otras configuraciones familiares, decreciendo la tasa de convivencia y sumándose a ello la masiva incorporación de las mujeres al mercado del trabajo y el cambio en los roles de cuidado, se configuró un escenario que redujo radicalmente la capacidad de la familia de brindar asistencia.

Con anterioridad al sistema vigente, las prácticas tradicionales de Japón presentaban problemas similares a los que hoy se evidencian en nuestro país. Los servicios de asistencia a los adultos mayores se entregaban por medio de dos vías separadas, el sistema del bienestar del anciano y el sistema de la salud del anciano, los que presentaban, según las evaluaciones realizadas en el país, los siguientes problemas:

- Para recibir los servicios de asistencia necesarios los usuarios debían hacer diferentes trámites en dos sistemas distintos, con costos variables para el beneficiario de cada sistema y con distintas lógicas de intervención, aunque ambos apuntaran a cuestiones indivisibles: el bienestar y la salud. Algo muy similar se observa en nuestro país, donde la lógica de intervención es sanitaria, con escaso complemento de enfoques psicosociales.

Con anterioridad al sistema vigente, las prácticas tradicionales de Japón presentaban problemas similares a los que hoy se evidencian en nuestro país. Los servicios de asistencia a los adultos mayores se entregaban por medio de dos vías separadas.

- El sistema de bienestar se orientaba a cubrir a personas mayores indigentes, verificando sus ingresos y estigmatizándolos en el proceso; además, los municipios determinaban unilateralmente los tipos o cantidad de servicios ofrecidos. Esto dice relación con la perspectiva asistencialista enfocada a los grupos de extrema pobreza, visión que primaba en nuestro país hasta hace unos pocos años.
- Por otra parte, el sistema de salud del anciano generó el problema llamado “hospitalización social” en que la demanda de internamiento hospitalario se producía por cuestiones extrasanitarias, como el abandono o la falta de instituciones de bienestar. Ello generó críticas por la ineficiencia en la administración de recursos médicos y también por la imposibilidad de los hospitales de responder a las necesidades de personas de edad, tales como habitaciones, comedores y baños habilitados; medios para promover su inserción sociocomunitaria, entre otros. Ello encaja con la realidad chilena en tanto muchas instituciones de larga estadía (ILES) y hospitales, que deben acoger a personas mayores que ingresan por cuestiones asociadas a carencia de techo, maltrato, hacinamiento en sus hogares y que no dicen relación con problemas relativos a enfermedades o patologías.

Como es posible anticipar, las deficiencias del sistema vigente en Japón hasta finales de los años 90 obligaron a repensar la forma en que se abordaba el envejecimiento y la dependencia. Las falencias y obstáculos que antes presentaba son las que, en mayor o menor medida, también encontramos en nuestro país. Las mismas se relacionan con la desarticulación de los medios de intervención psicosociales y sanitarios, de bienestar y salud, así como con la sobrecarga del sistema de salud y de las familias por situaciones que serían evitables en el contexto de un modelo integral de promoción, prevención, rehabilitación y cuidados, como el que se instaló en Japón una vez detectadas las carencias del sistema.

Principios generales

Para solucionar los problemas señalados y establecer un nuevo sistema de servicios de asistencia integral, se promulgó en 1997 la ley del Sistema de Seguro de Asistencia Pública para los Ancianos, comenzando a regir en 2000, con los siguientes objetivos:

1. Disponer de un sistema de apoyo a quienes tienen necesidades de cuidados de largo plazo.
2. Generar un sistema orientado al usuario en el que se respete la libertad de elección de la persona mayor, considerando sus requerimientos más sentidos.
3. Integrar los sistemas de salud y bienestar.
4. Incentivar al sector privado a proveer servicios de cuidado, rehabilitación y prevención.
5. Establecer un sistema de gestión de los cuidados de largo plazo.
6. Disminuir los casos de hospitalización social.

De este modo, el sistema tiene como directriz la generación de mecanismos para un envejecimiento pleno y saludable, con bienestar y calidad de vida, incluyendo centros de apoyo de asistencia pública domiciliaria, centros diurnos de rehabilitación y estadía de corto plazo en instituciones de bienestar social, con el fin de ayudar a la independencia de los mayores con necesidad de asistencia.

Además, desarrolla otras actividades preventivas como la prestación de servicios de ejercitación; un sistema de información universal sobre la apoplejía cerebral y un plan de educación para prevenirla; prevención de accidentes, entre otras.

Asimismo, incluye la prestación de cuidados de largo plazo en instituciones especializadas, con competencias acreditadas.

Se integran los sistemas de cuidado y atención existentes, articulando la lógica de la salud del adulto mayor con la lógica del bienestar, otorgando con ello calidad de vida a medida que se envejece.

De este modo, el seguro ha asumido un enfoque integral, propuesta que se ajusta a la realidad del envejecimiento acelerado de un país que, como ya se ha planteado antes, requiere respuestas multidisciplinarias e integradoras de las realidades complejas que plantean el envejecimiento y la ancianidad.

España, el sistema de promoción de la autonomía y atención a la dependencia

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia fue promulgada en España en diciembre de 2006.

En ella se definen como personas dependientes (ancianos y discapacitados graves que no pueden valerse por sí mismos) a aquellas que necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, tales como levantarse de la cama, asearse, comer, entre otras.

La ley fue resultado de un proceso de muchos años de análisis del problema, búsqueda de respuestas, prueba y error, a cuya promulgación contribuyó el Libro Blanco de la Dependencia. En él se calcula en más de 1 millón 100 mil personas el total de individuos dependientes en España, sumando los tres grados de dependencia. Estos son: moderada, severa y gran dependencia (ver anexo 2), y se prevé un aumento sostenido que llegará casi a 1 millón 500 mil

en 2020. La misma fuente señala que más del 80% de las personas que no pueden valerse por sí mismas supera los 65 años.

La atención a las personas mayores en España, al igual que en nuestro país, es asumida sobre todo por sus familias y la labor del cuidado recae,

La atención a las personas mayores en España, al igual que en nuestro país, es asumida sobre todo por sus familias y la labor del cuidado recae, fundamentalmente, en las mujeres, quienes representan el 83% de los cuidadores familiares.

fundamentalmente, en las mujeres, quienes representan el 83% de los cuidadores familiares y que en la mayoría de los casos se ven imposibilitadas de llevar a cabo actividad laboral alguna. Según datos del Libro Blanco de la Dependencia, solo uno de cada tres cuidadores familiares tiene empleo. Al mismo tiempo, únicamente el 3,5% de las personas mayores de 65 años cuenta con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,84% con teleasistencia, el 3,86% con una plaza en una residencia y el 0,54% con una plaza en un centro de día.

Principios generales de la ley

La ley reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España; universal y subjetivo: el derecho de las personas que no se pueden valer por sí mismas a ser atendidas por el Estado, garantizándoles una serie de prestaciones tanto para cuidar como para promover autonomía. Esta garantía dice relación con lo que planteábamos al principio de este documento, es decir, el derecho a vivir la vejez con bienestar, gozando de condiciones favorables de salud, asegurando prestaciones y servicios para proveer alivio a las familias que cuidan, promoviendo la salud, prevención, rehabilitación y diversos tipos de cuidados.

En tal sentido, la ley señala en su artículo 21 que “la prevención de las situaciones de dependencia tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”. Todo ello dice relación con la promoción de estilos de vida saludables y del envejecimiento activo, como modo de mantener la funcionalidad por el mayor tiempo posible, siendo un hecho probado que el mantenimiento de la actividad es funcional al mantenimiento de la salud y que el declive funcional se encuentra determinado, entre otros factores, por el estilo de vida adulta.

De este modo, el enfoque psicosocial, en coordinación con el sanitario, se plantea como prioritario, en tanto que el fomento de la actividad y la participación contribuyen a evitar potenciales situaciones de dependencia, con los altos costos que ella tiene, ya sea para el sujeto que la experimenta, para el sistema de salud en cuanto a recursos humanos y técnicos o bien para las familias y la sociedad en su conjunto. En tal sentido, es necesario dar a conocer que la participación se encuentra estrechamente ligada al envejecimiento activo; en tanto, el aseguramiento de la primera permite al individuo y a los grupos mantener la actividad en distintos ámbitos de la vida, lo que a su vez contribuye a mantener la funcionalidad por mayor tiempo, permitiendo que la posibilidad de continuar participando se concrete.

(...) el enfoque psicosocial, en coordinación con el sanitario, se plantea como prioritario, en tanto que el fomento de la actividad y la participación contribuyen a evitar potenciales situaciones de dependencia, con los altos costos que ella tiene.

La ley se inspira en los siguientes principios:

- El carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.
- La participación de todas las administraciones (comunidades autónomas) en el ejercicio de sus competencias.

Servicios y programas sociales y sanitarios: Un nuevo y necesario pilar de protección social

Como hemos visto en este documento, los cambios sociodemográficos que experimenta Chile plantean una serie de desafíos relacionados con el aumento de la demanda por más y mejores servicios para las personas adultas mayores. Estos requerimientos van en distintas direcciones, por una parte apuntan a que ellas desempeñen nuevos roles, a su participación activa y su integración con el consiguiente beneficio que esto tiene para toda la sociedad; por otro lado, las demandas tienen que ver con la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia, a través de servicios sociales y sanitarios que ofrezcan respuestas a las necesidades de cuidado que surgen frente a la pérdida de autonomía que se da con mayor frecuencia en edades más avanzadas.

Transitar desde políticas sociales asistenciales a políticas sociales sustentadas en derechos representa una oportunidad para avanzar en la construcción de nuevos pilares de protección social. Si hemos sido capaces de asegurar derechos en salud y en previsión social, parece oportuno avanzar en el pilar de servicios sociales como un nuevo umbral en materia de protección social.

La vulnerabilidad asociada al envejecimiento y la vejez hace necesario prestar atención especial a las dimensiones de la disminución de la capacidad funcional y la dependencia, dado el alto impacto psicosocial que tienen sobre el propio sujeto que las experimenta, así como el alto costo en términos de recursos económicos y humanos para la sociedad en su conjunto.

En el contexto de un país que envejece a ritmo sostenido y creciente, el envejecimiento activo y saludable es un derecho que debe ser resguardado desde políticas de Estado y mediante servicios sanitarios y sociales.

(...) avanzar hacia la prestación de servicios y cuidados de calidad para los mayores, tanto en el mantenimiento de la funcionalidad y en la rehabilitación como en el largo plazo, requiere una mirada de conjunto, capaz de integrar todos los elementos sociales y sanitarios.

Como es posible concluir a partir de lo dicho hasta aquí, avanzar hacia la prestación de servicios y cuidados de calidad para los mayores, tanto en el mantenimiento de la funcionalidad y en la rehabilitación como en el largo plazo, requiere una mirada de conjunto, capaz de integrar todos los elementos sociales y sanitarios

y vincularlos entre sí, de manera sinérgica, es decir, requiere del diseño de un sistema de servicios y cuidados sociales y sanitarios para las personas mayores.

Para su funcionamiento el diseño de un sistema de este tipo precisa contar con un modelo de acreditación, que incluya la determinación de los perfiles profesionales y las competencias laborales necesarias para la prestación de estos servicios y cuidados, así como el esbozo de un plan de capacitación y/o perfeccionamiento, además de la determinación de la infraestructura, los productos y servicios sociales y sanitarios adecuados para la atención de las personas adultas mayores.

A partir de las experiencias internacionales recogidas desde el enfoque de la salud determinado por la capacidad funcional, así como del enfoque de derechos que orienta los servicios sociales y sanitarios de prevención, rehabilitación y cuidados de largo plazo, se han desprendido tres formas de operar sobre las personas mayores:

1. Servicios conducentes a mantener la funcionalidad y la actividad, que promuevan la participación y que se relacionen con todos los ámbitos de la política pública, tales como el desarrollo y la planificación urbana, la instalación de la cultura del autocuidado, la dotación de infraestructura que facilite la integración social, el ocio, el esparcimiento, la formación continua, la desvinculación laboral asistida, el emprendimiento, la salud, la vivienda, la accesibilidad, por mencionar algunos.
2. Servicios tendientes a recuperar la funcionalidad (centros de día), dirigidos a personas que manifiestan pérdidas funcionales, para revertirlas o retrasar su avance a través de la rehabilitación.
3. Servicios orientados a los cuidados de largo plazo para personas mayores con altos grados de dependencia. Este tipo de cuidados aparecen como el eje de servicios sociales y sanitarios para dar respuesta a las necesidades de los mayores que requieren de otra persona para satisfacer sus diversas necesidades cotidianas. Estos son:
 - Cuidados domiciliarios que contribuyan a la permanencia de la persona en su entorno habitual por el mayor tiempo posible, por ejemplo, servicios de cuidadoras/es, alimentación domiciliaria, servicios de podología, curaciones, entre otros.
 - Centros de día y centros de noche para responder a la necesidad de respiro de la familia que cuida, permitiendo a la vez que la persona de edad reciba cuidados de personal especializado.

- Instituciones de larga estadía para satisfacer la necesidad de cuidados que no es posible abordar en la familia, ya sea porque ésta no existe o porque no los puede proveer.

Estos servicios cristalizan la estrategia de una política pública que debe incorporar el envejecimiento de la población en su lógica de actuación, y que se debe orientar, desde un enfoque de derechos, a proteger y promover un envejecimiento activo y saludable, así como al cuidado de personas mayores con mermas en su salud y su funcionalidad.

Los servicios sociales y sanitarios abren también oportunidades en materia de empleabilidad y desarrollo, ya que ofrecen al mercado nuevos nichos de demanda y oferta. Este tipo de servicios requiere personas capacitadas para proveerlos, cuestión que se irá profundizando en la medida que la sociedad envejece y, perfectamente, pueden constituir en el futuro, un campo profesional amplio, tanto para las generaciones más jóvenes como también para los mayores.

La prevención y rehabilitación son instrumentos que posibilitan reducir la presión excesiva con que cuenta el sistema de salud, evitando o mitigando enfermedades que pueden derivar en hospitalización y medicación excesiva, con un alto costo para la sociedad en su conjunto y para la calidad de vida de los adultos mayores.

Muchos países han enfrentado el envejecimiento poblacional a través de servicios sociales y sanitarios. La forma en que se implementan cambia de acuerdo a las realidades específicas y a la voluntad por asumir la responsabilidad pública y nacional con las personas de edad, dejando de adjudicarles solamente a las familias el cuidado de sus mayores. Cómo diseñar e implementar dichos servicios es quizás el tema fundamental a abordar una vez que estemos disponibles y seamos capaces de instalar la convicción de que avanzar a este respecto es necesario, es urgente, es conveniente desde el punto de vista económico e ineludible desde el punto de vista ético.

Avanzar en una mayor participación de las personas mayores es fundamental para el desarrollo de un país cada día más envejecido que requiere la mayor integración de todos sus actores. Avanzar en servicios para los más dependientes es un desafío ético y un círculo virtuoso para la economía en cuanto estos servicios generarán empleos antes inexistentes en el mercado y, a su vez, constituyen la oportunidad de avanzar en un Estado que no elude sus responsabilidades en relación al bienestar de sus miembros.

Determinar el lugar donde queremos ir, consensuando los valores y fundamentos de lo que haremos, nos permitirá plasmar los compromisos en metas cuantificables respecto de lo que debe ser la continuidad del cambio de paradigma en materia de protección social y participación ciudadana que ha instalado el gobierno de la primera mujer presidenta de nuestra historia.

Anexos

A continuación se presentan algunos elementos de las experiencias rescatadas de Japón y España, que hacen referencia a la valoración de las situaciones de dependencia y al reconocimiento de los beneficiarios de cada sistema, así como a los mecanismos de acceso, beneficios y financiamiento. Estos elementos son relevantes en la medida que proveen información sobre fórmulas posibles de utilizarse para evaluar costos y diseñar programas y servicios para las personas mayores en nuestro país.

Anexo 1

Japón: El seguro de asistencia pública

Reconocimiento de la dependencia y beneficiarios

Los asegurados primarios son las personas de 65 años o más y los secundarios aquellos de edades entre 40 y 64 años. La cobertura desde los 40 años se justifica por el aumento de posibilidades de padecer enfermedades que requieren asistencia, por la necesidad de prevención y también por la posibilidad de aliviar la carga del cuidado de los padres.

La necesidad de asistencia debe ser acreditada mediante una entrevista solicitada por la persona mayor, de la que resulta una evaluación médica. La decisión sobre la certificación la toma una comisión y la misma es entregada por la municipalidad. Es necesario recalcar que entre 2000 y 2004 la cantidad de personas con necesidad de asistencia certificada aumentó en un 74%. Esto último debe alertarnos sobre la invisibilidad que existe respecto a este tema, dado que, una vez levantada la oferta de servicios la demanda emerge automáticamente, cuestión que debe ser anticipada actualizando los datos sobre los potenciales beneficiarios que puedan hacer uso de las prestaciones que se brinden.

Beneficios del sistema

Los tipos de beneficios de la asistencia pública son:

- Asistencia domiciliaria.
 - Ayuda a domicilio para diversas actividades domésticas.
 - Ayuda en baño a domicilio.

- Enfermería a domicilio.
- Rehabilitación a domicilio.
- Control y orientación del tratamiento en casa (visita del médico).
- Asistencia en centro (servicio diurno) y rehabilitación en centro.
- Asistencia de permanencia en corto plazo (estadía de corto plazo), asistencia de tratamiento hospitalizado de corto tiempo (estadía de corto plazo en hospital).
- Asistencia de vida comunitaria a personas con demencia (residencia grupal), asistencia de vida en institución especial (asistencia en residencia geriátrica de pago, entre otros).
- Arriendo de aparatos de bienestar.
- Cuidados en instituciones.
 - Institución de bienestar del anciano (residencia geriátrica de asistencia especial).
 - Institución de salud del anciano (institución de salud geriátrica).
 - Institución de atención médica tipo, asistencia y tratamiento (hospital).

Anexo 2

España: Sistema de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

Se constituyó el Sistema de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) con el fin de promover la independencia personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación dependiente en todo el territorio. El SAAD se configura como una red pública y diversificada que integra de forma coordinada centros y servicios, tanto públicos como privados, debidamente acreditados.

Además, se crea el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, como instrumento de cooperación para la articulación del sistema.

Lo anterior da cuenta del consenso social que se requiere para llevar adelante la tarea mediante una coordinación intersectorial, con énfasis en los territorios y con competencias acreditadas para la atención, asumiendo de tal forma la complejidad de la situación desde una perspectiva integral.

Valoración y reconocimiento de la dependencia

La clasificación de la dependencia se realiza en función de los siguientes grados:

Grado I. Dependencia moderada: La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Grado II. Dependencia severa: La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.

Grado III. Gran dependencia: La persona necesita ayuda para realizar diversas actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia se inicia a instancias de los ciudadanos. Estos son evaluados por los órganos que designen las Comunidades Autónomas (CCAA). Todos los ciudadanos que lo deseen pueden solicitar la evaluación. El reconocimiento del derecho es expedido por la comunidad autónoma correspondiente y tiene validez en todo el Estado.

Financiamiento

El Artículo 32 de la ley hace referencia al financiamiento del sistema, estableciendo que:

1. La Administración General del Estado (AGE) asumirá íntegramente el costo del nivel mínimo de protección que otorga el sistema, fijando anualmente los recursos económicos en la ley de presupuesto.
2. En el marco de la cooperación administrativa, los convenios que se suscriban entre la AGE y las CCAA determinarán las obligaciones asumidas por cada una de las partes para financiar los servicios y prestaciones del sistema. Estos convenios recogen criterios de reparto, teniendo en cuenta la población dependiente y criterios geográficos.
3. Por su parte, los beneficiarios del sistema participan en el financiamiento de las prestaciones según el tipo y costo de servicios y su capacidad económica personal. La capacidad económica se tiene presente también para la cuantía de las prestaciones económicas fiscales.
4. Por último, se establece que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos.

Beneficios del Sistema

Los individuos son evaluados para determinar su grado y nivel de dependencia y las prestaciones a las que tendrán derecho. Para hacer efectivas las prestaciones reconocidas a la persona en situación de dependencia, los servicios sociales de las CCAA establecen un Programa Individual de Atención. El SAAD incluye las siguientes prestaciones:

1. Prestación de servicios a través de centros y programas públicos o concertados (comprometidos entre el sector público y privado con criterios definidos por el primero) según catálogo. Los beneficiarios tienen derecho a una serie de servicios según su grado y nivel de dependencia. El catálogo de servicios incluye:
 - a) Servicio de prevención de las situaciones de dependencia.
 - b) Servicio de teleasistencia. Dispositivo electrónico de uso permanente por la persona de edad, que de manera fácil y rápida la pone en

contacto con un centro de asistencia que cuenta con toda la información personalizada en línea y capacidad de respuesta.

- c) Servicio de ayuda a domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar.
 - Cuidados personales.
- d) Servicio de centro de día y de noche:
 - Centro de día para mayores.
 - Centro de día para menores de 65 años.
 - Centro de día de atención especializada.
 - Centro de noche.
- e) Servicio de atención residencial:
 - Residencia de personas mayores dependientes.
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia con varios tipos de discapacidad.

2. Prestaciones económicas

- a) Prestación económica vinculada a la contratación del servicio.

En caso de que no se disponga de la oferta pública de servicios que requiera el beneficiario en función de su grado y nivel de dependencia, se entrega una prestación económica, para que la persona pueda adquirir el servicio en el mercado. La prestación económica de carácter personal puede recibirse cuando el beneficiario cumpla determinados requisitos, los que se encuentran vinculados a la prestación de un servicio. La cuantía de la prestación económica se encuentra relacionada con el grado de dependencia y de la capacidad financiera del beneficiario.

- b) Compensación económica por cuidados en el entorno familiar.

Siempre que se den las circunstancias familiares y de otro tipo necesarias para ello, el beneficiario puede optar por ser atendido en su entorno familiar, recibiendo quien esté a cargo del cuidado una

compensación económica por el mismo. El apoyo a cuidadores incluye programas de información, formación y períodos de descanso para los cuidadores no profesionales, encargados de la atención de las personas en situación de dependencia.

c) Prestación de asistencia personalizada.

Tiene como finalidad la promoción de la autonomía de personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personalizada durante un número de horas, que facilite al beneficiario una vida más autónoma, el acceso a la educación y al trabajo y el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

Por otra parte, aquellas personas que opten por contratar un seguro privado de dependencia obtendrán beneficios fiscales.

Autora



Paula Forttes

Trabajadora Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana, con postítulo en Gerontología Social. Actual Directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

II

Estimación de gasto del adulto mayor en la Modalidad de Libre Elección de Fonasa 2004

*Rony Lenz
Ximena Calvo*

* Este trabajo fue posible gracias a la colaboración de las autoridades del Fondo Nacional de Salud, en particular de su Director, Dr. Hernán Monasterio, y José Angulo, quienes amablemente contribuyeron a la investigación facilitando los datos de la frecuencia de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección (MLE).

Introducción

Tal como se aprecia en la tabla 1, el número de adultos mayores ha venido creciendo de manera sostenida en Chile y según todas las proyecciones este continuará aumentando. Mientras en 1975 el 7,9% de la población tenía más de 60 años, en 2000 esta proporción se elevó al 10,2% y seguirá creciendo hasta alcanzar el 18,2% en 2025. Esto ha implicado pasar, en términos absolutos, de 814 mil adultos mayores a 1,5 millones entre 1975 y 2000. A futuro, el incremento de población mayor de 60 años será mucho mayor, bordeando los 3,5 millones hacia 2025. Es decir, mientras en los últimos 25 años la población de adultos mayores se incrementó en un 80%, durante los próximos 25 años ésta se acrecentará en 133%.

Es esperable que el proceso de envejecimiento y la transición epidemiológica tengan un importante impacto en el gasto en salud, principalmente en el sistema público, donde se concentra cerca del 80%⁽¹⁾ de los adultos mayores. No obstante, no existe un esfuerzo sistemático en el país por realizar un seguimiento de la evolución del gasto en este segmento poblacional.

Se pueden citar estudios que intentan dimensionar, a través de estimaciones puntuales, la problemática del envejecimiento de la población y sus consecuencias para el sistema de salud, advirtiendo con mayor o menor énfasis el desafío que una población envejecida constituye para el sistema de salud. Entre aquellos se encuentran: “Chile: The Adult Health Policy Challenge”, del Banco Mundial (1995); “Los Problemas de Salud del Adulto Mayor y las Enfermedades Catastróficas”, Aedo (1996); “Equidad en el Financiamiento del Seguro Público de Salud”, Bitrán (1996); “Alternativas de Financiamiento de la Salud en el Sistema Privado, para la Tercera edad”, Fischer et al. (1998); “Edad Avanzada y Costos Catastróficos: Algunos Aspectos del Aseguramiento de la Salud en Chile”, María Luisa Escobar (2000) e “Impacto del Envejecimiento en el Gasto en Salud: 2002- 2020”, Olivares (2006). No obstante la bibliografía citada, aún no se realiza un seguimiento sistemático del comportamiento del gasto en salud para este grupo de edad.

Es esperable que el proceso de envejecimiento y la transición epidemiológica tengan un importante impacto en el gasto en salud, principalmente en el sistema público, donde se concentra cerca del 80% de los adultos mayores.

(1) MIDEPLAN, División Social, Encuesta Casen 2003.

Más aún, tampoco se dispone de estudios que den cuenta de la evolución de gasto y patrón de consumo según subsistema de salud, y dentro del subsistema público según modalidad de atención.

A nivel agregado el gasto en salud en Chile representó el 6,1% del PIB en el año 2004, esto es, cerca de \$ 3.532.249 millones.⁽²⁾ De esta suma el 47% corresponde a gasto en salud del sector público y un 53% a gasto en salud del sector privado (OMS, 2006). La pregunta que se intenta responder es, entonces,

¿cuánto de este volumen de recursos se destinó y se destinará a la población más añosa del país?

El presente documento, por su parte, se concentra en determinar el gasto que realizan las personas de más de 65 años en la Modalidad de Libre Elección (MLE) del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia enfocada a estimar el gasto en salud de los adultos mayores en el sistema de salud chileno.

El presente documento, por su parte, se concentra en determinar el gasto que realizan las personas de más de 65 años en la Modalidad de Libre Elección (MLE) del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Esta constituye, tal vez, el área menos estudiada del sistema público en esta materia, a pesar de la rica información que posee Fonasa gracias a sus desarrollos informáticos.

Tabla 1
Población chilena por grupo de edad 1950-2050

Grupos de edad	1950	1975	2000	2025	2050
Total (miles)	6.081,9	10.336,6	15.211,3	19.548,0	21.689,2
0- 14	2.233,0	3.808,0	4.328,2	4.330,6	3.964,1
15- 59	3.432,2	5.713,8	9.332,8	11.659,7	12.496,4
60 y más	416,7	814,2	1.550,3	3.557,6	5.228,7
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0- 14	36,7	36,8	28,5	22,2	18,3
15- 59	56,4	55,3	61,4	59,6	57,6
60 y más	6,9	7,9	10,2	18,2	24,1

Fuente: Estimaciones en base a Boletín Demográfico: América Latina y el Caribe. Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950- 2050, Año XXXVII, No. 73, CEPAL, CELADE, 2004, Santiago.

Es necesario recordar que los beneficiarios de Fonasa pueden optar, de acuerdo al régimen de salud,⁽³⁾ por atenderse a través de dos modalidades de

(2) Cifra calculada en base al PIB informado por el Banco Central para el año 2004, \$ 57.905.728 millones.

(3) Ley 18.469 de 1985.

atención para acceder a las prestaciones de salud financiadas por el Fondo: La Modalidad de Atención Institucional (MAI)⁽⁴⁾ y la MLE.

Pueden acceder a la MLE todos los afiliados que aportan el 7% de su renta imponible para salud en Fonasa y sus respectivas cargas legales, es decir, los beneficiarios que se clasifican en los grupos previsionales B,⁽⁵⁾ C⁽⁶⁾ y D.⁽⁷⁾ El grupo A, personas carentes de recursos,⁽⁸⁾ no puede optar a atenderse por la MLE. Bajo esta modalidad de atención los beneficiarios (afiliados más sus cargas) pueden elegir libremente al profesional y/o institución que estimen conveniente para que este les brinde la prestación requerida. El beneficiario, por su parte, al optar por la MLE por lo general debe en forma adicional cancelar un copago. Para poder otorgar prestaciones a través de la MLE el profesional u entidad debe estar inscrita en el rol de Fonasa.

Cerca de un 30% de los afiliados a Fonasa son pensionados, es decir, principalmente beneficiarios que pertenecen al segmento de adultos mayores (tabla 2).

Tabla 2
Afiliados a Fonasa según categoría previsional

Afiliados	Dic. 2003	Dic. 2004	Dic. 2005	% Dic. 2004
Dependientes	2.419.483	2.563.650	2.921.405	64,50
Dependientes y pensionado	110.076	109.268	109.491	2,70
Independientes	116.031	119.354	122.839	3,00
Pensionados	1.158.426	1.180.406	1.155.899	29,10
Otros	3.879	3.080	6.268	0,70
Total general	3.807.895	3.975.758	4.315.902	100,00

Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Estadístico Fonasa 2004-2005.

(4) En la MAI, todos los beneficiarios pueden acceder a las atenciones de salud que otorga la red de Establecimientos del SNSS, red de Atención Primaria Municipal o entidades privadas con las cuales los servicios de salud hayan celebrado convenio para estos efectos.

(5) Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

(6) Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B.

(7) Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C.

(8) Se considera persona carente de recursos a los indigentes, personas que perciben pensiones asistenciales y los causantes del subsidio familiar único. También se consideran carentes de recursos la mujer embarazada hasta el sexto mes, los niños hasta los 6 años de edad y los menores internos en establecimiento del Servicio Nacional de Menores (SENAME).

Los beneficiarios de Fondo Nacional de Salud que opten por la MLE pueden elegir libremente al profesional y/o institución que estimen conveniente dentro de aquellas instituciones que se encuentran inscritas en alguno de los grupos del rol de Fonasa, en los niveles 1, 2 o 3, para que éste les brinde la prestación requerida. Los precios que paga el seguro público a los prestadores inscritos en el rol están contenidos en el Arancel de Fonasa de la MLE aprobada por los ministerios de Salud y Hacienda. En general, se fija el precio en el nivel 1 y, luego, el nivel 2 y nivel 3 equivalen a un 30% y 60% más respectivamente, en relación al nivel 1. Las bonificaciones que entrega Fonasa para las prestaciones en la MLE se expresan sobre el nivel 1 en términos absolutos (60% para la consulta médica y en promedio 40% para el total de las prestaciones) y, por tanto, van declinando porcentualmente en la medida que el beneficiario elija un prestador inscrito en un nivel más alto.

Para 2004 la cantidad de instituciones y profesionales en convenio eran de 4.269 y 24.045,⁽⁹⁾ respectivamente. Cerca del 77% de las instituciones y del 90% de profesionales se encontraban inscritos en el nivel 3.

La MLE de Fonasa ha funcionado tradicionalmente a través de un sistema de órdenes de atención (bonos o vouchers), que progresivamente han ido migrando hacia un esquema de transacciones electrónicas con huella digital, de tal manera que la medida natural de actividad de la MLE es la emisión de

bonos⁽¹⁰⁾ o, su equivalente, la transacción electrónica. En 2004 se realizaron 29,7 millones de estas transacciones.

La demanda de la MLE se origina en la insuficiencia de los consultorios y hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) para atender de manera oportuna a los 11

millones de beneficiarios de Fonasa, de tal manera que, aunque los copagos son significativos, la población de ingresos bajos y medios está dispuesta a desembolsar recursos para acceder en forma oportuna a prestadores privados,

La demanda de la MLE se origina en la insuficiencia de los consultorios y hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) para atender de manera oportuna a los 11 millones de beneficiarios de Fonasa.

(9) Boletín Estadístico Fonasa 2004-2005.

(10) Los bonos corresponden a documentos emitidos por el Fonasa contra los cuales se cancela al prestador el monto total de la prestación, el beneficiario compra el documento, al copagar, y luego el prestador cobra al Fonasa, con el bono en cuestión, por dicha prestación.

fundamentalmente en el área ambulatoria, evitando las largas listas de espera en instituciones, consultorios y policlínicos.

El gasto en la MLE corresponde a la facturación registrada por concepto de las prestaciones otorgadas, valoradas según el arancel de esta modalidad. En la MLE el mecanismo de pago es por prestación realizada (“fee for service” o pagos por prestación), aun cuando a partir de 1997 se inició la incorporación del método de pago PAD (Pago Asociado a Diagnóstico) para algunas patologías, sobre todo del área quirúrgica.

El gasto total devengado⁽¹¹⁾ de la Libre Elección en 2004 ascendió a \$ 249.977 millones en pesos de ese año. Este representa aproximadamente el 15,7% del gasto total del sistema público.⁽¹²⁾ Del gasto total de la MLE el 44,06% corresponde a copagos del usuario y el 55,94% restante corresponde a bonificación de Fonasa.⁽¹³⁾

De la tabla 3, se desprende que la tasa de crecimiento del gasto para la MLE de Fonasa ha sido mayor que la tasa de crecimiento total del sector público para el período 1996-2002. Para los años 2003, 2004 y 2005 se observa que la relación se invierte. Dos razones estarían explicando este cambio en la tendencia: primero, existe una modificación en la forma de contabilizar los gastos que provoca una disminución aparente. En efecto, con la incorporación de la emisión de bonos electrónicos el modo de registro del gasto de la MLE ha variado. Para cada transacción electrónica solo se registra como gasto lo bonificado por Fonasa, a diferencia de la contabilidad de gasto con bonos o vouchers tradicionales, donde se ingresa como gasto lo bonificado más el copago del usuario.⁽¹⁴⁾ Esta diferencia en los registros es claramente cuestionable. Lo segundo, es que el grupo de urología cae entre 2003 y 2005 un 45%, producto de que los convenios de Fonasa con centros de hemodiálisis se trasladan desde la MLE a la MAI. Estos dos elementos inducen a pensar que existe una caída en el gasto de la MLE, cuando en realidad ha seguido creciendo.

(11) El gasto devengado corresponde a la facturación, es decir, el pago efectivo realizado por Fonasa a los prestadores.

(12) No se considera dentro del gasto público el Aporte Municipal y del FNDR. Si se incluyen estas magnitudes este porcentaje desciende al 14,6%.

(13) Ambos resultados han sido calculados por los autores, en base a la Ejecución Presupuestaria del sector Salud para el año 2004.

(14) Cuando se toma la emisión de bonos y no el gasto devengado se obtienen magnitudes de 250.466 millones (2003), 275.627 millones (2004) y 285.029 millones (2005) —en \$ de 2005—. Esto implica que el gasto de la MLE crece un 20% más el año 2003 que el crecimiento del gasto público en salud y 7% más en 2004. Recién el año 2005 la MLE comienza a crecer más lentamente que el gasto del sector público.

Tabla 3
Gasto devengado según tipo de beneficio años 1995-1999⁽¹⁾
(En millones de pesos (\$) año 2005)

Tópico	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Modalidad Libre Elección	105.650	116.554	129.828	158.587	169.413	199.085	228.573	242.529	245.006	266.192	253.924
Atenciones	100.013	109.848	121.367	146.340	155.538	182.779	208.209	222.596	233.949	259.226	249.843
Préstamos médicos netos (4)	5.637	6.706	8.461	12.247	13.875	16.306	20.364	19.933	11.057	6.966	4.081
Tasa crecimiento anual (%)	10,30	11,40	22,20	6,80	17,50	14,80	6,10	1,00	8,60	8,60	-4,60
Tasa crecimiento anual MLE sin préstamos médicos (%)	9,80	10,50	20,60	6,30	17,50	13,90	6,90	5,10	10,80	10,80	-3,60
Modalidad Institucional	560.040	623.319	659.204	699.584	718.874	762.765	825.168	863.580	931.370	1.049.995	1.142.376
Atención primaria (2)	67.148	78.751	81.577	96.583	108.881	116.484	134.655	152.828	179.232	203.051	244.001
Atención secundaria y terciaria (3)	492.892	544.568	577.627	603.001	609.993	646.281	690.513	710.752	752.138	846.944	898.375
Tasa crecimiento anual (%)	11,30	5,80	6,10	2,80	6,10	6,10	8,20	4,70	7,80	12,70	8,80
Resto	258.355	266.629	296.506	307.726	342.564	373.841	407.634	328.965	347.207	380.904	419.614
Tasa crecimiento anual (%)	3,20	11,21	3,78	11,32	9,13	9,04	-19,30	5,55	9,71	10,16	10,16
Total sector público	924.045	1.006.502	1.085.538	1.165.897	1.230.851	1.335.691	1.461.375	1.435.074	1.523.583	1.697.091	1.815.914
Tasa crecimiento anual (%)	8,90	7,90	7,40	5,60	8,50	9,40	-1,80	6,20	11,40	7,00	7,00
Razones											
Gasto MLE/gasto sector público (%)	11,43	11,58	11,96	13,60	13,76	14,91	15,64	16,90	16,08	15,69	13,98
Gasto MLE sin préstamos/gasto sector público (%)	10,82	10,91	11,18	12,55	12,64	13,68	14,25	15,51	15,36	15,27	13,76
Gasto MLE/gasto MAI (%)	18,86	18,70	19,69	22,67	23,57	26,10	27,70	28,08	26,31	25,35	22,23
Gasto MLE sin préstamos/gasto MAI (%)	17,86	17,62	18,41	20,92	21,64	23,96	25,23	25,78	25,12	24,69	21,87
Tasa crecimiento MLE/ tasa crecimiento gasto sector	1,16	1,44	3,00	1,21	2,06	1,57	-3,39	0,16	0,75	0,75	-0,66
Tasa crecimiento MLE sin préstamos/ tasa crecimiento gasto sector	1,10	1,33	2,78	1,13	2,06	1,48	-3,83	0,82	0,95	0,95	-0,51

Fuente: Elaboración propia en base a Boletín Estadístico Fonasa 2004-2005.

(1) Si bien los totales generales son cifras contables, algunas de las cifras al interior obedecen solo a una estimación.

Fuente de información

La calidad de la información que posee Fonasa en su base de datos de transacciones de Bonos de Atención de Salud (BAS) permite calcular de forma directa el gasto asociado a la tercera edad bajo la MLE. Los datos fueron proporcionados por el Subdepartamento de Estudios de Fonasa y corresponden a la emisión de bonos⁽¹⁵⁾ para usuarios⁽¹⁶⁾ mayores de 65 años durante 2004. Para cada BAS emitido se dispone de información⁽¹⁷⁾ sobre el sexo, fecha de nacimiento y grupo previsional⁽¹⁸⁾ del beneficiario, el código del arancel, precio y copago de la prestación.⁽¹⁹⁾ Para el análisis de la información se utilizó un formato de base de datos.⁽²⁰⁾

La valorización de las prestaciones es a través del arancel de la MLE. Este arancel, a diferencia del de la MAI —arancel de transferencia—, corresponde a un arancel que sirve de referencia para la determinación de los precios de mercado en el sector privado.

La valorización de las prestaciones es a través del arancel de la MLE. Este, a diferencia del de la MAI —arancel de transferencia—, corresponde a un arancel que sirve de referencia para la determinación de los precios de mercado en el sector privado.

Los precios de la MLE deben ser lo suficientemente atractivos para los prestadores privados, de manera tal que incentiven a estos a inscribirse en convenio con Fonasa y permitan proveer las acciones de salud para sus beneficiarios. La contabilidad del Fondo no incluye las diferencias respecto del valor del arancel que Fonasa permite a los prestadores cobrar directamente a los beneficiarios, en el caso de los días cama y de los derechos de pabellón. Esto quiere decir que el gasto efectivo de la MLE es mayor al que contabiliza Fonasa.

Las prestaciones se agrupan bajo la misma clasificación utilizada en el Arancel MLE 2004. Se identifican 27 grupos de prestaciones: Atención

(15) El gasto puede medirse en el momento de la emisión de las órdenes de atención o en el momento del pago de dichas órdenes. Este último concepto corresponde al concepto devengado, toda vez que al realizar el prestador la reclamación del pago se entiende que el servicio al paciente fue prestado.

(16) Afiliado o carga mayor de 65 años.

(17) Por razones de confidencialidad de la información (dato sensible) no es posible acceder al Rut del beneficiario de cada bono emitido.

(18) Fonasa B, C, D.

(19) Arancel MLE.

(20) Se utilizó el Programa My SQL.

abierta; atención cerrada; exámenes de laboratorio; imagenología; medicina nuclear y radioterapia; kinesiología y fisioterapia; medicina transfusional; anatomía patológica; psiquiatría y psicología clínica; endocrinología; neurología y neurocirugía; oftalmología; otorrinolaringología; cirugía de cabeza y cuello; cirugía plástica y reparadora; dermatología y tegumentos; cardiología, cirugía cardiovascular y de tórax, neumología; gastroenterología; urología y nefrología; ginecología y obstetricia; ortopedia y traumatología; anes-

tesia; prótesis; traslados; pago asociado a diagnóstico; enfermería, y pago asociado a emergencia.

Con todo, la información disponible no permite estimar con exactitud las tasas de uso de la MLE, debido a que no se puede asociar a priori un número de adultos mayores a esta modalidad de atención.

Con todo, la información disponible no permite estimar con exactitud las tasas de uso de la MLE, debido a que no se puede asociar a priori un número de

adultos mayores a esta modalidad de atención. Sería de sumo interés establecer tasas de uso de prestaciones del adulto mayor bajo esta modalidad de atención para permitir comparaciones entre las dos modalidades de atención y, a su vez, con el sector Isapre.

En suma, los datos permiten acercarse de forma bastante precisa al gasto bajo esta modalidad, estableciendo copagos y bonificaciones promedio. Además, permiten conocer los grupos de prestaciones de mayor demanda por la población de adultos mayores y relacionar la demanda con el gasto.

Modelo

El gasto de la MLE es igual a la sumatoria de gasto por actividad realizada de cada uno de los grupos de prestaciones pertenecientes al arancel Fonasa para el grupo de edad de adultos mayores de 65 años. Para cada grupo de prestaciones se calcula la frecuencia de las mismas. Esta frecuencia es valorizada a los precios del Arancel Fonasa, para cada uno de los niveles de atención en los cuales se encontraba inscrito el prestador que entregó la atención. El monto total de gasto asociado es simplemente el producto de la frecuencia por los aranceles respectivos. En ambos grupos de prestaciones se puede calcular la bonificación que entrega el Fondo y el copago asociado.

Para cada grupo se calculó la frecuencia de prestaciones, el monto total de gasto asociado y el copago respectivo. La calidad de la información permite

calcular de forma directa el gasto vinculado a la tercera edad bajo esta modalidad de atención:

Fórmula 1

$$GMLE_{i \geq 65} = \sum_{i=1}^n P_i^{mle} X_{i \geq 65} = \sum_i B_i^{mle} X_{i \geq 65} + \sum_{i=1}^n C_i^{mle} X_{i \geq 65}$$

Donde,

$i = 1 \dots n$, grupo de prestaciones del arancel Fonasa.

$GMLE \geq 65$: Gasto en adulto mayor de la MLE.

P_i^{mle} : Precio arancel MLE del nivel en que ocurrió la atención.

$X_{\geq 65}$: Frecuencia de prestaciones otorgadas al adulto mayor.

B_i^{mle} : Bonificaciones para el grupo de prestaciones.

C_i^{mle} : Copagos para el grupo de prestaciones.

Resultados

Los resultados, en base a los datos entregados por Fonasa,⁽²¹⁾ se muestran en la tabla 4.

Se estima para 2004 un gasto total de la MLE de \$ 275.627 millones a través de la emisión de bonos.⁽²²⁾ En tanto, se estima un gasto de \$ 72.587 millones en prestaciones para mayores de 65 años en el mismo año. Esto implica que el 26,3% del gasto en atenciones de la MLE en 2004 se destinó a adultos mayores.

De los 5,8 millones de atenciones efectuadas a personas de la tercera edad durante 2004, más del 80% de las prestaciones corresponden a atenciones principalmente ambulatorias: exámenes de laboratorio (44,1%), atención abierta (30,1%) e imagenología (8%).

La atención nefrológica, la consulta médica, la imagenología y los exámenes de laboratorio representan el 65,9% del gasto en prestaciones que realiza el grupo de adultos mayores. Se observa que las prestaciones de

(21) Desgraciadamente los autores no pudieron acceder a la totalidad de la base de datos para analizar en más detalle la información y realizar cruces adicionales de datos.

(22) Boletín Estadístico Fonasa 2003-2004.

nefrología y urología —principalmente la hemodiálisis— explican el 22% del gasto del adulto mayor en la MLE, seguido por las prestaciones de atención abierta (20,5%), imagenología (13,6%) y los pagos asociados a diagnósticos —PAD— (10%). Es interesante destacar que las prestaciones de urología y nefrología representan tan solo el 1% del total de la frecuencia física de prestaciones a la que acceden los adultos mayores en la MLE, no obstante, son las más significativas desde el punto de vista del gasto, dado el alto precio medio de la hemodiálisis. A su vez, corresponde al grupo de prestaciones que en promedio más bonifica Fonasa (77,6%).

Del gasto total destinado al adulto mayor bajo la MLE (\$ 72.588), \$ 37.444 millones corresponden a copagos (51,6%) y \$ 35.144 millones a bonificaciones del Fonasa (48,4%). Los copagos representan el 44,06% del total del gasto de la MLE para todas las edades.⁽²³⁾ En el grupo de adultos mayores los copagos representan el 51,6% del total del gasto de la MLE para este segmento de edad. Es decir, en términos globales el grupo de adultos mayores copaga 7,5 puntos porcentuales más por cada prestación efectuada que el promedio de beneficiarios que utiliza la MLE, esto es un 17,0% más.

Conclusiones

Tradicionalmente la MLE ha sido percibida por las autoridades de salud como un área secundaria del sistema público de salud que no merece atención especial por parte de las políticas públicas. En este sentido, las políticas y los

(...) la Reforma AUGE no incluyó a esta modalidad en el proceso de reforma de salud. La MLE es vista como un área en la cual se filtran recursos “injustificadamente” al sistema prestador privado, y al cual acceden los grupos más pudientes de Fonasa.

esfuerzos sectoriales se han concentrado principalmente en la Modalidad de Atención Institucional. Una muestra de esta falta de interés del Minsal por la MLE es que la Reforma AUGE no incluyó a esta modalidad en el proceso de reforma de salud. La MLE es vista

como un área en la cual se filtran recursos “injustificadamente” al sistema prestador privado, y al cual acceden los grupos más pudientes de Fonasa. Las autoridades económicas recelan de la MLE por la dificultad de contener costos bajo el mecanismo de pago de “fee for service” que actualmente domina

(23) Cifra estimada en base al Gasto Devengado en la MLE, Ejecución Presupuestaria Sector Salud año 2004.

Tabla 4
Gasto estimado en mayores de 65 años en MLE de Fonasa
en base a la emisión de BAS, 2004

Grupo	Definición	Nº prestaciones >=65	% del total de prestaciones	\$ total	% del monto Total
1	Atención abierta	1.757.371	30,1	14.905.755.530	20,5
2	Atención cerrada	60.337	1,0	2.285.378.480	3,1
3	Exámenes de laboratorio	2.572.642	44,1	7.084.336.170	9,8
4	Imagenología	469.121	8,0	9.842.796.965	13,6
5	Medicina nuclear y radioterapia	27.355	0,5	1.138.145.830	1,6
6	Kinesiología y fisioterapia	150.045	2,6	1.674.331.370	2,3
7	Medicina transfusional	12.312	0,2	222.225.681	0,3
8	Anatomía patológica	50.914	0,9	874.290.060	1,2
9	Psiquiatría y psicología clínica	13.648	0,2	191.780.860	0,3
10	Endocrinología	90	0,0	211.400	0,0
11	Neurología y neurocirugía	12.357	0,2	351.416.332	0,5
12	Oftalmología	263.903	4,5	2.771.492.513	3,8
13	Otorrinolaringología	32.605	0,6	289.048.492	0,4
14	Cirugía de cabeza y cuello	1.174	0,0	52.543.750	0,1
15	Cirugía plástica y reparadora	1.299	0,0	37.621.383	0,1
16	Dermatología y tegumentos	37.292	0,6	454.578.097	0,6
17	Cardiología, neumología, cirugía cardiovascular y de tórax	165.625	2,8	3.030.417.264	4,2
18	Gastroenterología	79.764	1,4	1.866.635.721	2,6
19	Urología y nefrología	59.928	1,0	15.996.023.763	22,0
20	Ginecología y obstetricia	6.230	0,1	324.214.230	0,4
21	Ortopedia y traumatología	22.070	0,4	662.344.886	0,9
22	Anestesia	1.304	0,0	32.749.530	0,0
23	Prótesis	13.256	0,2	706.536.120	1,0
24	Traslados	186	0,0	681.800	0,0
25	Pago asociado a diagnóstico	11.996	0,2	7.251.151.913	10,0
26	Enfermería	13.766	0,2	264.419.670	0,4
27	Pago asociado a emergencia	1.104	0,0	276.662.102	0,4
0		5	0,0	15.272	0,0
	En blanco	11	0,0	72.710	0,0
	Total	5.837.710	100,0	72.587.877.894	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa.

Tabla 5
Bonificaciones y copagos según bonos emitidos de la MLE
para mayores de 65 años en 2004
(cifras en pesos (\$))

Grupo	Definición	\$ total	\$ copago	% copago	\$ bonificado	% bonificado
1	Atención abierta	14.905.755.530	7.309.622.430	49,0	7.596.133.100	51,0
2	Atención cerrada	2.285.378.480	1.143.184.240	50,0	1.142.194.240	50,0
3	Exámenes de laboratorio	7.084.336.170	4.707.419.795	66,4	2.376.916.375	33,6
4	Imagenología	9.842.796.965	6.314.813.925	64,2	3.527.983.040	35,8
5	Medicina nuclear y radioterapia	1.138.145.830	715.855.450	62,9	422.290.380	37,1
6	Kinesiología y fisioterapia	1.674.331.370	1.125.862.790	67,2	548.468.580	32,8
7	Medicina transfusional	222.225.681	111.887.600	50,3	110.338.081	49,7
8	Anatomía patológica	874.290.060	598.495.610	68,5	275.794.450	31,5
9	Psiquiatría y psicología clínica	191.780.860	128.136.770	66,8	63.644.090	33,2
10	Endocrinología	211.400	105.080	49,7	106.320	50,3
11	Neurología y neurocirugía	351.416.332	233.307.269	66,4	118.109.063	33,6
12	Oftalmología	2.771.492.513	1.867.459.033	67,4	904.033.480	32,6
13	Otorrinolaringología	289.048.492	197.657.472	68,4	91.391.020	31,6
14	Cirugía de cabeza y cuello	52.543.750	34.739.300	66,1	17.804.450	33,9
15	Cirugía plástica y reparadora	37.621.383	24.702.085	65,7	12.919.298	34,3
16	Dermatología y tegumentos	454.578.097	297.330.909	65,4	157.247.188	34,6
17	Cardiología, neumología, cirugía cardiovascular y de tórax	3.030.417.264	2.020.350.241	66,7	1.010.067.023	33,3
18	Gastroenterología	1.866.635.721	1.210.466.744	64,8	656.168.977	35,2
19	Urología y nefrología	15.996.023.763	3.576.460.549	22,4	12.419.563.214	77,6
20	Ginecología y obstetricia	324.214.230	215.405.908	66,4	108.808.322	33,6
21	Ortopedia y traumatología	662.344.886	432.395.127	65,3	229.949.759	34,7
22	Anestesia	32.749.530	22.471.660	68,6	10.277.870	31,4
23	Prótesis	706.536.120	351.864.500	49,8	354.671.620	50,2
24	Traslados	681.800	341.180	50,0	340.620	50,0
25	Pago asociado a diagnóstico	7.251.151.913	4.382.277.100	60,4	2.868.874.813	39,6
26	Enfermería	264.419.670	132.224.530	50,0	132.195.140	50,0
27	Pago asociado a emergencia	276.662.102	288.828.900	104,4	-12.166.798	-4,4
	En blanco	72.710	43.267		29.443	
0		15.272	9.760		5.512	
Total		72.587.877.894	37.443.719.224	51,6	35.144.158.670	48,4

Fuente: Elaboración de propia en base a datos de Fonasa.

esta modalidad, sin entender en profundidad la mecánica de relaciones que la gobierna, en particular el rol que juega Fonasa como regulador del sector privado. No obstante, la conducta de los beneficiarios de Fonasa apunta en dirección contraria. La tasa de crecimiento del gasto, impulsada por una demanda creciente, ha implicado que durante períodos prolongados el gasto en esta modalidad crezca, en términos reales, más rápido que la expansión promedio del sector público de salud. La tasa de crecimiento real promedio anual de la MLE entre 1996 y 2005 fue de 15,8% comparada con la tasa de crecimiento sectorial de 13,5%, es decir, casi un 20% más alta que la tasa sectorial. Esto es sorprendente, en un contexto en que los beneficiarios de Fonasa tuvieron que financiar hasta antes de 2002 una tasa de copagos promedio cercana al 60%.

Los adultos mayores consumen cerca de una cuarta parte del total de los recursos destinados a la MLE, lo que nos induce a pensar que son uno de los grupos usuarios más relevantes de

esta forma de atención, a pesar de que solo constituyen el 9,09% de la población de beneficiarios de Fonasa. La atención nefrológica, la consulta médica, la imagenología y los exámenes de laboratorio representan el 65,9% del gasto en prestaciones que realiza este segmento. En promedio los adultos mayores copagan un porcentaje mayor (51,6%) que el promedio de los usuarios que utilizan la MLE (44,1%).

En un ejercicio hipotético, si se consideran —año 2004— los ingresos por cotizaciones de los pensionados como ingresos de cotizaciones de mayores de 65 años (M\$ 124.000) y se le suma el copago de los usuarios MLE de ese mismo segmento de edad (M\$ 37.400), se obtiene un aporte total de M\$ 161.400; ya que el gasto en la MLE de los adultos mayores es de M\$ 72.500, se podría plantear que los aportes de los adultos mayores financian todo el consumo de estos en la MLE de Fonasa. Además de financiar su consumo MLE, los adultos mayores, en esta hipótesis, quedarían con un saldo positivo para financiar su consumo en la MAI. Con todo lo anterior, se podría plantear que los subsidios cruzados intergeneracionales y distributivos se dan en la MAI, no así en la MLE, situación de interés para las políticas públicas destinadas a este segmento de edad.

Los adultos mayores consumen cerca de una cuarta parte del total de los recursos destinados a la MLE, lo que nos induce a pensar que son uno de los grupos usuarios más relevantes de esta forma de atención.

La información obtenida en esta investigación debiera ayudar a cambiar la percepción que tienen las autoridades de salud y del sector económico respecto de la MLE. Las políticas de precios y de bonificaciones en la MLE, así como los recursos destinados a esta modalidad de atención, afectan directamente a uno de los segmentos más vulnerables —en términos de riesgo sanitario y de ingresos— de la población chilena, esto es, los mayores de 65 años.

Un seguimiento más exhaustivo y sistemático por parte de las autoridades de Fonasa, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda

La política de precios, bonificaciones y los métodos de pago en la MLE están afectando la salud y la situación económica de los mayores de 65 años y, por tanto, requiere incorporarse esta dimensión al proceso periódico de discusión del arancel y del presupuesto de la MLE por parte de las autoridades económicas y de salud.

respecto del consumo de prestaciones del adulto mayor en la MLE es altamente recomendable con el propósito de cuantificar su impacto sanitario en los adultos mayores de Fonasa.

La política de precios, bonificaciones y los métodos de pago en la MLE están afectando la salud y la situación económica de los mayores de 65 años y, por tanto, requiere incorpo-

rarse esta dimensión al proceso periódico de discusión del arancel y del presupuesto de la MLE por parte de las autoridades económicas y de salud.

Referencias

- CEPAL. CELADE. (2004). Boletín Demográfico N° 73 América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población: 1950- 2050. (En línea) <<http://www.eclac.org>>
- Ministerio de Planificación. (2003). Gobierno de Chile. Encuesta Casen. (En línea) < <http://www.mideplan.cl/casen>>
- Banco Central de Chile. Cuentas Nacionales de Chile 1996-2005. (En línea) Banco Central de Chile. <<http://www.bcentral.cl/esp/publ/estad/aeg/aeg01.htm>>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Estadísticas por Países. (En línea) <<http://www.who.int/countries/chl/es/>>
- Fonasa. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2005). Boletín Estadístico Fonasa 2004-2005. (En línea) <<http://www.fonasa.cl/>>
- Fonasa. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2006). Boletín Estadístico Fonasa 2003-2004. Undécima Edición. Santiago de Chile.

Autores



Rony Lenz

Economista de la Universidad Católica. Máster en Economía de la Universidad de Georgetown. Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.



Ximena Calvo

Médico cirujano de la Universidad de Chile. Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile.



Inequidades en la utilización de servicios de hospitalización en personas mayores en Chile

*María Soledad Martínez-Gutiérrez
María Luisa Garmendia*

* Las autoras agradecen la colaboración de la Dra. Danuta Rajs, del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), del Ministerio de Salud; del Dr. Claudio Farah, Director del Hospital Lucio Córdoba, SSMS; de César Oyarzo, Gerente Integramédica y de Iris Delgado, Universidad del Desarrollo.

Introducción

En el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2000, la Organización Mundial de la Salud identifica el mejoramiento de ésta como uno de los objetivos principales de todo sistema de salud, tanto en lo que se refiere al nivel como a la distribución de la misma (1). Esta última dimensión nos conduce al concepto de equidad en salud, la que según la Organización Panamericana de la Salud implica: “a) en una situación de salud, reducir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas; b) recibir atención en relación con las necesidades (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir de acuerdo a las capacidades de pago (equidad financiera)” (2). Es decir, no solo importan el nivel de cobertura, acceso y uso, sino también cómo estos indicadores se distribuyen en la población.

Cuando hablamos de equidad es esencial diferenciar el concepto de disparidades (*inequalities* o *disparities* en inglés) del de inequidades (*inequities*). El primero se refiere a simples diferencias que pueden observarse en el nivel de una variable de interés a medir —por ejemplo, mortalidad por enfermedades circulatorias— entre diferentes grupos de personas de una misma población, estratificados por sexo, etnia, nivel socioeconómico, entre otros (3). Las inequidades, en cambio, se refieren a diferencias que son injustas y evitables, es decir, conllevan un juicio ético que puede variar entre las personas (3-4).

En relación a la equidad en el acceso a servicios de salud, algunos autores utilizan indistintamente los términos “acceso”, “uso” y “utilización” de servicios (5-7). Sin embargo, Curtis *et al.* postulan que, en general, los investigadores hacen diferencia entre la “demanda”, el “acceso” y la “utilización” de la atención de salud. Se entiende la demanda de servicios de salud como la necesidad expresada, sin que eso signifique que el paciente tuvo o no acceso a estos servicios. La utilización de servicios de salud, en cambio, solo se refiere a la cantidad de veces que el paciente recibió estos servicios, ya sea que los haya demandado o no (8). Por otro lado, Mooney diferencia entre acceso y utilización de servicios de salud, planteando que el acceso se relaciona más con la oferta de servicios, dado que este se entiende como la oportunidad de poder acceder. La utilización, en cambio, se vincula con la interacción entre oferta y demanda, ya que la real

Cuando hablamos de equidad es esencial diferenciar el concepto de disparidades (*inequalities* o *disparities* en inglés) del de inequidades (*inequities*).

utilización de servicios se produce cuando hay una oferta suficiente y el paciente solicita esos servicios (9). Este aspecto de la respuesta a las necesidades de salud generalmente se mide a través de indicadores gruesos, tales como tasa de consultas médicas o de episodios de hospitalización. Otra forma de medir utilización de servicios hospitalarios es mediante hospitalizaciones evitables (por ejemplo, apéndices perforados) (10).

Respecto a los factores asociados al acceso y a la utilización de servicios, Andersen propone un modelo conceptual en el cual menciona determinantes del uso de servicios de salud como: Factores demográficos, estructura social, creencias en salud, factores genéticos, características psicológicas, servicios de salud disponibles, factores organizacionales, previsión de salud y necesidades en salud, entre otros (7). Propone, además, que los factores más asociados a la utilización de servicios de hospitalización son los demográficos (edad, sexo y etnia principalmente) y las necesidades de salud (7). Existe evidencia empírica publicada al respecto, sin embargo, dado que el contexto en que se hacen estos estudios es crucial en la utilización de servicios, los factores asociados al uso de servicios hospitalarios son diferentes en cada uno de ellos. Por ejemplo, en países asiáticos (11), el Reino Unido (12-13) y España (14) se encontró que el nivel socioeconómico (NSE) no tenía relación con el uso de servicios de hospitalización. Otros estudios, en cambio, sí muestran esta relación; así, la investigación de Regidor realizada más recientemente en España encontró una mayor tasa de hospitalización

Es ampliamente conocido que las personas mayores requieren más cantidad de servicios de salud y que se encuentran en una etapa de su vida en que necesitan de una mayor protección social.

en personas con menor NSE (15), en tanto que el Reporte Nacional de Disparidades en Estados Unidos mostró una mayor tasa de apéndices perforados en este grupo (10).

Es ampliamente conocido que las personas mayores requieren más canti-

dad de servicios de salud y que se encuentran en una etapa de su vida en que necesitan de una mayor protección social. Por esto, la vejez es considerada un estado de necesidad al que frecuentemente se agregan otros como insuficiencia de recursos económicos, sobrevivencia, por mencionar algunos. De este modo, las personas de la tercera edad requieren más apoyo de la sociedad a través de los sistemas de seguridad social. Los factores asociados a la utilización de

servicios en este grupo pueden tener características particulares. El estudio de Suárez García encontró que en adultos mayores la tasa de hospitalización se asociaba a un peor estado de salud, institucionalización, ser hombre y a la utilización previa de servicios (16). La condición masculina también se ha encontrado, en otros estudios, asociada a una mayor tasa de hospitalización de este grupo etario (17).

En Chile, se estima que en 2007 las personas mayores representan el 8,4% de la población total y este porcentaje aumentará en el futuro debido a la transición demográfica acelerada por la que atraviesa nuestro país. A pesar de presentar un perfil epidemiológico similar a los países desarrollados, Chile posee desigualdades sociales todavía sin resolver (18). Respecto a la utilización de servicios de salud, existen algunos estudios que han explorado las desigualdades en el acceso a servicios de salud y sus factores asociados en las personas mayores del país, pero datan de finales de los años 90 y se centran principalmente en servicios de salud ambulatorios (18-19). Se encontró solo una investigación que exploró las desigualdades sociales en la utilización de servicios de hospitalización. Esta correspondía a un estudio en 6 ciudades de América Latina y no mostró diferencias por nivel educacional en las tasas de hospitalización en la ciudad de Santiago (20).

En base a estos antecedentes, el propósito de este trabajo es evaluar la equidad en la utilización de servicios de hospitalización en Chile entre las personas mayores de 64 años, estratificando por previsión de salud (Fonasa o Isapres), la que se asume como variable proxy del NSE, dado que las personas de quintiles superiores están afiliadas en su mayoría a las Isapres mientras que los quintiles más pobres se encuentran en Fonasa (21).

(...) el propósito de este trabajo es evaluar la equidad en la utilización de servicios de hospitalización en Chile entre las personas mayores de 64 años, estratificando por previsión de salud (Fonasa o Isapres).

Métodos

El diseño fue descriptivo donde se estudió el total de hospitalizaciones de personas mayores en Chile desde 2001 a 2005 (22). La información se extrajo de las estadísticas de egresos hospitalarios del Ministerio de Salud. Se registró información relativa a la edad, sexo, diagnóstico consignado según clasificación

CIE-10, días de estadía durante la hospitalización, tipo de previsión y realización o no de intervención quirúrgica durante la hospitalización. No fue posible estudiar el número de hospitalizaciones por individuo, ya que la información respecto al identificador de pacientes con más de una hospitalización no estaba completa. La edad fue consignada en años y el diagnóstico fue registrado según la clasificación CIE-10 y agrupado en grandes causas. La variable tipo de previsión se dicotomizó en Fonasa (aquellos pertenecientes a la Ley 18.469) e Isapres (Isapres y particular). El plan de análisis incluyó la descripción de las variables de interés y estudio de la tendencia de las mismas para el período 2001-2005. Se calcularon tasas de egresos utilizando información de la población beneficiaria mayor de 64 años tanto en Isapres como en Fonasa (23). En los egresos correspondientes al año 2005, se estudió cuáles son las variables asociadas al número de días de estada como variable proxy de la utilización de recursos hospitalarios a través de modelos de regresión múltiple. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa Stata 10.0 ®

Resultados

El número de adultos mayores beneficiarios de Fonasa aumentó de 874.246 en 2003 a 1.135.622 en 2005, lo que significó un incremento de 30%. En las Isapres, el número de beneficiarios en este grupo etario pasó de 83.668 en 2003 a 88.002 en 2005, lo que se traduce en un aumento de solo 5%. Los egresos hospitalarios de mayores de 64 años en 2001 representaron 16,5% de los egresos totales en Chile, mientras que en 2005 este porcentaje alcanzó a 17,8%, lo que significó un incremento porcentual de 11%. La tabla 1 muestra las tasas de egresos (2005) en personas con 65 años o más y menores de 65 años, diferenciando por tipo de previsión. Como se aprecia, las tasas de egresos son más altas en los mayores de 64 años y a su vez son mucho mayores en Isapre que en Fonasa, tanto en hombres como en mujeres.

Las tasas de egresos en mayores de 64 años para ambos sistemas de previsión se muestran en la tabla 2, desde 2003 a 2005. Cabe resaltar las diferencias entre las tasas de los beneficiarios Isapres y Fonasa, tanto en hombres como en mujeres, siendo los varones usuarios de Isapres los que muestran las tasas más altas. Por otro lado, destaca la disminución en la magnitud de las tasas para los beneficiarios de Fonasa en los tres años de estudio, especialmente hombres, lo que no se aprecia en la población Isapres.

Tabla 1
Tasas de egresos (egresos por 100 beneficiarios)
según sexo, edad y tipo de previsión
Chile, 2005

	Tasa total	Tasa ≥ 65 años	Tasa < 65 años
Hombre			
Fonasa	8,08	23,64	6,63
Isapres	7,99	36,43	7,13
Mujer			
Fonasa	13,60	19,31	12,83
Isapres	12,72	30,84	12,02

Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos de Egresos Hospitalarios 2005 (DEIS) y beneficiarios Fonasa e Isapres 2005 (Fonasa y Superintendencia de Salud).

Tabla 2
Tasas de egresos en mayores de 64 años (egresos por 100 beneficiarios)
según tipo de previsión y sexo. Chile, 2003-2005

	Fonasa		Isapres	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2003	27,0	23,0	36,0	31,1
2004	25,0	22,5	37,4	32,5
2005	23,6	19,3	36,4	30,8

Fuente: Elaboración propia con información de las bases de datos de egresos hospitalarios 2003, 2004 y 2005 (DEIS) y beneficiarios Fonasa e Isapres 2003, 2004 y 2005 (Fonasa y Superintendencia de Salud).

La tabla 3 muestra las características de las variables de estudio para 2005 en la población adscrita a Fonasa e Isapres. Destaca el mayor porcentaje de egresos con intervención quirúrgica y un menor promedio de días de estada en el grupo Isapres, a pesar de que este grupo presenta una tasa de días de estada por beneficiario mayor a la del grupo Fonasa. Por otra parte, se puede constatar que los pacientes Fonasa presentaron una letalidad hospitalaria que corresponde al doble de la presentada por los pacientes beneficiarios de Isapres.

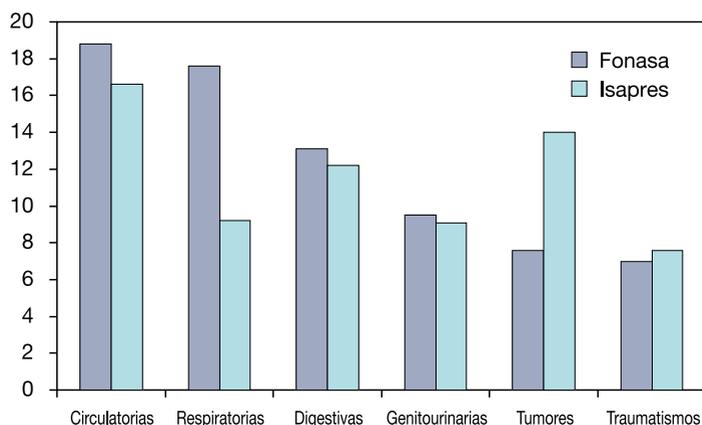
Respecto a los diagnósticos de egreso, el diagnóstico de hospitalización más frecuente en ambos grupos fue de origen circulatorio. Llama la atención el gran peso relativo que tienen las causas respiratorias en el grupo de Fonasa, así como la importancia relativa de los tumores como diagnóstico de egreso en el grupo de Isapres (gráfico 1).

Tabla 3
Características de los egresos hospitalarios en mayores de 64 años según previsión de salud. Chile, 2005

	Fonasa	Isapres
Edad (promedio años)	75,7	74,7
Sexo (% hombres)	46,4	50,5
Cirugía (%)	28,8	42,2
Días estada (promedio)	8,9	6,0
Establecimiento		
Público (%)	89,3	10,7
Privado (%)	10,4	89,6
% Letalidad	7,2	3,2
Tasa días estada/benef	1,9	3,5

Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos de Egresos Hospitalarios 2005 (DEIS).

Gráfico 1
Importancia relativa de los seis principales diagnósticos de egresos en mayores de 64 años. Chile, 2005



Fuente: Elaboración propia utilizando la Base de Datos de Egresos Hospitalarios 2005 (DEIS).

Se examinaron también las tasas de egresos según grandes causas y su letalidad asociada (tabla 4). Las mayores diferencias entre las tasas de los afiliados a Fonasa e Isapres fueron en las enfermedades respiratorias, siendo

Tabla 4
Tasas de egresos y letalidad por grandes causas
según tipo de previsión
Chile, 2005

Diagnóstico		Tasas egresos *1000		Razón tasas	Letalidad %		Razón letalidad
		Fonasa	Isapre		Fonasa	Isapre	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	A	4,64	6,16	0,75	28,21	7,56	3,73
	B	0,64	0,76	0,85	4,51	2,99	1,51
Neoplasias	C	16,06	46,82	0,34	8,39	5,36	1,56
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	D	5,75	13,25	0,43	3,95	0,94	4,19
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	E	8,88	9,51	0,93	3,92	1,43	2,73
Trastornos mentales y del comportamiento	F	1,48	3,31	0,45	2,91	1,03	2,83
Enfermedades del sistema nervioso	G	2,37	6,74	0,35	7,59	2,70	2,81
Enfermedades del ojo y sus anexos, oído y mastoides	H	11,54	20,22	0,57	0,23	-	-
Enfermedades del sistema circulatorio	I	39,75	55,61	0,71	10,41	5,25	1,98
Enfermedades del sistema respiratorio	J	37,15	30,68	1,21	11,19	7,67	1,46
Enfermedades del aparato digestivo	K	27,61	40,85	0,68	4,63	2,42	1,91
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	L	3,61	3,97	0,91	2,48	0,29	8,67
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	M	5,05	22,11	0,23	1,22	0,15	7,91
Enfermedades del aparato genitourinario	N	20,08	30,31	0,66	4,00	1,16	3,44
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q	0,19	0,47	0,41	2,28	2,44	0,94
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	R	6,79	10,76	0,63	8,21	3,17	2,59
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	S	11,57	17,25	0,67	2,85	1,65	1,73
	T	3,16	4,86	0,65	4,21	1,17	3,60
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	Z	4,68	10,68	0,44	0,70	0,11	6,55

Fuente: Elaboración propia utilizando la Base de Datos de Egresos Hospitalarios 2005 (DEIS) y beneficiarios Fonasa e Isapres 2005 (Fonasa y Superintendencia de Salud).

mayores en el grupo Fonasa (razón de tasas=1,21), mientras que las de las enfermedades osteomusculares y los tumores fueron mayores en el grupo Isapres (razón de tasas 0,23 y 0,34 respectivamente). La mayor letalidad en ambos grupos se produjo en las hospitalizaciones por enfermedades infecciosas y parasitarias seguidas de las respiratorias, pero la magnitud de la letalidad difirió entre los grupos, siendo mayor en el grupo Fonasa para todas las grandes causas consignadas.

Se estudió las diferencias en las tasas de egresos entre Fonasa e Isapres en dos diagnósticos que podrían reflejar disparidades en la equidad de acceso entre los grupos, como son la neoplasia maligna del cuello uterino (CIE-10 C53) y la apendicitis aguda con absceso peritoneal (código CIE-10 K35.0). Como se aprecia en la Tabla 5, no se encontraron diferencias entre los grupos.

Tabla 5
Tasas de egresos por diagnóstico según tipo de previsión
Chile, 2005

Diagnósticos	Tasas*1000		Razón tasas
	Fonasa	Isapres	
Neoplasia maligna del cuello uterino	1,31	1,23	1,07
Apendicitis aguda con absceso peritoneal	0,71	0,76	0,94

Fuente: Elaboración propia utilizando la Base de Datos de Egresos Hospitalarios 2005 (DEIS) y beneficiarios Fonasa e Isapres 2005 (Fonasa y Superintendencia de Salud).

Finalmente, se estudiaron las variables que se encontraban relacionadas al número de días de estada en 2005 a través de modelos de regresión lineal. En el análisis univariado se encontró una asociación significativa positiva con la edad (coef. 0,06; IC95% 0,01-0,11), la previsión Fonasa (coef. 2,91; IC95% 1,63; 4,20) y el diagnóstico de enfermedad del sistema nervioso (en el que se encuentran las enfermedades siquiátricas). La intervención quirúrgica durante la hospitalización fue negativamente asociada a los días de estada (coef. -1,53; IC95% -2,45;-0,61). En el modelo multivariado, se encontró una asociación estadísticamente significativa con la previsión Fonasa, esto es, ser beneficiario de Fonasa se asoció a un mayor número de días de estada hospitalaria (coef. 3,30; IC95% 1,91; 4,68), así como los diagnósticos que agrupan las enfermedades del sistema nervioso (coef. 95.58; IC95% 86,06; 105,19).

Discusión

La menor tasa de egresos por habitante en los beneficiarios de Fonasa refleja una inequidad importante debido a que podría esperarse que ellos tuvieran una tasa de egresos superior a los beneficiarios de Isapres, dado que es probable que tengan mayores necesidades de salud. Es decir, se puede deducir que existe una brecha entre beneficiarios de Fonasa y de Isapres respecto al acceso a servicios de hospitalización. Esto se refuerza por el hecho de que en la literatura hemos encontrado casos de países más desarrollados en los que no había diferencia por NSE o incluso en los que las personas de menos NSE tenían una mayor tasa de hospitalización (11-15). Por último, resulta altamente significativo que la diferencia entre las tasas de hospitalización de beneficiarios Fonasa e Isapres en menores de 65 años sean prácticamente iguales, lo que hace aún más dramática la disparidad en el estrato de mayores de 64 años. Se constata, además, una mayor tasa de egresos en hombres que en mujeres tanto en Fonasa como en Isapres, lo que es coincidente con lo publicado por otros autores (16-17) y totalmente inverso al comportamiento de estas tasas en los menores de 65 años. La explicación de esta tasa superior puede estar dada por mayores necesidades de salud de los hombres en esta etapa de la vida, sin embargo, las causas de este fenómeno aún requieren ser estudiadas con más detalle (17). Por otro lado, el hallazgo relacionado con la tendencia estable de la tasa de egresos en los beneficiarios mayores de 64 años de Isapres en el tiempo versus la disminución de ella en los beneficiarios de Fonasa, se podría explicar por el aumento de beneficiarios en el segundo grupo con una oferta de servicios de hospitalización en el sistema público que se mantiene estable.

Otro hallazgo de este estudio son las diferencias encontradas, por un lado, en la tasa de intervenciones quirúrgicas durante la hospitalización (mayor en Isapres) y, por otro, en los diagnósticos de egreso (respiratorios en Fonasa / tumores en Isapres), lo que puede sugerir que el grupo de Fonsa se enferma en mayor proporción de enfermedades infecciosas como reflejo de sus condiciones de vida o que éstas, en el grupo Isapres, se resuelven mayoritariamente a nivel ambulatorio debido a la baja bonificación que tiene la hospitalización para los afiliados a Isapres.⁽¹⁾ En relación a la mayor tasa de intervenciones quirúrgicas en

(...) se puede deducir que existe una brecha entre beneficiarios de Fonasa y de Isapres respecto al acceso a servicios de hospitalización.

(1) Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud.

el grupo Isapres, ésta podría sugerir que las enfermedades tumorales, del aparato digestivo y del aparato genitourinario en este grupo podrían estar recibiendo diagnóstico y tratamiento más oportuno, ya que presentan mayores tasas de egresos que en los beneficiarios Fonasa y todas ellas representan supuestamente patologías quirúrgicas, algunas más electivas que otras (litisias biliar, por ejemplo). De todas maneras, sería interesante tratar de descartar que los beneficiarios de Isapres presenten una mayor incidencia de patologías de resolución quirúrgica que los beneficiarios Fonasa. Finalmente, otro factor que habría que tomar en cuenta es la variabilidad de la práctica médica en distintos contextos y su influencia en la decisión de resolver quirúrgicamente una patología.

Respecto a la letalidad es interesante observar la marcada diferencia entre ambos grupos. Se podría pensar que una mortalidad más alta se debe a la mayor proporción de enfermedades respiratorias en los beneficiarios Fonasa, sin embargo, en un análisis más detallado encontramos que en todos los grupos de

(...) en un análisis más detallado encontramos que en todos los grupos de causas la letalidad es mayor en el grupo Fonasa que en el de Isapres.

causas la letalidad es mayor en el grupo Fonasa que en el de Isapres. Harían falta, entonces, estudios que pudieran explorar las causas de esta diferencia, en especial aquellos relacionados con

el deterioro físico con el que llegarían los pacientes de Fonasa a la vejez, la oportunidad de hospitalización entre seguros y la calidad de la atención hospitalaria entre establecimientos públicos y privados.

Respecto a las tasas de egresos en dos diagnósticos escogidos para evaluar la oportunidad de la atención se encontró que no había diferencias entre ambos grupos. En el caso de la neoplasia de cuello uterino los resultados obtenidos solo muestran que no hay diferencias, lo que es bueno. Lamentablemente, esto no quiere decir que el nivel de detección oportuna de esta patología sea el adecuado. En este grupo etario, 1 mujer de cada 1.000 llega a hospitalizarse por esta causa, lo que en la mayoría de los casos significa que el sistema de salud “llegó tarde” a la pesquisa de esta neoplasia, la que es fácil de realizar y altamente costo-efectiva. En el caso de la apendicitis con absceso peritoneal, la similitud de las tasas podría interpretarse como un éxito del sistema de urgencia público que logra una utilización de servicios parecida a la que obtiene un sistema con pocas barreras para el acceso de urgencias como es el sistema de atención privado.

Cabe hacer notar que, de las variables estudiadas y ajustando por las otras variables, la previsión de salud se asoció fuertemente a la utilización de días-cama de las personas mayores, siendo los beneficiarios de Fonasa los que utilizan más días de estada, pero son hospitalizados menos frecuentemente. Esta asociación es tan fuerte que en el análisis multivariado opaca el efecto de las demás variables (incluso edad y sexo). El mayor uso de días de estada en los beneficiarios de Fonasa podría explicarse por el perfil de diagnósticos de egreso, ya que una cantidad importante de pacientes de Isapres se hospitalizan para ser intervenidos quirúrgicamente, mientras que los pacientes de Fonasa estuvieron hospitalizados mayoritariamente por enfermedades de causa circulatoria o respiratoria. Otra razón que explicaría este hallazgo sería la cantidad de beneficiarios Fonasa que estarían hospitalizadas en los establecimientos públicos por causas sociosanitarias, es decir, que no pueden volver a sus hogares a pasar un período de convalecencia debido a que en ellos no existen las condiciones mínimas para el restablecimiento adecuado de su salud. Adicionalmente, la existencia de un copago bajo o nulo en los hospitales públicos donde se hospitaliza la mayor cantidad de beneficiarios Fonasa (tabla 3) en contraposición con el alto copago que deben asumir los pacientes beneficiarios de Isapres en los establecimientos de salud privados, puede constituirse en una hipótesis plausible. Otros factores que pudieran estar relacionados son el modelo de atención en el sistema público y privado, el sesgo en la oferta pública de prestaciones y la variabilidad de la práctica médica en distintos contextos. Finalmente, se podría pensar que en los hospitales públicos existe mayor demora en resolver los casos clínicos debido a la espera de exámenes, horas de pabellón, etc. Es importante hacer notar que no existe evidencia acerca de ninguna de estas explicaciones (con excepción de la primera), por lo que esta área puede transformarse en una interesante línea de investigación.

En cualquier caso, se requiere mayor estudio para evaluar las inequidades en la utilización de servicios en estos dos grupos. Sería interesante no solo estratificar por previsión en salud sino también por nivel de ingreso o nivel educacional y etnia. Dado que existe una gran cantidad de factores asociados

Otros factores que pudieran estar relacionados son el modelo de atención en el sistema público y privado, el sesgo en la oferta pública de prestaciones y la variabilidad de la práctica médica en distintos contextos.

a la utilización de servicios, como por ejemplo las necesidades en salud (7), el costo y calidad del servicio (12), la disponibilidad de prestadores de salud por área geográfica y el ingreso familiar (25), entre otros. Podría evaluarse la factibilidad y beneficios que traería explorar otras variables que no están presentes en la base de datos de egresos hospitalarios del DEIS, con el fin de poder recoger de una forma más integral la dimensión de la equidad en la utilización de servicios hospitalarios en nuestro país. En febrero de este año

Una de las variables que sería de extrema relevancia incluir en el análisis de equidad de utilización de servicios es la “necesidad en salud”, dado que esta variable está fuertemente relacionada a la utilización.

se realizó un importante avance en esta materia, dado que se incluyeron las variables “pueblo originario declarado” y “nacionalidad”, lo que permitirá realizar mediciones de equidad según estos estratificadores (26). Una de las variables que sería de extrema relevancia incluir en el análisis de equidad de

utilización de servicios es la “necesidad en salud”, dado que esta variable está fuertemente relacionada con la utilización. En este sentido, existen encuestas que se realizan periódicamente y que podrían servir para este efecto como son la encuesta CASEN y la encuesta PANEL CASEN que realiza la Universidad Alberto Hurtado.

En conclusión, este estudio exploratorio del universo de egresos hospitalarios de nuestro país abre nuevas interrogantes respecto a la equidad en la utilización de servicios hospitalarios y sus factores asociados, las que al ser contestadas podrían orientar la formulación de políticas públicas destinadas a mejorar la equidad del sistema de salud chileno.

Referencias

- (1) World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. (1998) *Metodología para la evaluación y el seguimiento de la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OPS.
- (3) Lynch J. y S. Harper. *Measuring Health Disparities*. CD-ROM. Center for Social Epidemiology and Population Health. University of Michigan, School of Public Health. <http://www.mittrainingcenter.org>
- (4) Whitehead M. (1992). The concepts and principles of Equity and Health; 22(2):429-445.
- (5) Lohr K.N. y D.M. Steinwachs. (2002). *Health Services Research: An Evolving Definition of the Field*. HRS: Health Services Research. 37:1.
- (6) Daniels N. (1982). Equity of Access to Health Care: Some Conceptual and Ethical Issues. *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*. 60(1):51-81.
- (7) Andersen R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter. *Journal of Health and Social Behavior*. 36:1-10.
- (8) Curtis L. y W. Macminn. (2007). *Health-Care Utilization in Canada: 25 Years of Evidence*. SEDAP Research Paper No. 190 Hamilton, Ontario, Canada.
- (9) Mooney G.H. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Journal of Public Health Medicine*. 14:236-249.
- (10) *National Healthcare Disparities Report*. (2006). Agency for Healthcare Research and Quality. 102-180.
- (11) Lu Jui-Fen R., M.G. Leung, S. Kwon, Y.K. Tin Keith, E. Van Doorslaer y O. O' Donnell. (2007). Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Social Science and Medicine*. 64:199-212.
- (12) Goddard M. y M. Smith. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*. 1149-1162.
- (13) Allin S., C. Masseria y E. Mossialos. (2006). *Inequality in health care use among older people in the United Kingdom: an analysis of panel data*. Working Paper. N° 1.
- (14) Lostao L., E. Regidor, M. Calle, P. Navarro y V. Domínguez. (2001). *Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad*

de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. *Revista Española Salud Pública*. 75:115-128.

(15) Regidor E., D. Martínez, P. Astasio, P. Ortega, M. Calle y V. Domínguez (2006). Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gac Sanit*. 20 (5):352-9.

(16) Suárez García F., D. Oterino, S. Peiro, J. Librero, C. Barrero, N. Parras, M. Crespo y A. Pérez-Martín. (2001) Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Revista Española Salud Pública*. 75:237-248.

(17) Busse R., M. Worz, T. Foubister, E. Mossialos y P. Berman. (2006). *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS) Final Report*.

(18) Wallace S. y V. Gutiérrez. (2005). Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Pública*. 17(5/6):394-409.

(19) Wallace S. Medical care equity for older persons in Chile: the role of the insurance sector. (2002). *CEPAL Review* December. 78:119-131.

(20) Noronha K.V.M.S. y MV. (2005). Andrade. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 17(5/6):410-8.

(21) Vergara-Iturriaga M. y M. Martínez-Gutiérrez. (2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública Mex*. 48:512-521.

(22) Ministerio de Salud. (2005). Bases de datos de egresos hospitalarios, Chile 2001-2005. <http://deis.minsal.cl>

(23) Superintendencia de Salud. Bases de datos Cartera Anual, Beneficiarios FONASA. <http://www.superintendenciadesalud.cl>

(24) Borges-Yáñez S.A. y H. Gómez-Dantes. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*. 40:13-23.

(25) BOS AM. Health care provider choice and utilization among the elderly in a state in Brazil: a structural model. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 22(1):41-50.

(26) Decreto N° 127 Aprueba norma técnica que establece uso de formulario “Informe Estadístico de Egreso Hospitalario” para la Producción de Información Estadística sobre Causas de Egreso Hospitalario y variables Asociadas. Publicado en el Diario Oficial de 12 de enero de 2008. Santiago de Chile.

Autoras



María Soledad Martínez-Gutiérrez

Médico Salubrista de la Universidad de Chile. Actualmente se desempeña como académica de la División de Políticas y Gestión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Desde agosto de 2008 alumna del doctorado Health Services and Policy Analysis en la Universidad de California, Berkeley.



María Luisa Garmendia

Médico-cirujano, Magíster de Salud Pública de la Universidad de Chile. Actualmente, se desempeña como académica de la División de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Paralelamente, es estudiante del Programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Chile.

IV

Experiencia del Hogar de Cristo con adultos mayores en situación de exclusión social: Avances y desafíos

Pamela Fernández

Introducción

Las proyecciones demográficas plantean que en Chile las personas mayores de 60 años seguirán aumentando su peso poblacional, para llegar a representar en 2025 el 23,5% de la población total.⁽¹⁾ El proceso de envejecimiento en la estructura por edades, que ya en 2002 mostraba a los adultos mayores como el 11,5% de la población, evidencia la necesidad de priorizar acciones en pos de este grupo que permitan hacer frente a sus necesidades actuales y futuras.

En materia de salud, los adultos mayores poseen distintos recursos frente a los cambios que pueden suscitarse en su estado de salud y las repercusiones que esto puede tener en su calidad de vida. Sin embargo, los más vulnerables en este sentido son quienes viven en situación de pobreza y exclusión social.

Un estudio realizado en 2005 a los usuarios de programas para adultos mayores del Hogar de Cristo, estableció que para ellos el bienestar en salud es una aspiración central, pues cualquier cambio negativo en ésta puede derivar en una pérdida de autonomía, limitando sus posibilidades de participar activamente en la sociedad, de realizar actividades básicas de la vida diaria, de superar su situación de pobreza y de mejorar su calidad de vida.⁽²⁾ En síntesis, las consecuencias del deterioro en el estado de salud pueden convertirse en un obstáculo para su integración social, por tanto, es una dimensión más que debe ser considerada en los servicios sociales orientados a este grupo.

El hecho de que a través de la acción social del Hogar de Cristo se logre asegurar una respuesta de alto impacto en la calidad de vida de los adultos mayores en situación de exclusión social y pobreza, depende de la capacidad de reacción que la Institución tenga frente a las características y requerimientos de la población. Es así como en los últimos años el Hogar ha focalizado su trabajo en la diversificación de la oferta programática y en

(...) en los últimos años el Hogar ha focalizado su trabajo en la diversificación de la oferta programática y en la inclusión de dimensiones que inciden en las condiciones de vida de los mayores, tales como salud, funcionalidad, apoyo familiar, entre otros.

(1) “*Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe*” Boletín informativo (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE, (2002), pág. 10.

(2) Carmen Silva y Cintia Aranguren “*Aspiraciones y Expectativas de los Adultos Mayores*” (Hogar de Cristo, 2005), pág. 19.

la inclusión de dimensiones que inciden en las condiciones de vida de los mayores, tales como salud, funcionalidad, apoyo familiar, entre otros.

Pertinencia y actualización de la oferta programática

En las últimas décadas el Hogar de Cristo ha venido desarrollando acciones no solo ligadas a la atención de “*los más pobres entre los pobres*”, sino que también ha realizado un esfuerzo mediante la búsqueda de marcos conceptuales y estrategias de intervención innovadoras, que permitan entregar servicios pertinentes y de calidad en beneficio de los usuarios. En forma paralela, la reducción de la pobreza monetaria, las persistentes inequidades sociales en el país y el avance estatal en la protección social de las personas en situación de indigencia, llevaron a la institución a redefinir su misión, haciéndola más acorde con el contexto social del último tiempo.

(...) la misión del Hogar de Cristo centra su acción en aquellas personas, familias y comunidades que se encuentran excluidas de la sociedad, entendiendo que para alcanzar el objetivo de mejorar sus oportunidades de tener una vida mejor se necesita de una cadena nacional de solidaridad.

En síntesis, la misión del Hogar de Cristo centra su acción en aquellas personas, familias y comunidades que se encuentran excluidas de la sociedad, entendiendo que para alcanzar el objetivo de mejorar sus oportunidades de tener una vida mejor se necesita de

una cadena nacional de solidaridad, de la cual la Institución es un eslabón que promueve una cultura de justicia, respeto y solidaridad, siendo transparente, eficaz y eficiente en su quehacer social.⁽³⁾

En relación a los programas de adulto mayor, esta forma de trabajo genera un cambio cuantitativo y cualitativo respecto de la manera de entender a las personas mayores y de cómo trabajar con y para ellos. Implica un salto desde la concepción de pobreza absoluta, centrada en las necesidades básicas y las mediciones monetarias, hacia una aproximación de la pobreza relativa; conceptualizándola como un fenómeno multidimensional, relacionado con el contexto y dinámicas que viven los individuos, entendiendo, a su vez, que sus perspectivas futuras son tan relevantes de trabajar como las situaciones actuales en las que se encuentra la persona.

(3) Para ver la misión del Hogar de Cristo ingresar a <http://www.hogardecristo.com/institucion/mision.htm>

Este proceso de transformación conceptual y de prácticas al interior de la Institución tiene sus orígenes a principios de la década de los 90; época en que comienza un proceso de búsqueda de marcos conceptuales y estrategias de intervención que se adapten a las distintas necesidades y realidades de los adultos mayores en situación de indigencia; de modo de evitar los problemas de dependencia institucional y desvinculación familiar y comunitaria que pueden generar los programas de asistencia.

Hasta ese momento la estrategia de trabajo con los adultos mayores en situación de indigencia estaba centrada en la satisfacción de las necesidades básicas. Ello mediante programas institucionalizados a los que ingresaban sin distinción de la situación en la que se encontraban, es decir, “los que se pueden valer por sí mismos, los enfermos, los postrados y aquellos con enfermedades terminales”.⁽⁴⁾ Este cambio de mirada propicia innovaciones en los modelos de intervención existentes y así en la primera mitad de los 90 se generan intervenciones que favorecen la mantención de las personas en su entorno social y familiar, evitando institucionalizaciones innecesarias.⁽⁵⁾

Hasta ese momento la estrategia de trabajo con los adultos mayores en situación de indigencia estaba centrada en la satisfacción de las necesidades básicas.

Junto con este avance respecto de las intervenciones, la acción social comienza a orientarse a sumar en el proceso de superación de la pobreza a las personas en esta situación, haciéndolas partícipes de su propio cambio y enfatizando la dignificación, la autonomía y el desarrollo.⁽⁶⁾

Desde esta nueva perspectiva, la inclusión de alternativas de atención en el entorno familiar y comunitario de las personas mayores comienza a ser vista como una necesidad apremiante, por cuanto se estima que las institucionalizaciones y los servicios de asistencia, si bien pueden cumplir con el objetivo de superar el estado de pobreza económica y de cuidados básicos, pueden derivar en procesos de desvinculación y dependencia en desmedro de la calidad de vida de sus usuarios, conduciendo finalmente a la reproducción de la pobreza a lo largo de las generaciones.⁽⁷⁾

(4) “Glosario de la Caridad”, Revista Mensaje 443 (octubre 1995), 94.

(5) “Conceptos y ejes transversales de la acción social del Hogar de Cristo” (Manuscrito no publicado, 2007), 3.

(6) Benito Baranda y M. Lorena Cornejo. “Las Tareas Pendientes”. Revista Mensajes 433 (octubre 1995), 137.

(7) “Conceptos y ejes transversales de la acción social del Hogar de Cristo”. (Manuscrito no publicado, 2007), 7.

Dentro de las estrategias de intervención, la búsqueda de la permanencia de las personas en su medio habitual fue la punta de lanza de un proceso de modificaciones de las técnicas y metodologías de trabajo, utilizadas en la concreción de los objetivos relativos al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios en distintas dimensiones.

Este nuevo contexto institucional dio paso a la creación de programas bajo modalidad ambulatoria que privilegiaban el trabajo en el entorno comunitario y familiar de los usuarios, introduciéndose enfoques como el sistémico y estrategias más idóneas para las necesidades y potencialidades de los

adultos mayores, tales como el trabajo con el núcleo familiar y la vinculación con sus redes primarias e institucionales de apoyo.

Entre la variedad de dispositivos que se ejecutaron en esta década se destacan dos tipos de programas: Los Centros Abiertos y la Ayuda Intrafamiliar.

Este nuevo contexto institucional dio paso a la creación de programas bajo modalidad ambulatoria que privilegiaban el trabajo en el entorno comunitario y familiar de los usuarios, introduciéndose enfoques como el sistémico.

Ambos apuntan al apoyo de adultos mayores autovalentes, diferenciándose respecto del lugar en que se lleva a cabo la intervención y del tipo de solución que prestan. Si bien se comienza a diversificar la oferta programática en función de las características de los adultos mayores, aún se priorizan las carencias materiales. Así, los Centros Diurnos son programas creados en conjunto con parroquias, privilegiando el aspecto comunitario, donde los usuarios pasan la mayor parte del día, trabajan, comen y comparten con sus pares de lunes a viernes. Durante el fin de semana estos centros proveían de “un paquete con margarina, un par de huevos, arroz y otros alimentos para que consumieran”.⁽⁸⁾ En el caso de los programas de ayuda intrafamiliar, creados entre 1991 y 1992, su principal objetivo era dar respuesta a los adultos mayores en situación de pobreza y riesgo de internación, cuyas demandas no eran cubiertas por los establecimientos de larga estadía, entregando apoyo a las familias que los cuidaban y generando acciones orientadas a facilitar el acceso de esos usuarios a las redes sociales de apoyo. Esta es una alternativa de intervención domiciliaria que busca contribuir a la autonomía personal de los mayores, a través de un apoyo

(8) Josse Van Der Rest s.j, “37 años en el Hogar de Cristo: Hilo conductor de mi vida sacerdotal”, Revista Mensaje 443 (agosto 1995), 61.

individualizado y la entrega de servicios y prestaciones que dan cobertura a las necesidades económicas, afectivas y de salud del adulto mayor.⁽⁹⁾

La necesidad de llegar a más personas, promover su desarrollo y entregar respuestas efectivas para la superación de sus necesidades básicas llevó a un crecimiento a nivel nacional, expandiendo los servicios a distintas ciudades del país. Es así como entre 1995 y 2000 existe un incremento de usuarios diarios atendidos a nivel país, alcanzando las 5.946 personas. Tal como muestra la tabla 1, las principales ampliaciones de cobertura se registran en los programas ambulatorios y se ve un descenso del número de atenciones en programas residenciales en el período 1998-2000.

Tabla 1
Ampliación de cobertura entre 1995-2000⁽¹⁰⁾

Tipo de programa	1995	1998	2000
Programas residenciales	1.512	2.302	2.225
Centros diurnos	360	1.061	1.002
Ayuda intrafamiliar	88	457	719
	1.960	3.820	5.946

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas anuales del Hogar de Cristo.

La ampliación de la cobertura evidenciada desde 1995 y hasta 2000 y la consolidación de los programas de modalidad ambulatoria como parte de la oferta institucional están ligadas a la constante búsqueda por identificar a las poblaciones con mayor desvinculación social y de redes institucionales de apoyo, entendiendo que son ellos “*los más pobres entre los pobres*” y que es en esos grupos donde hay que desarrollar las intervenciones. En paralelo, se comienza un proceso de revisión de los

La ampliación de la cobertura evidenciada desde 1995 y hasta 2000 y la consolidación de los programas de modalidad ambulatoria como parte de la oferta institucional están ligadas a la constante búsqueda por identificar a las poblaciones con mayor desvinculación social.

(9) Pablo Villatoro, *Evaluación de Impacto del Programa de Atención Domiciliaria para el Adulto Mayor (PADAM)*, (Hogar de Cristo, 2007), 6.

(10) Entre 1998 y el 2000 varía el método de medición de las personas atendidas, por tanto los datos expuestos son a modo de representación.

programas para optimizar su calidad técnica, humana y espiritual. Se considera que para generar la incorporación activa de los usuarios, sin dejar de lado sus intereses, se deben incorporar metodologías que dignifiquen y promuevan el desarrollo de la población atendida.

Bajo este contexto, el segmento de adultos mayores atendidos comienza a complejizarse, ya no son solo personas que tienen carencias materiales, están enfermos o postrados. La demanda creciente es de personas en situación de pobreza e indigencia, con deterioro físico y/o psíquico que no cuentan con apoyo familiar apropiado para la satisfacción de sus necesidades básicas.⁽¹¹⁾ Así, para dar respuesta a esta población se perfeccionan instrumentos diagnósticos y se consolida la incorporación de intervenciones ambulatorias que privilegian la mantención en su medio habitual, al vincularlos con sus redes primarias y secundarias de apoyo para prevenir internaciones innecesarias o, en muchos casos, indeseadas por los propios adultos mayores. La internación en hogares de larga estadía se visualiza como la última alternativa a la que se recurre solo en las situaciones en que los adultos mayores tengan un grave deterioro de salud y no cuenten con los cuidados necesarios para permanecer en su medio y, por supuesto, en el caso que autónomamente decidan ingresar.⁽¹²⁾

Los programas ambulatorios comienzan a tomar preponderancia como dispositivos que previenen o retardan la internación y que propician acciones para relevar el papel de la familia como cuidador y de los servicios públicos como apoyo importante en la calidad de vida de los adultos mayores en situación de indigencia.

Los programas ambulatorios comienzan a tomar preponderancia como dispositivos que previenen o retardan la internación y que propician acciones para relevar el papel de la familia como cuidador y de los servicios públicos como apoyo importante.

Por otra parte, la estrategia de “crecimiento con equidad” utilizada desde sus inicios por los gobiernos de la Concertación, llevó al Estado a reestudiar los temas sociales, aumentando

el gasto público social, generando así políticas focalizadas a los pobres en las que priman la descentralización de las iniciativas, el subsidio a la demanda y la ejecución compartida con el tercer sector. El rol del Estado comienza a ser más de regulador que de ejecutor, orientando su papel a la definición de los grupos

(11) *Cuenta de Actividades 1998* (Hogar de Cristo, 1998), 21.

(12) *Cuenta de Actividades 1999* (Hogar de Cristo 1999), 21.

prioritarios y el traspaso de recursos a terceros. Así la coordinación intersectorial y la participación de los gobiernos locales y del sector privado comienzan a ser una pieza fundamental en el impacto de los beneficios prestados.⁽¹³⁾

A finales de la década el número de instituciones que acogían a adultos mayores con problemas de salud, postrados y sin vínculos sociales era muy reducido. Por lo anterior, la tipificación entre los programas internos fue una manera de hacer frente a la alta demanda de este tipo de usuarios, comenzando a tomar relevancia en las intervenciones aspectos relativos a la prevención, mantención y rehabilitación de las capacidades funcionales, así como la educación en el autocuidado de la salud.⁽¹⁴⁾ Todo esto comienza a ser parte de la metodología de trabajo de los programas residenciales y de la estrategia de los programas ambulatorios. Ello con el propósito de liberar las listas de espera de los hogares.

Los cambios de paradigma en la política social y en las funciones de ejecutor del Estado, en conjunto con el crecimiento económico de la época, llevaron a un descenso sostenido de la pobreza absoluta entre 1990 y 2006, desde un 38,6% a un 13,7%, respectivamente. Tal como muestra el gráfico 1, si bien en este período es indiscutible la fuerte reducción de la pobreza monetaria, se evidencia que:

- a) Hubo una mayor disminución en la pobreza que en la indigencia.
- b) La intensidad en la caída de la pobreza decayó a partir de 1996.
- c) La incidencia de la indigencia entre 1996 y 2000 se mantiene casi sin variaciones, para luego presentar modificaciones menores.

Estos avances en la reducción de la pobreza material y la persistencia de la indigencia dejan al descubierto una pobreza crítica o “dura” que no puede ser abordada solo desde la carencia de bienes materiales. En este momento

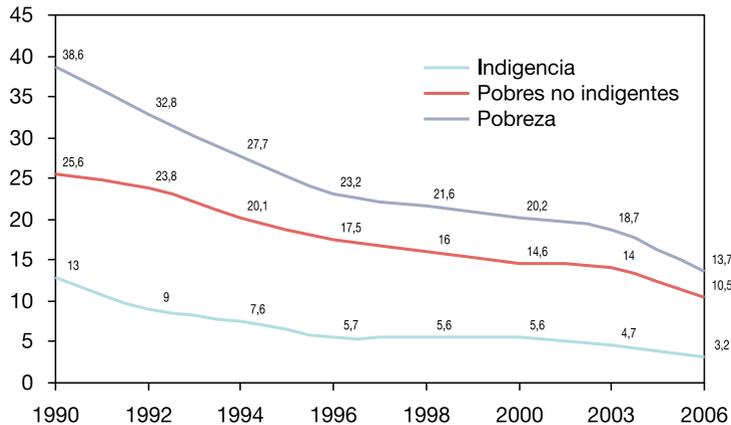
se realizan aquellos enfoques que visualizan el fenómeno de manera multidimensional, donde quienes viven en situación de pobreza tienen capacidades

Estos avances en la reducción de pobreza material y la persistencia de la indigencia dejan al descubierto una pobreza crítica o “dura” que no puede ser abordada solo desde la carencia de bienes materiales.

(13) Rolando Franco, “Los paradigmas de la política social en América Latina” (en línea, disponible en http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/5/LCR1625/LCR_1625_Paradigmas.pdf; accesado el 21 de abril del 2006), págs. 5-16.

(14) En 1998 se realizaron avances en estas dimensiones gracias a la adjudicación de proyectos de Fonadis, Fosis y Digeder, instituciones que financiaron profesionales especializados.

Gráfico 1
Incidencia de la pobreza en Chile 1990-2006



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006.

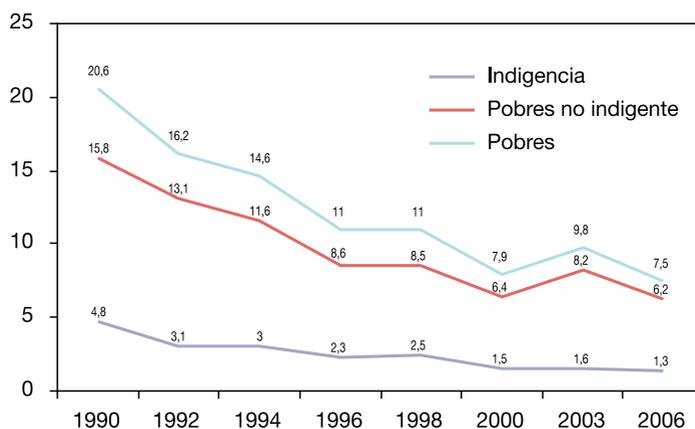
y potencialidades que deben ser desarrolladas, pero que no cuentan con las oportunidades para participar activamente en la sociedad.

Los adultos mayores en situación de pobreza mantuvieron el mismo comportamiento general, presentando una reducción en el porcentaje respecto al total del grupo etario entre 1990 y 2000 (20,6% y 7,5%), sin embargo, desde 2000 al 2006 las tasas casi no variaron, exhibiendo incluso un pequeño aumento en 2003, tal como lo muestra el gráfico 2.

La reducción de la pobreza material y los avances de la política pública, principalmente con el sistema de protección social Chile Solidario, motivaron al Hogar de Cristo a comenzar un proceso de revisión de su misión institucional para hacerla atingente a las nuevas problemáticas de “*los más pobres entre los pobres*” en el siglo XXI. Así, en 2005 se lleva a cabo una consulta nacional a directores y trabajadores de los programas sociales de la Fundación, para determinar la población objetivo del quinquenio 2006-2010. Tras ello se estableció que son aquellas personas, familias y comunidades en situación de exclusión social, elección que se fundamentó en:

- a) El concepto de exclusión capta de manera más integral que la idea monetaria de la pobreza, la naturaleza multidimensional de la deprivación.
- b) La idea de exclusión considera el rol de las desigualdades sociales en la acumulación de desventajas y en la reproducción de la deprivación.

Gráfico 2
Incidencia de la pobreza e indigencia en mayores de 60 años



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006.

- c) Esta aproximación permite analizar la deprivación desde un aspecto relacional, lo cual supera la perspectiva que visualiza a la pobreza como una situación individual.⁽¹⁵⁾

En base a esta conceptualización, se definen los grupos prioritarios de la acción social de la Institución para el período 2006-2010, entre los que se encuentran los adultos mayores.⁽¹⁶⁾

Desde esta perspectiva, se consolida la acción y el conocimiento adquirido en los noventa y principios de 2000 sobre los adultos mayores beneficiarios de los programas institucionales, lo cual nos habla de una población que se ha ido complejizando con los años y que presenta no solo carencias materiales sino también desvinculación social y familiar, así como un mayor deterioro físico y cognitivo que lleva consigo problemas de salud, discapacidad y dependencia.

Específicamente para los adultos mayores usuarios la pobreza no solo se refleja en la falta de bienes materiales sino también en aspectos

Específicamente para los adultos mayores usuarios la pobreza no se refleja en la falta de bienes materiales sino también en aspectos afectivos, de salud y previsión.

(15) "Concepto y ejes transversales de la acción social del Hogar de Cristo" (Manuscrito no publicado, 2007), 8.

(16) En este momento los grupos prioritarios de la acción social son: Personas con discapacidad mental, personas en situación de calle, lactante, preescolares y sus familias, adultos mayores en riesgo social, mujeres jefas de hogar.

afectivos, de salud y previsión. En 2004 se realizó una investigación, a través de asambleas de usuarios del Hogar de Cristo, para establecer el significado de la pobreza desde la voz de quienes viven en esa situación. Se utilizó la técnica de la consulta participativa mediante asambleas compuestas por usuarios de un mismo programa. En el caso de los adultos mayores, se estableció que en primer lugar la principal causa de la pobreza son los sentimientos de soledad, tristeza, desesperanza y vacío, los que estuvieron presentes en el 32,2 % de las asambleas de este grupo y, en segundo lugar, la carencia o inadecuación de los servicios de salud y seguridad social, presente en el 14,8% de las asambleas. Además de evidenciarse estas dimensiones constitutivas de la pobreza para los mayores, es importante recalcar que las enfermedades, entendidas como causa de pobreza, si bien no tienen un peso importante, fueron solo mencionadas

De esta forma, el cambio de paradigma y la necesidad de dar respuesta a problemáticas más allá de las materiales, llevó a la incorporación de una mirada de trabajo multidisciplinaria.

por este grupo y las personas en situación de calle. Ambos, muy vulnerables frente a problemas de salud.⁽¹⁷⁾

De esta forma, el cambio de paradigma y la necesidad de dar respuesta a problemáticas más allá de las materiales, llevó a la incorporación de

una mirada de trabajo multidisciplinaria. Es así como se incorporan acciones orientadas a las familias, el autocuidado, autogestión, salud y trabajo en red para acercarlos a los servicios públicos y privados que pueden entregar atención y apoyo en distintos aspectos. También se incorporan a las intervenciones profesionales de distintas áreas, con el propósito de tener una mirada integral de las problemáticas y potencialidades que se presentan en los usuarios. En rigor, la llegada de terapeutas ocupacionales y kinesiólogos es la puerta de entrada para profundizar en aspectos ligados a la salud y la funcionalidad desde un ámbito de acción social.

Junto a la actualización de la misión y población objetivo, la Institución comenzó un proceso de estandarización de los programas con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia de las intervenciones. En 2006 se creó la Comisión Técnica Nacional de Adulto Mayor, compuesta por un grupo de profesionales con larga trayectoria institucional en el trabajo con personas mayores, cuyo obje-

(17) “Radiografía de la Pobreza: Una Consulta Participativa” (Hogar de Cristo, 2005), 36-62.

tivo principal es entregar una propuesta de trabajo para este grupo etario. Este plan privilegia el envejecimiento de las personas en su medio habitual, buscando mejorar sus condiciones de vida principalmente en tres aspectos: Autonomía, integración familiar y social, cuidados y protección. Además, explicita que para el logro de estas metas se requiere una red de servicios integrados y complementarios entre sí, destinados no solo al usuario sino también a su familia, los cuales deben procurar fortalecer los recursos del adulto mayor, de su entorno inmediato, potenciando así su autonomía al prevenir y postergar su dependencia.⁽¹⁸⁾

El envejecimiento es una etapa de la vida ligada a los cambios y a la presentación de limitaciones progresivas, tanto en el estado funcional, de salud, económico y relacional de los adultos mayores, como en las consecuencias que se producen en su entorno más cercano. Por esta razón, la red de servicios propuesta tiene como requisito mínimo la flexibilidad y adaptación, así como también la capacidad de trabajar en conjunto con otras organizaciones que puedan prestar servicios específicos en áreas no cubiertas por la Institución, por ejemplo, los servicios de salud. De esta manera, se pretende potenciar a los distintos actores que inciden en la calidad de vida de las personas de la tercera edad, incentivando una mirada de protección y prevención sociosanitaria, entendiendo que para la mantención y mejoramiento de sus condiciones de vida no solo influyen aspectos psicosociales, sino también cuestiones de salud que si no son abordadas a tiempo pueden producir problemas sociales como la dependencia.

El documento presentado por la Comisión es la síntesis de lo aprendido y observado desde comienzos de la década de los 90, por quienes formaron y trabajaron en los programas de adulto mayor a lo largo del país. Es el más grande insumo para la nueva etapa de desarrollo institucional, centrada en la reducción de la exclusión social mediante el mejoramiento continuo de la calidad y la eficiencia en la ejecución de los programas sociales.

Esta propuesta privilegia el envejecimiento de las personas en su medio habitual, buscando mejorar sus condiciones de vida principalmente en tres aspectos: Autonomía, integración familiar y social, cuidados y protección.

(18) “Trabajo con Adultos Mayores en el Hogar de Cristo: Propuesta para la estandarización de los programas” Comisión Técnica Nacional Adulto Mayor, Hogar de Cristo (Documento no publicado, 2007), 23.

Autonomía y dependencia: Ejes centrales de la acción para 2008-2010

La pobreza dura dejó al descubierto un grupo de adultos mayores cuya realidad no solo presenta privación social y cultural, sino también situaciones de salud que repercuten en su autonomía y calidad de vida.

La pobreza dura dejó al descubierto un grupo de adultos mayores cuya realidad no solo presenta privación social y cultural, sino también situaciones de salud que repercuten en su autonomía y calidad de vida.

La experiencia del Hogar de Cristo ha evidenciado que para aquellos que viven en situación de exclusión social, su estado de salud se traduce en personas con pluripatologías y tendencia a la cronicidad que si no son detectadas y tratadas oportunamente pueden desencadenar en limitaciones funcionales, discapacidad y dependencia.

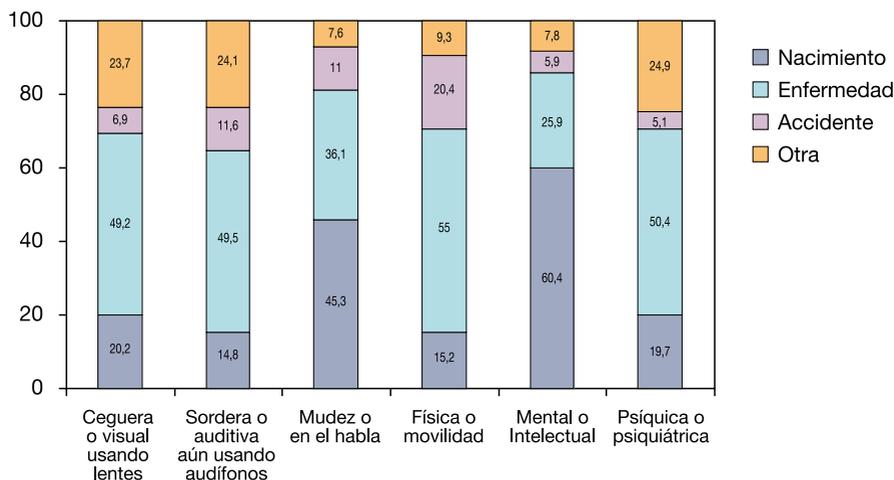
Por tanto, la prevención, activación y rehabilitación de las capacidades funcionales de las personas mayores tienen que estar presentes en las intervenciones, entendiendo que no deben ser vistas solo desde lo geriátrico sino también como la conjunción de múltiples factores sociales, psicológicos, ambientales, entre otros; los que influyen en la mantención de la autonomía y el tratamiento de la dependencia.

Según cuál sea la situación del adulto mayor respecto de su estado de salud, apoyo familiar y comunitario, así como su funcionalidad, es necesario generar intervenciones multidisciplinarias que puedan hacer frente a la complejidad del usuario, a sus requerimientos y potencialidades. Esto precisa que seamos capaces de identificar cuáles son sus capacidades y habilidades dentro de la etapa cronológica y de desarrollo en que se encuentran, así como también cuáles son sus déficits y limitaciones, para desde ahí determinar las estrategias de intervención más pertinentes y realistas en pos de la mejora de su situación inicial.

El trabajo de décadas con los adultos mayores en situación de pobreza y exclusión social ha mostrado que el revertir estos fenómenos tiene directa relación con factores económicos, sociales, educacionales, ambientales y sanitarios. Entendiendo que estos son factores de riesgo en la vejez e influyen en la esperanza de vida y el bienestar en esta etapa de la vida.

Desde el ámbito de la salud, quienes están en mayor riesgo son aquellas personas que han tenido acceso limitado a las atenciones sanitarias a lo

Gráfico 3
Distribución del tipo de discapacidad según origen, 2006
(porcentaje)



Fuente: Encuesta Casen 2006, Mideplan.

largo de la vida, lo que repercute en su estado de salud, principalmente en el tratamiento de enfermedades crónicas y agudas. Si en estos aspectos no se interviene a tiempo, se pueden desencadenar secuelas funcionales que deriven en discapacidad y posteriormente en dependencia. En nuestro país, el 47,9% de las discapacidades se originan por enfermedad, el 23,3% provienen del nacimiento y el 11,1% es producto de accidentes. Tal como muestra el gráfico 3, las principales discapacidades causadas por enfermedades son físicas, psíquicas, auditivas y visuales (55%, 50,4%, 49,5% y 49,2%, respectivamente), lo que evidencia la importancia del tratamiento y la respuesta oportuna de la atención sanitaria.

Al analizar la discapacidad por grupo etario se evidencia que, de 1.119.867 personas discapacitadas (6,9% de la población), ésta tiene mayor incidencia en las personas mayores de 60 años; entre los 61 y 70 años representan el 17,3% de la población, porcentaje que aumenta a 25,7% entre los 71 y 80 y casi se duplica entre aquellos que tienen más de 80 años (40,5%).⁽¹⁹⁾ Estos datos

(19) "Módulo Discapacidad" Encuesta Casen 2006 (en línea, disponible en <http://www.mideplan.cl/final/categoria.php?secid=25&catid=124>; Internet; accesado el 3 de marzo de 2008).

muestran una población mayor con altos riesgos de llegar a tener dependencia funcional, principalmente los mayores de 80 años.

Entendiendo a la discapacidad como los aspectos negativos de las alteraciones de salud que repercuten en un déficit del funcionamiento, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las personas en la sociedad,⁽²⁰⁾ podemos decir que la dependencia es un estado posterior, donde tales aspectos pueden intensificarse al necesitar ayuda de terceros para realizar las actividades básicas de la vida diaria. En síntesis, se vuelve en una barrera para la integración social de las personas.

Cabe destacar que no todos los individuos que tienen una discapacidad tienden a ser dependientes. El Consejo de Europa plantea que deben suceder tres factores para que se pueda hablar de situación de dependencia, estos son: Existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; incapacidad del individuo para realizar por sí

mismo las actividades de la vida diaria, y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

La dependencia tiene una estrecha relación con la edad, ya que a mayor edad mayor posibilidad de que los individuos presenten limitaciones

La dependencia tiene una estrecha relación con la edad, ya que a mayor edad mayor posibilidad de que los individuos presenten limitaciones en sus capacidades funcionales.

en sus capacidades funcionales. El proceso de envejecimiento poblacional en Chile presentó un aumento demográfico en el grupo de 70 a 80 años y más, donde entre los años 1960 y 2002 aumentó en un 112%.⁽²¹⁾ Es en este rango etario donde se encuentra el mayor porcentaje de personas con discapacidad y con limitaciones en las actividades de la vida diaria²² y, por tanto, más proclive a depender de terceros para el desarrollo de actividades cotidianas.

(20) “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” OMS, 2001 (borrador final) http://www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Documentos/Tecnica/Clasificacion_Funcionamiento_Discapacidad_Salud_Borrador_final.htm

(21) “Protección Social para Adultos/as Mayores” en **Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Documento Síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos**, ed. Clara Bustos y Alicia Villalobos (En línea, disponible en http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/LIBRO_CONDICIONANTES_SOCIALES.pdf , accesado febrero 2007), 65.

(22) **“II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile, 2006”** (Ministerio de Salud, 2006) , (en línea, disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf> , accesado febrero 2008), 92-95.

Hay que precisar también que la dependencia no es estática, por lo que su aparición y desarrollo está condicionado por los factores sociales y ambientales en los que se desenvuelve cada persona.⁽²³⁾

En el caso de los adultos mayores en situación de pobreza y exclusión social, el nivel educacional; el tipo de ocupación que tuvieron durante su vida laboral; la falta de acceso a servicios de salud; el estado de salud; las condiciones de infraestructura en la que residen y los cambios en la estructura familiar pueden incidir en la pérdida de autonomía, repercutiendo en las capacidades funcionales y la necesidad de asistencia de terceros.

Desde esta perspectiva, la dependencia no puede ser vista de modo reduccionista ni bajo un prisma personal, pues es necesariamente social en cuanto limita la participación de los adultos mayores en la sociedad y repercute en su calidad de vida y la de sus familias. En muchas ocasiones el cuidado de una persona de tercera edad dependiente puede contribuir a mantener situaciones de pobreza y exclusión social. Ello al impedir la incorporación de un integrante de la familia en el mercado laboral, en especial de la mujer.⁽²⁴⁾

Según un estudio realizado en 2005 a adultos mayores usuarios del Hogar de Cristo, para el 64,1% de la muestra la mayor aspiración era la mantención y/o recuperación de la autonomía. Esta se asocia a una buena salud e independencia física, condiciones que se materializan en la obtención de ayudas técnicas y en la recuperación de habilidades perdidas como caminar, ver mejor o controlar esfínter. Así también, pero en menor medida, se asocia a los ingresos económicos, la capacidad de trabajar y/o la realización de alguna actividad, y la aspiración a una vivienda propia. La autonomía no solo la concretan en la mantención y/o recuperación de capacidades funcionales que les permitan participar en la comunidad, realizar las actividades básicas de la vida diaria y

(...) la dependencia no puede ser vista de modo reduccionista ni bajo un prisma personal, pues es necesariamente social en cuanto limita la participación de los adultos mayores en la sociedad y repercute en su calidad de vida y la de sus familias.

(23) “*Libro Blanco de la Dependencia*” (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), España, 2005) (en línea, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>, accesado 16 marzo 2008), 21-23.

24 Pablo Villatoro “*Evaluación de Impacto Programa de Atención Domiciliaria para el Adulto Mayor*” (Hogar de Cristo, 2007), 56.

apoyar a otros en sus requerimientos, sino también en la necesidad de contar con mejores accesos a los servicios de salud y a una atención adecuada de su estado de salud, punto donde le atribuyen un rol central como agente de apoyo al Estado. Por otra parte, la pérdida de la independencia y los problemas de salud son asociados a su situación de pobreza y a experiencias de pérdidas gra-

La autonomía y la atención de la dependencia tienen que ser abordadas de manera multidisciplinaria, donde las acciones desde el ámbito sanitario tienen directa relación en la prevención, mantención y rehabilitación de la funcionalidad de los mayores.

duales en la vejez.⁽²⁵⁾ Tal y como afirmó un participante de una asamblea en Santiago: “Un mejor sistema de salud y que constantemente me estén viendo”.

La autonomía y la atención de la dependencia tienen que ser abordadas de manera multidisciplinaria, donde las acciones desde el ámbito sanitario

tienen directa relación en la prevención, mantención y rehabilitación de la funcionalidad de los mayores. Un problema de salud puede ser un desencadenador o acelerador de los procesos de dependencia, por tanto la promoción de un envejecimiento saludable y la eficacia del sistema de salud permitirán afrontar de mejor manera el déficit funcional que puede producirse. Así también, una red social diversificada y orientada a los diversos requerimientos de las personas mayores según situación social y funcional, descargaría el sistema sanitario, reduciendo los costos asociados a tratamientos de salud y mejorando las condiciones de vida de quienes están en situación de exclusión social.⁽²⁶⁾

En esta línea, no solo es importante contar con programas pertinentes a las distintas situaciones de exclusión social y nivel funcional de los mayores, sino también generar estrategias de intervención con las familias, especialmente con los cuidadores, para que entreguen herramientas, potencien capacidades y permitan mantener al adulto mayor en su entorno, sin perjuicio de los niveles de bienestar de quienes viven con él.

Frente al impacto que puede generar la pérdida de autonomía en los mayores y sus familias, los programas del Hogar de Cristo están incluyendo progresivamente estrategias que permitan hacer frente a posibles pérdidas

25 Carmen Silva y Cintia Aranguren “*Aspiraciones y Expectativas de los Adultos Mayores*” (Hogar de Cristo, 2005), 19.

(26) “*Libro Blanco de la Dependencia*” (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), España, 2005) (en línea, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>, accesado 16 marzo 2008), 21-23.

de capacidades funcionales, así como también a su rehabilitación. Esta orientación va generando cambios en la oferta programática existente, propiciando intervenciones acordes a sus capacidades, sus limitaciones y al apoyo social que poseen. Es así como se contempla para 2010 que la pertinencia de la oferta institucional esté dada por distintos tipos de programas que presten servicios según la complejidad de la situación en que se encuentra el adulto mayor. Es decir, la intensidad e interrelación del nivel de funcionalidad, estado de salud, ingresos y apoyo social con el que cuentan quienes postulan a la institución.

La funcionalidad se percibe como uno de los ejes centrales de la focalización de los programas, dada la implicancia que puede tener la dependencia en la vida de los mayores, al hacer menos probable su posibilidad de revertir la situación de exclusión en la que viven.⁽²⁷⁾

Hasta el momento, no existen consensos unívocos respecto a su clasificación, ni a los instrumentos de medición que deben utilizarse, entre los que se encuentran: La evaluación de Katz, el Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM)²⁸ o el Baremo de Dependencia, utilizado en España. En primera instancia y mientras no se profundice en su clasificación, el Hogar de Cristo ha optado por utilizar en el período 2008-2010 una conceptualización que revela condiciones de fragilidad en los adultos mayores y una tipificación de la dependencia en tres grados, tal como lo muestra el cuadro 1.

Se aspira a contar con tres modalidades de atención: Residencial, diurna y domiciliaria, para dar respuesta a los distintos requerimientos y recursos con que cuentan los usuarios, como se puede observar en el cuadro 2. La generación de intervenciones efectivas en distintas dimensiones de la vida de los adultos mayores, como las mencionadas anteriormente, debe contar con un equipo de trabajo multidisciplinario que permita conjugar y aportar —desde distintas áreas de conocimiento— en el logro de los objetivos propuestos en cada tipo de programa. En la actualidad, los conceptos de geriatría y gerontología están siendo incorporados de manera progresiva en las carreras

(27) El Hogar de Cristo conceptualiza la dependencia como una situación de daño social, al ser un deterioro o impedimento que se constituye en un obstáculo para la integración social de los adultos mayores, ya sea por discriminación y/o por los efectos psicológicos que genera (baja autoestima, desesperanza).

(28) El EFAM fue creado por el Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Salud, en conjunto con el Instituto de Geriatría y la Universidad Católica de Chile. Su principal finalidad es detectar la población con riesgo funcional para el tratamiento de adultos mayores en los servicios de salud del país.

Cuadro 1 Niveles de funcionalidad

Autovalente:

Persona mayor de 60 años que es capaz de realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente.

Autovalente frágil:

Persona mayor de 60 años que por condición biológica, psicológica, social o funcional están en riesgo de desarrollar una situación de dependencia. La persona mayor frágil cuenta con reservas fisiológicas disminuidas, lo que conlleva una pérdida de la resistencia, aumento de la vulnerabilidad y disminución de la capacidad de adaptación, acrecentando el riesgo de discapacidad y/o dependencia. Algunos de los factores determinantes de fragilidad en el adulto mayor son:

- Mayor de 75 años.
 - Pluripatologías crónica y/o aguda no invalidante.
 - Polifarmacia.
 - Deterioro cognitivo leve.
 - Reingreso hospitalario frecuente o reciente.
 - Sin apoyo social apropiado.
 - Dificultad en la deambulación (caídas frecuentes, miedo a caerse).
 - Situación de pobreza.
-

Dependiente:

- a) Leve: Persona mayor que necesita ayuda, por lo menos una vez al día para realizar algunas actividades de la vida diaria.
 - b) Parcial: Persona mayor que necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero que no requiere la presencia permanente de un cuidador.
 - c) Severo: Persona mayor que necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria más de tres veces al día y, por su discapacidad física o mental, requiere la presencia permanente de un cuidador.
-

Fuente: Comisión Técnica Nacional del Adulto Mayor, Hogar de Cristo, 2004. En base al Libro Blanco de la Dependencia, de España, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblanco-dependencia-01.pdf>

Cuadro 2
Propuesta oferta programática Hogar de Cristo 2008-2010

Tipo de programa	Modalidad	Población objetiva
Centro Gerontológico	Ambulatorio	Adultos mayores con dependencia leve en situación de exclusión social.
Centro de Encuentro para el Adulto Mayor	Ambulatorio	Adultos mayores autovalentes frágiles en situación de exclusión social.
Establecimientos de Larga Estadía (Hogares)	Residencial	Adultos mayores dependientes parciales y severos, que no cuentan con apoyo familiar o es inapropiado para su situación.
Programas de Atención Domiciliaria para el Adulto Mayor (en construcción)	Domiciliarios	Adultos mayores autovalentes frágiles y con dependencia, que desean permanecer en su entorno habitual y cuyo apoyo familiar no es suficiente y adecuado a su situación.

de salud y de ciencias sociales. La formación de recurso humano en aspectos propios de la vejez será una herramienta fundamental en la concreción de metodologías que den respuesta a sus necesidades.

Concretar una oferta programática como la propuesta conlleva varios desafíos. Uno relevante es la capacidad institucional de generar estándares de calidad en los programas y, a su vez, estar atentos a los cambios del perfil de los usuarios con el objetivo de adaptar las estrategias de intervención a su situación. Un avance en este ámbito se produjo al evaluar el programa de atención domiciliaria de Santiago en el período 2005-2006.⁽²⁹⁾ Los resultados de este análisis evidenciaron la heterogeneidad en la población atendida, lo que se tradujo en distintos tipos de usuarios con mayor o menor grado de complejidad según la relación entre variables tales como el nivel de funcionalidad, el estado de salud, el apoyo familiar con el que cuentan, entre otros. Bajo la estructura del programa no era posible dar respuestas efectivas a todos los perfiles presentes, por lo que se hizo necesario diversificarlo según el grado de complejidad de sus beneficiarios. En este momento se está trabajando en la

(29) Pablo Villatoro “*Evaluación de Impacto Programa de Atención Domiciliaria para el Adulto Mayor*” (Hogar de Cristo, 2007).

generación de intervenciones diferenciadas que sean pertinentes a la situación de los adultos mayores bajo modalidad domiciliaria.

Otro desafío es la incorporación de estrategias de trabajo con las familias que permitan, por un lado, vincular a los adultos mayores con personas significativas y, por otro, entregarles herramientas a los cuidadores de ancianos de-

Otro desafío es la incorporación de estrategias de trabajo con las familias que permitan, por un lado, vincular a los adultos mayores con personas significativas y, por otro, entregarles herramientas a los cuidadores de ancianos dependientes.

pendientes para permitirles: Disminuir la percepción de carga, entregar cuidados adecuados a la situación de salud y dependencia a la que deben hacer frente, entre otros.

Para el Hogar de Cristo, la implementación de esta propuesta de trabajo representa un avance en la especializa-

ción y profesionalización de las intervenciones con adultos mayores, la cual se debe ir fortaleciendo y consolidando con las buenas prácticas evidenciadas en estas dos décadas, incorporando además estrategias innovadoras que propicien el bienestar de los adultos mayores en situación de exclusión social.

Conclusiones

La propuesta de trabajo con adultos mayores que plantea el Hogar de Cristo para los próximos tres años tiene como propósito contar con programas homologados y de calidad a nivel nacional para este grupo de la población. Esta es el resultado de una búsqueda de casi dos décadas, a partir de la cual se indagaron diversos conceptos e intervenciones innovadoras, procurando encontrar aquellas que fueran más acordes a la realidad de quienes son hoy *“los más pobres entre los pobres”*.

La incorporación de programas ambulatorios que permitan a los usuarios mantenerse en su medio habitual, contrarrestando la dependencia que pueden producir los programas institucionalizados y asistenciales, a lo que se suma el cambio de mirada que pone a las personas como sujeto activo en el proceso de superación de la pobreza, con capacidades y limitaciones que deben ser tomadas en cuenta, manteniendo su dignidad, autonomía y el desarrollo de sus capacidades, fueron las primeras acciones en el proceso de reformulación conceptual de la pobreza, cuyo corolario fue la incorporación, en 2005, del paradigma de la exclusión social para establecer la población objetivo y

generar intervenciones sociales que tendiesen a mejorar las oportunidades de una vida mejor.

Estos avances se visualizan al entender al adulto mayor como un ser complejo, multidimensional, en cuyo bienestar intervienen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su situación de salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad, su historia de vida, entre otros factores. Con este aprendizaje y la experiencia de las últimas dos décadas, la propuesta de trabajo para los próximos tres años se orienta a tener una oferta programática diversificada y pertinente a los distintos requerimientos y potencialidades de los mayores, dando así un mayor énfasis al nivel de funcionalidad y al apoyo familiar con que cuentan.

La incorporación de acciones para perpetuar la autonomía y atender la dependencia se incluyen bajo la consideración de que esta última limita las posibilidades de integrarse a la sociedad y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. En este sentido, es importante tener claro que la mantención de un buen estado de salud juega un rol fundamental, de modo que el control y tratamiento oportuno de las enfermedades agudas y crónicas puede evitar o retardar el déficit funcional, la discapacidad y, posteriormente, la dependencia. En esta línea, se observa la importancia de tener una mirada sociosanitaria de intervención con los mayores en situación de exclusión social, entendiendo que dado el ámbito de acción del Hogar de Cristo, aquellas temáticas referidas a la salud deben ser abordadas en conjunto con los servicios públicos, pues son ellos la entidad capacitada y con la experticia necesaria para dar respuestas de alto impacto en esta área.

(...) es importante tener claro que la mantención de un buen estado de salud juega un rol fundamental; de modo que el control y tratamiento oportuno de las enfermedades agudas y crónicas puede evitar o retardar el déficit funcional, la discapacidad y, posteriormente, la dependencia.

Si bien la dependencia está siendo abordada incipientemente por el Estado y las organizaciones sociales, aún falta profundizar en la materia. Hay que tomar conciencia de la significación que tiene mantener la autonomía en este período como un pilar fundamental en la calidad de vida de los mayores, consensuar en la clasificación y medición de la funcionalidad y dependencia, avanzar hacia intervenciones sociales multidisciplinarias que permitan abordar

el problema desde distintas miradas y de manera más integral. Todo esto implica incrementar la formación de recurso humano en gerontología y geriatría, tanto en instituciones sociales como de salud, además de incorporar intervenciones con las familias de los adultos mayores.

La implementación de la propuesta planteada en este artículo y, especialmente, la incorporación de estrategias ligadas a la autonomía, dependencia y apoyo familiar, representan un gran desafío para el Hogar de Cristo. Más aún, existe la claridad de que contar con programas eficientes y eficaces en los objetivos que se plantean requiere de un constante monitoreo y evaluación de las prácticas, para así ir mejorando conforme se identifiquen aquellos nudos críticos de las intervenciones. Así también, sabemos que perfeccionar la calidad de vida de las personas mayores en situación de exclusión social es una labor de toda la sociedad, por lo tanto, debemos trabajar en conjunto para alcanzar este fin, compartiendo los aprendizajes y activando los distintos dispositivos estatales y privados, en beneficio de los adultos mayores.

Referencias

- Baranda, B. y M.L. Cornejo. (1995). “*Las Tareas Pendientes*”. Revista Mensajes, 433 (octubre).
- CELADE. (2002). “*Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe*” (Boletín informativo).
- FLACSO. (2007). “*Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Documento síntesis del ciclo de diálogos democráticos*” (En línea, disponible en http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/LIBRO_CONDICIONANTES_SOCIALES.pdf , accesado febrero).
- Franco, R. (2006). “*Los paradigmas de la política social en América latina*” (en línea, disponible en http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/5/LCR1625/LCR_1625_Paradigmas.pdf; accesado el 21 de abril).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), España. (2008). “*Libro Blanco de la Dependencia*” (En línea, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancodependencia-01.pdf> , accesado el 16 de marzo).
- Ministerio de Desarrollo y Planificación, Chile. (2008). “*Modulo Discapacidad Encuesta Casen 2006*” (En línea, disponible en <http://www.mideplan.cl/final/categoria.php?secid=25&catid=124>, accesado el 3 de marzo).
- Ministerio de Desarrollo y Planificación, Chile. “*Estadísticas de Pobreza Encuesta Casen 2006*” (En línea, disponible en <http://www.mideplan.cl/casen>).
- Ministerio de Salud, Chile. (2008). “*II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile, 2006*” <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf> , accesado febrero).
- Organización Mundial de la Salud. (2008). “*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001, borrador final*” (En Línea, disponible en http://www.dicapnet.es/Dicapnet/Castellano/Documentos/Tecnica/Clasificacion_Funcionamiento_Discapacidad_Salud_Borrador_final.htm accesado el 13 de marzo).
- Silva, C. y C. Aranguren. (2005). “*Aspiraciones y Expectativas de los Adultos Mayores*” (Hogar de Cristo).
- Revista Mensajes. (1995). “*Hogar de Cristo, 50 años en el corazón de Chile*”, (octubre).

- Van Der Rest, J. s.j. (1995). “37 años en el Hogar de Cristo: Hilo conductor de mi vida sacerdotal”, *Revista Mensaje* 443 (agosto).
- Villatoro, P. (2006). *Evaluación de Impacto del Programa de Atención Domiciliaria para el Adulto Mayor (PADAM)*, (Hogar de Cristo).
- Hogar de Cristo, (2007a) “*Conceptos y ejes transversales de la acción social del Hogar de Cristo*” (Manuscrito no publicado).
- _____ (2007b) “*Trabajo con Adultos Mayores en el Hogar de Cristo: Propuesta para la estandarización de los programas*” Comisión Técnica Nacional Adulto Mayor, Hogar de Cristo (Manuscrito no publicado,)
- _____ (2005) “*Radiografía de la Pobreza: Una Consulta Participativa*” .
- _____ (1999) *Cuenta de Actividades 1999*.
- _____ (1998) *Cuenta de Actividades 1998*.
- _____ (1995) *Cuenta de Actividades 1995*.

Autora



Pamela Fernández

Socióloga de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Diplomada en Políticas Públicas para la Superación de la Pobreza del Programa de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente se desempeña como Asesora Técnica Nacional del Adulto Mayor, en la Dirección de Planificación y Desarrollo del Hogar de Cristo.

V

La Salud del adulto mayor en Chile: Una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado

*Esteban Calvo
Bernardo Martorell*

* Los autores agradecen a la Subsecretaría de Previsión Social de Chile haberles permitido el acceso a los datos de la Encuesta de Protección Social. También dan las gracias por sus comentarios y colaboración a Consuelo Araos, Iris Delgado, Hernán Montenegro, Paulina Osorio, así como al grupo de discusión convocado por Expansiva. La totalidad de los resultados del estudio son de responsabilidad de los autores y en nada comprometen a la Subsecretaría, a Expansiva, a la Universidad de Chile o a las personas incluidas en los agradecimientos. Para mayor información contactar a Esteban Calvo, calvobra@bc.edu

Introducción

Un chileno que nace hoy espera vivir cerca de 80 años.⁽¹⁾ Esta cifra es impactante si la comparamos con los 55 que esperaba vivir uno nacido en 1950. Si bien este aumento substancial en la esperanza de vida es un gran logro, también trae consigo nuevos desafíos, fundamentalmente, garantizar una buena salud para un número creciente de personas que viven más allá de los 65 años.

Los adultos mayores de 65, que en 1950 correspondían al 4% de la población de Chile, hoy representan cerca del 15% de los habitantes.⁽²⁾ Dado que se espera que esta cifra siga creciendo rápidamente durante las próximas décadas, el éxito o el fracaso en asegurarles niveles de salud adecuados tendrá implicancias de considerable magnitud para el país en su totalidad.

Una pregunta clave al respecto es ¿quién es el responsable de la salud de los adultos mayores? En un extremo del debate la respuesta apunta a las personas, quienes pueden optar por un estilo de vida más o menos saludable.⁽³⁾ Al extremo opuesto se le otorga un rol preponderante al Estado en la protección de los grupos que ocupan un lugar desaventajado en la estructura social.⁽⁴⁾ Una tercera respuesta, quizás menos frecuente, apunta a la empresa y su implicancia en las condiciones de la vida laboral. Dado que la mayoría de los individuos se encuentran jubilados a los 65 años, se podría pensar que las empresas quedan libres de responsabilidad, sin embargo, muchas personas trabajan por más de tres o cuatro décadas, de modo que las características de su empleo podrían tener repercusiones en su salud, las que incluso pueden permanecer después de la jubilación.⁽⁵⁾

En este estudio nos preguntamos quiénes son los responsables de la salud del adulto mayor. Para responder esta pregunta, primero, ocupamos datos

Si bien este aumento substancial en la esperanza de vida es un gran logro, también trae consigo nuevos desafíos, fundamentalmente, garantizar una buena salud para un número creciente de personas que viven más allá de los 65 años.

(1) INE-CEPAL 2004; INE 2003.

(2) INE-CEPAL 2004; INE y Comité Nacional Para el Adulto Mayor 1999.

(3) Ferraro 2006; Hendricks y Rusell Hatch 2006.

(4) Ferraro 2006; Siegrist y Marmot 2006.

(5) Calvo 2006; Moen 1996; Siegrist, Von dem Knesebeck y Pollack 2004.

longitudinales (tipo panel) de la Encuesta de Protección Social en Chile, los cuales nos permiten identificar los principales determinantes de la salud del adulto mayor: estilos de vida, características del empleo y ventajas/desventajas estructurales.⁽⁶⁾ Luego, conectamos estos determinantes a tres actores sociales relevantes: personas, empresas y Estado. Ellos influyen en la salud del grupo estudiado a través de diversos mecanismos, tales como: acciones y decisiones, políticas organizacionales y políticas públicas. Este modelo de análisis, resumido en el cuadro 1, incluye determinantes, responsables y mecanismos de impacto en la salud que corresponden a los niveles micro, macro y meso de la realidad social. Finalmente, concluimos nuestro estudio proponiendo que la salud del adulto mayor es una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado.

Cuadro 1
Determinantes, responsables y mecanismos de impacto
en la salud del adulto mayor a distintos niveles de la realidad social

Determinantes	Responsables	Mecanismos	Niveles
Estilo de vida	Personas	Acciones y decisiones	Micro
Empleo	Empresas	Políticas organizacionales	Meso
Factores estructurales	Estado	Políticas públicas	Macro



Fuente: Elaboración propia.
Notas: Las flechas a la derecha del cuadro indican que los tres niveles de este modelo analítico no son totalmente independientes, sino que están interrelacionados.

Dimensiones de la salud

La salud puede ser entendida como un fenómeno global o bien como uno parcial con múltiples dimensiones.⁽⁷⁾ Por ejemplo, es posible evaluar la salud general de las personas y clasificarlas como más o menos saludables. Sin embargo, también es posible distinguir múltiples dimensiones de la salud. Por un lado, existe una dimensión subjetiva, que consiste en cómo las personas perciben su propio nivel de salud. También hay una funcional, que tiene que ver con la capacidad que poseen los individuos para desenvolverse de forma autónoma

(6) Subsecretaría de Previsión Social de Chile 2008.

(7) Steffie 2000.

y realizar las actividades prácticas de la vida diaria que les permiten mantenerse socialmente integrados (por ejemplo, salir de la cama, caminar y subir escaleras). En tercer lugar, podemos referirnos al ámbito objetivo que dice relación con la presencia o ausencia de síntomas y enfermedades. Por último, la salud también tiene que ver, en su nivel más básico, con el hecho de estar vivo o muerto. En este estudio nos centramos en la salud global de los adultos mayores, pero también estudiamos su componente subjetivo, funcional y objetivo, así como la mortalidad.

En este estudio nos centramos en la salud global de los adultos mayores, pero también estudiamos su componente subjetivo, funcional y objetivo, así como la mortalidad.

Las causas de las causas de la salud

La pregunta acerca de quién posee la responsabilidad sobre la salud de los adultos mayores no apunta a los responsables o causas más inmediatas de enfermedad, sino a las “causas de las causas.”⁽⁸⁾ Por ejemplo, desde los años 60 se sabe que el colesterol alto puede ser la causal inmediata de un infarto.⁽⁹⁾ Sin embargo, el colesterol alto puede ser ocasionado por la obesidad, el sedentarismo, una alimentación excesiva y diversos factores asociados al estilo de vida de una persona, entre otros. Los estilos de vida, a su vez, están relacionados a múltiples determinantes sociales, tales como el nivel de ingresos, nivel educacional, ocupación y ambiente laboral.⁽¹⁰⁾

A continuación resumimos algunos de los puntos más relevantes presentes en la literatura sobre las “causas de las causas” de la salud o enfermedad de los adultos mayores. Estos son: estilos de vida, características del empleo y factores estructurales.

Estilo de vida

Numerosos estudios sugieren que el estilo de vida tiene un efecto considerable en la salud.⁽¹¹⁾ Por ejemplo, un seguimiento a 2.333 personas entre los años 1988 y 2000, en Europa, demostró que seguir una dieta sana

(8) Rose 1992.

(9) NIH 2008.

(10) Berkman y Kawachi 2000; Hill y Melanson 1999; Martínez 2000; NIH 2008.

(11) Hendricks y Rusell Hatch 2006.

(mediterránea), realizar actividad física, no fumar y una ingesta moderada de alcohol son factores que disminuyen la mortalidad total, incluyendo la causada por motivos cardiovasculares y el cáncer, independiente del sexo, edad, nivel educacional y otras variables.⁽¹²⁾ En esta investigación, los factores de estilo de vida dan cuenta de un 60% del riesgo de mortalidad atribuible a la población.

Sin embargo, las personas son solo en cierta medida los responsables de su propio estilo de vida. Por ejemplo, un individuo puede decidir hacer ejercicio o no, pero esta decisión, probablemente, está influenciada por la cercanía y acceso a un parque o un gimnasio. En otras palabras, el estilo de vida de cada persona refleja sus acciones y decisiones dentro de un marco de posibilidades limitadas por las oportunidades del entorno.

Características del empleo

Si bien un estilo de vida saludable puede hacer una gran diferencia entre dos personas expuestas al mismo nivel de riesgo, la salud de un individuo también se ve afectada por factores que están lejos de su control directo, entre los que cabe destacar las características de su empleo. Dado que muchas personas entran a la tercera edad habiendo trabajado por más de 30 o 40 años, un ambiente laboral saludable puede tener un impacto muy beneficioso. La evidencia acumulada sugiere que los principales factores que en esta materia se asocian a

Si bien un estilo de vida saludable puede hacer una gran diferencia entre dos personas expuestas al mismo nivel de riesgo, la salud de una persona también se ve afectada por factores que están lejos de su control directo.

una mala salud son una ocupación muy demandante, poca autonomía y control sobre el trabajo, y un entorno físico adverso.⁽¹³⁾

Por otra parte, un empleo saludable no solamente es importante para envejecer de modo sano, sino también para posibilitar la continua participación laboral de los adultos mayores. Dado el contexto de envejecimiento poblacional y escasez de trabajadores jóvenes, numerosas empresas a nivel internacional han adoptado medidas para promover un ambiente laboral saludable, con el objetivo de facilitar el empleo de trabajadores de edades avanzadas.⁽¹⁴⁾

(12) Knoop et al. 2004; Anu et al. 2006; Marmot et al. 1997.

(13) Anu et al. 2006.

(14) Fundación Europea 1997.

Factores estructurales

Junto con las características del empleo, existen otros factores que escapan al control directo de las personas y que impactan su salud. Estos factores han sido llamados “estructurales” porque reflejan una forma de organización relativamente estable de la sociedad.⁽¹⁵⁾ Numerosos estudios muestran que, por ejemplo, los niveles de salud disminuyen con la edad, con el nivel socioeconómico y con la inequidad social.⁽¹⁶⁾ Yendo todavía un paso más atrás en el tiempo, también es importante considerar que existen grupos de ancianos que partieron su vida en una situación desaventajada y acumularon desventajas desigualmente durante el curso de su vida.⁽¹⁷⁾ Particular atención requieren dos grupos, aquellos que crecieron en un hogar vulnerable y las mujeres, quienes enfrentaron distintas formas de discriminación por género.

Numerosos estudios muestran que, por ejemplo, los niveles de salud disminuyen con la edad, con el nivel socioeconómico y con la inequidad social.

De acuerdo a numerosos estudios, la relación entre factores estructurales (como los mencionados en el párrafo anterior) y la salud persiste en el tiempo y se mantiene significativa aun cuando uno controla por los estilos de vida de las personas.⁽¹⁸⁾ Esto quiere decir que el efecto que tienen los factores estructurales en la salud existe más allá del tipo de vida que elijan las personas. Pese a ello, la literatura previa también señala que queda mucho por comprender acerca de las interacciones y relaciones de causalidad entre factores estructurales, estilos de vida y características del empleo.

Metodología

Para explorar el impacto que tienen un estilo de vida saludable (personas), un empleo saludable (empresas) y las ventajas/desventajas estructurales (Estado) en la salud (global, subjetiva, funcional y objetiva) de la población adulta

(15) Dado que las políticas públicas pueden variar substancialmente entre gobiernos, en este estudio las conceptualizamos como un mecanismo para cambiar factores estructurales y no como un factor estructural en sí mismas.

(16) Berkman y Kawachi 2000; Link y Phelan 1995; Ross y Wu 1995; Riley 1987; Siegrist y Marmot 2006; Subramanian, Delgado, Jadue, Vega y Kawachi 2003. Los mecanismos causales de la relación entre nivel socioeconómico y salud aún son temas bajo investigación, sin embargo, se sostiene que a menor nivel socioeconómico se hace más difícil conseguir acceso a cuidados de salud, vivir en un ambiente saludable y obtener educación en hábitos de vida sana.

(17) George 1996; Moen y Chermack 2005; Moen, Dempster-McClain y Williams 1992.

(18) Lantz et al. 1998.

mayor en Chile, ocupamos datos longitudinales de tipo panel de la Encuesta de Protección Social (años 2002, 2004 y 2006), cuya muestra es representativa de la población total del país de 18 años y más.⁽¹⁹⁾

Nuestros análisis se basan en una muestra analítica de 1.712 individuos, los que cumplen dos criterios: primero, pueden ser clasificados como adultos mayores, ya que el año 2006 cumplieron 65 o más años de edad. Segundo, trabajaron al menos 10 años entre 1980 y 2004, de modo que las características de sus empleos son potencialmente relevantes para su salud.⁽²⁰⁾

En análisis subsecuentes incorporamos 172 individuos fallecidos entre las encuestas 2002 y 2004, quienes cumplirían ambos criterios de selección en caso de estar vivos. Los datos perdidos los derivamos a partir de otras variables en la medida de lo posible y luego los imputamos de forma múltiple mediante una cadena de ecuaciones.⁽²¹⁾

Las variables utilizadas en el análisis se describen en el cuadro 2.⁽²²⁾ Una vez realizado el análisis univariado y bivariado de estas variables, estimamos una regresión multivariada para el índice de salud y regresiones logísticas para los indicadores dicotómicos de salud subjetiva, funcional y objetiva. En una segunda etapa incluimos los entrevistados fallecidos para controlar por el sesgo potencial de analizar una muestra de individuos sobrevivientes. Finalmente, exploramos interacciones entre los distintos determinantes sociales de la salud.

Resultados: tres determinantes de la salud del adulto mayor

En la tabla 1 (ver anexo) presentamos los resultados de nuestro análisis. Para facilitar la interpretación codificamos salud global, subjetiva, funcional y objetiva, de tal forma que un coeficiente positivo representa un efecto beneficioso en la salud y uno negativo denota un efecto perjudicial. En general, los resultados que obtuvimos para el índice de salud global son consistentes con los indicadores simples de salud subjetiva, funcional y objetiva.

(19) Subsecretaría de Previsión Social de Chile 2008.

(20) A pesar de que los criterios de selección de la muestra tienden a excluir a mujeres dueñas de casa del modelo, nuestros resultados identifican diferencias significativas en la salud de acuerdo al género. Probablemente nuestros resultados subestiman estas diferencias.

(21) Cada una de nuestras regresiones utiliza cinco bases de datos imputados. Este método para imputar datos (Multiple Imputation by Chained Equations - MICE) es uno de los mejores disponibles actualmente. Más información acerca del procedimiento utilizado en Allison, 2001 y Royston 2004.

(22) Las variables “total de años trabajados” y “edad” fueron centradas alrededor de su media para evitar problemas de colinealidad.

Cuadro 2
Descripción de las variables incluidas en el análisis

Salud (observada en el año 2006)	
Índice de salud global	Índice calculado mediante análisis de componentes principales sobre indicadores continuos de salud subjetiva, funcional y objetiva ($\alpha = 0,76$).
Salud subjetiva	Autoevaluación de la salud (donde 1 = “excelente a buena” y 0 = “regular a muy mala”).
Salud funcional	Indica ausencia de dificultades o necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana tales como: bañarse, vestirse, comer, salir de la cama, hacer ejercicio, caminar distancias largas y subir escaleras (1 = sin dificultad; 0 = con dificultad).
Salud objetiva	Mide el diagnóstico de enfermedades crónicas tales como: asma o enfisema, diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, cáncer, artritis o artrosis, enfermedades renales, derrame cerebral, depresión, enfermedad mental, VIH o SIDA (1 = ausencia; 0 = presencia).
Sobrevivencia	Indica el estado vital del entrevistado (1 = vivo; 0 = fallecido).
Estilo de Vida (observado en el año 2004)	
Sedentarismo	Nunca o casi nunca practica deporte o alguna actividad física.
Obesidad	Indica individuos cuyo índice de masa corporal (peso partido por estatura al cuadrado) es superior o igual a 30.
Características del Empleo (reconstrucción de historias laborales desde 1980)	
Total de años trabajados	Duración total de los períodos en que el entrevistado estuvo empleado.
Jornada laboral	Ocupamos dos variables dicotómicas para indicar que la mayoría del tiempo en que el entrevistado ha trabajado ha sido por: (1) jornada parcial (menos de 44 horas), (2) jornada completa (entre 44 y 48 horas). La categoría de referencia (3) es más que jornada completa (más de 48 horas).
Tipo de ocupación	Agrupamos las ocupaciones según su nivel de calificación. Ocupaciones de calificación alta corresponden a: personal directivo de la administración pública y privada, y profesionales científicos e intelectuales. Ocupaciones de calificación media, incluyen: técnicos y profesionales nivel medio; empleados de oficina; trabajadores de servicio y vendedores de comercio, y fuerzas armadas. Ocupaciones de calificación baja son: trabajadores agropecuarios y pesqueros; operarios, artesanos de artes mecánicas y otros oficios, y operadores de instalaciones, de máquinas y montadores. La categoría de referencia son ocupaciones no calificadas. Más detalles en OIT 2008.
Pérdida del empleo por razones de salud	Variable dicotómica indicando si el entrevistado perdió una o más veces su empleo por razones de salud. Incluida para controlar por el sesgo potencial de individuos sanos trabajando por más tiempo. Proxy de antecedentes mórbidos.
Ventajas/Desventajas Estructurales (observadas en múltiples años)	
Edad	Años cumplidos al momento de ser entrevistado en 2006.
Género	1=mujer; 0=hombre
Grupo socio-económico	Incluimos tres variables dicotómicas para los grupos ABC1, C2 y C3. La categoría de referencia es el grupo DE.
Nivel socioeconómico del hogar de origen	Esta variable indica personas que crecieron en un hogar de situación socioeconómica (1) “buena o muy buena”, o (2) “pobre.” La categoría de referencia son personas que clasifican su hogar de origen como (3) “indigente.”
Padres analfabetos	El entrevistado reporta que sus padres no saben leer ni escribir.

En cuanto al estilo de vida, tal como podría esperarse, la obesidad y el sedentarismo son perjudiciales para la salud. Los adultos mayores que mantienen su peso controlado y que hacen ejercicio o practican algún deporte tienden a tener mejor salud que aquellos obesos que nunca o casi nunca hacen ejercicio o practican deporte.

Las características del empleo también son relevantes para la salud. Controlando por otras características de éste, el haber trabajado más años está asociado con un mejor estado de salud en la vejez. Esto no significa que trabajar sea siempre beneficioso, puesto que el hacerlo en exceso es un factor de riesgo. En concreto, las personas que trabajaron jornada completa durante la mayor parte del tiempo que estuvieron empleados tienden a tener mejor salud en la vejez que aquellos que lo hicieron en exceso. El tipo de ocupación también es relevante, pero la dirección del efecto cambia dependiendo de la medida de salud utilizada.⁽²³⁾ Además, los resultados de haber experimentado una pérdida del empleo por razones de salud se asocian con un mayor riesgo de mortalidad. El efecto capturado por esta variable puede ser atribuido a la presencia de antecedentes mórbidos.

Entre los factores estructurales las variables edad, género y nivel socioeconómico influyen de manera significativa en la salud. Ciertamente, las dos primeras tienen una base biológica, pero en este estudio las interpretamos como factores estructurales, ya que la sociedad organiza la distribución de oportunidades, roles, estatus y recursos en base a criterios etarios y de género, y no solo de clase o nivel socioeconómico.⁽²⁴⁾ Tal como puede esperarse, la salud empeora con la edad. Cabe destacar que encontramos que las mujeres presentan peores niveles de salud al ser comparadas a los hombres, pero viven por más tiempo. En otras palabras, la mayor *sobrevida* de las mujeres no está acompañada de una mejor *calidad de vida* en términos de su salud. Por último, tanto el nivel socioeconómico actual de las personas como el nivel socioeconómico del hogar donde crecieron influyen en la dimensión subjetiva de la salud.

Análisis adicionales sugieren que los efectos de un estilo de vida saludable, de las características del empleo y de los factores estructurales

(23) Un análisis más detallado del tipo de ocupación podría ayudar a explicar estas diferencias.

(24) Doyal 1995; Moen et al. 1992; Riley 1987.

se retroalimentan uno a otro. Por ejemplo, el impacto negativo de trabajar en exceso se multiplica para las personas que se encuentran en una posición desaventajada en la estructura social. También, las consecuencias que un estilo de vida poco saludable tiene para la salud son todavía más graves para quienes crecieron en un hogar pobre o indigente. Esto significa que las personas no son los únicos responsables de cambiar su estilo de vida ni las empresas de asegurar un empleo saludable ni el Estado de corregir factores estructurales.

Volviendo a nuestra pregunta inicial, estos resultados sugieren que la salud es una responsabilidad compartida por distintos agentes: las personas son los principales responsables de su estilo de vida, las empresas de las características del empleo y el Estado de los factores estructurales que afectan la salud de los individuos a lo largo del curso de su vida. Lo anterior no significa que personas, empresas y Estado sean individualmente responsables de su propia parcela en la promoción de la salud; por el contrario, nuestro énfasis está en una *responsabilidad compartida*.

Si bien al responsabilizar principalmente a las personas de su estilo de vida, a las empresas de las características del empleo y al Estado de los factores estructurales, se logra dar cuenta respectivamente de los niveles micro, meso y macro de la realidad social (ver cuadro 1), futuros estudios podrían explorar el rol de otros actores responsables, por ejemplo, comunidades locales, familias y otras redes sociales. Otro posible desarrollo de nuestro estudio consiste en explorar las estructuras de relación causal entre los determinantes de la salud. Por ejemplo, el que las variables socioeconómicas no presenten un efecto consistente en los indicadores de salud que analizamos podría explicarse porque su efecto es principalmente indirecto, a través de los estilos de vida o del empleo. También sería relevante comparar la importancia relativa de los factores y actores considerados, así como posibles cambios a través del tiempo a consecuencia del crecimiento económico y del desarrollo social. Por último, sería interesante incluir nuevas variables explicativas relacionadas a antecedentes mórbidos.

(...) la salud es una responsabilidad compartida por distintos agentes: las personas son los principales responsables de su estilo de vida, las empresas de las características del empleo y el Estado de los factores estructurales.

Conclusión

Nuestros resultados muestran la existencia de una relación entre un estilo de vida saludable, las características del empleo y factores estructurales con el nivel de salud de la población adulta mayor. Estos resultados son consistentes con la literatura previa y tienen implicancia práctica a distintos niveles. A nivel micro, las personas pueden actuar y modificar su estilo de vida de una forma beneficiosa para su salud, por ejemplo, controlando su peso y haciendo ejercicio con más frecuencia. A nivel meso, empresas con políticas organizacionales que promuevan un empleo saludable pueden hacer una contribución significativa a la salud de los adultos mayores. Facilitar una participación laboral prolongada y sin exceso de trabajo a lo largo de la vida es un primer paso. Muchas otras políticas organizacionales podrían resultar beneficiosas, por ejemplo: incluir minutos de relajación en la jornada de trabajo, entregar almuerzos saludables y mejorar las condiciones del entorno en cuanto a seguridad, contaminación e iluminación. A nivel macro, el Estado puede contrarrestar el efecto de factores estructurales que ejercen influencia a lo largo de toda la vida, tales como las diferencias de nivel socioeconómico y género. El principal mecanismo de influencia del Estado son las políticas públicas y las medidas regulatorias. Por ejemplo, políticas

(...) proponemos que la salud del adulto mayor es una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado.

para facilitar el empleo de los adultos mayores o medidas regulatorias para enfrentar las inequidades de género y edad en el sistema de Isapres. Por último, nuestros resultados indican

interacciones entre los tres niveles mencionados, lo cual sugiere la importancia de una acción coordinada y sinérgica entre los diversos actores sociales en la promoción de la salud del adulto mayor.

En síntesis, tomando en cuenta nuestros resultados y el cuerpo de evidencia acumulado previamente, proponemos que la salud del adulto mayor es una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado.

Referencias

- Allison, P.D. (2001). *Missing Data*. Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-136. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Anu, Molarius, Berglund, Kenneth, Eriksson, Charli, Lambe, Mats, Nordström, Eva, Eriksson, Hans G. y Feldman, Inna. (2006). “Socioeconomic Conditions, Lifestyle Factors, and Self-rated Health among Men and Women in Sweden European” *Journal of Public Health* 17(2):125–33.
- Berkman, Lisa F. y Kawachi, Ichiro (Eds.). (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Calvo, E. (2006). *Does Working Longer Make People Healthier and Happier?* Center for Retirement Research Issue Brief WOB#2, Chestnut-Hill, MA: Boston College. Visitada en Abril de 2008 (<http://www2.bc.edu/~calvobra/publications.htm>).
- Doyal, Lesley. 1995. *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*. London, UK: Macmillan.
- Ferraro, Kenneth F. (2006). “Health and Aging” En R. H. Binstock y L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6 ed., pp. 238-56). San Diego, CA: Academic Press - Elsevier.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. (1997). *La Lucha Contra las Barreras de la Edad en el Empleo. Resumen de la Investigación*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- George, Linda K. (1996). “Social Factors and Illness” In R. H. Binstock y L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (4 ed., pp. 229-53). San Diego, CA: Academic Press - Elsevier.
- Hendricks, Jon y Rusell Hatch, Laurie. (2006). “Lifestyle and Aging” In R. H. Binstock y L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6 ed., pp. 301-19). San Diego, CA: Academic Press - Elsevier.
- Hill, James O. y Melanson, Edward L. (1999). “Overview of the Determinants of Overweight and Obesity: Current Evidence and Research Issues” *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 31(11):515-21.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2003). *Censo 2002: Síntesis de Resultados*. Visitada en marzo de 2008 (<http://www.ine.cl/cd2002/sintesiscensal.pdf>).

- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2004). Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País, 1950-2050. Serie de la publicación (CEPAL) OI N° 208. Visitada en marzo de 2008 (http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Comité Nacional Para el Adulto Mayor. (1999). *Chile y los Adultos Mayores: Impacto en la Sociedad del 2000*. Visitada en marzo de 2008 (http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf).
- Knoops, Kim T., Lisette, de Groot C., Kromhout, Dean, Perrin, Anne-Elisabeth, Moreiras-Varela, Olga, Menotti, Alessandro y Van Staveren, Wija A. (2004). “Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women. The HALE Project” *JAMA*, 292(12):1433-9.
- Lantz, Paula M, House, James S., Lepkowski, James L., Williams, David R., Mero, Richard P. y Chen, Jieming. (1998). “Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality Results From a Nationally Representative Prospective Study of US Adults” *JAMA*, 279(21):1703-8.
- Link, Bruce G. y Phelan, Jo. (1995). “Social Conditions as Fundamental Causes of Disease” *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future):80-94.
- Marmot, Michael G., Hans, Bosma, Hemingway, Harry, Brunner, Eric y Stansfeld, Stephen A. (1997). “Contribution of Job Control and Other Risk Factors to Social Variations in Coronary Heart Disease Incidence” *The Lancet*, 350(9073):235–9.
- Martínez, Alfredo J. (2000). “Body-weight Regulation: Causes of Obesity” *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(3):337-45.
- Moen, Philys. (1996). “A Life Course Perspective on Retirement, Gender, and Well-Being” *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2):131-44.
- Moen, Phyllis y Chermack, Kelly. (2005). “Gender Disparities in Health: Strategic Selection, Careers, and Cycles of Control” *The Journals of Gerontology*, 60(2):99-108.

- Moen, Phyllis, Dempster-McClain, Donna y Williams Jr, Robin M. (1992) “Successful Aging: A Life-course Perspective on Women’s Multiple Roles and Health” *American Journal of Sociology*, 97(6):1612-38.
- National Institutes of Health (NIH). (2008). *Framingham Heart Study: 50 Years of Research Success*. National Heart Lung and Blood Institute, Department of Health and Human Services, NIH. Visitada en marzo de 2008. (<http://www.nhlbi.nih.gov/about/framingham/index.html>).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2008). Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88). Oficina de Estadística. Visitada en marzo de 2008 (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/class/isco.htm>).
- Rose, Geoffrey. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Ross, Catherine E. y Wu, Chia-Ling. (1995). “The Links Between Education and Health” *American Sociological Review*, 60(5):719-745.
- Royston, Patrick. (2004). “Multiple Imputation of Missing Values” *Stata Journal*, 4(3):227-41.
- Riley, Matilda W. (1987). “On the Significance of Age in Sociology” *American Sociological Review*, 52(1):1-14.
- Siegrist, Johannes y Marmot, Michael (Eds.). (2006). *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*. New York: Oxford University Press.
- Siegrist, Johannes, Von dem Knesebeck, Olaf y Pollack, Craig Evan. (2004). “Social Productivity and Well-being of Older People: A Sociological Exploration” *Social Theory and Health*, 2(1):1-17.
- Steffick, Diane E. (2000). *Documentation of Affective Functioning Measures in the Health and Retirement Study HRS/AHEAD*. HRS Documentation Report DR-005. Ann Arbor, MI: University of Michigan, Institute for Social Research.
- Subramania, SV, Delgado, Iris, Jadue Liliana, Vega, Jeanette y Kawachi, Ichiro. (2003). “Income Inequality and Health: Multilevel Analysis of Chilean Communities” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(11):844-8.
- Subsecretaría de Previsión Social de Chile. (2008). *Encuesta de Protección Social—Chile 2002, 2004 y 2006*. Visitada en febrero de 2008 (<http://www.proteccionsocial.cl/>).

Anexo

Tabla 1
Resultados del análisis multivariado sobre factores explicativos de la salud del adulto mayor

	Salud global (índice de salud subjetiva, funcional y objetiva)	Salud subjetiva (autoevaluación excelente a buena vs. regular a muy mala)	Salud funcional (realiza actividades diaria sin dificultad vs. con dificultad)	Salud objetiva (ausencia vs. presencia de enfermedades crónicas)	Sobrevivencia (entrevistado vivo vs. entrevistado fallecido)
<i>Estilo de Vida Saludable</i>					
Obesidad	-0,406*** (0,09)	-0,442** (0,14)	-0,397* (0,17)	-0,647*** (0,16)	0,377 (0,44)
Sedentarismo	-0,418*** (0,10)	-0,528*** (0,14)	-0,331 (0,19)	-0,396** (0,14)	-0,102 (0,25)
<i>Características del Empleo</i>					
Participación laboral	0,039*** (0,01)	0,053*** (0,01)	0,042** (0,01)	0,046*** (0,01)	0,076*** (0,02)
Jornada completa	0,352*** (0,09)	0,327*** (0,12)	0,41** (0,15)	0,159 (0,13)	0,337 (0,19)
Jornada parcial	0,121 (0,10)	0,159 (0,15)	0,117 (0,17)	-0,006 (0,15)	0,174 (0,23)
Ocupación de calificación alta	0,170 (0,14)	0,509* (0,21)	0,368 (0,28)	-0,726** (0,23)	0,307 (0,37)
Ocupación de calificación media	0,132 (0,12)	0,368* (0,16)	-0,001 (0,19)	0,070 (0,17)	0,288 (0,28)
Ocupación de calificación baja	-0,034 (0,10)	0,064 (0,14)	-0,016 (0,17)	-0,144 (0,14)	0,119 (0,21)
Pérdida del trabajo por problemas de salud	0,159 (0,12)	0,108 (0,17)	0,311 (0,24)	0,113 (0,18)	-0,551* (0,27)

(Continúa)

Tabla 1 (Continuación)

	Salud global (índice de salud subjetiva, funcional y objetiva)	Salud subjetiva (autoevaluación excelente a buena vs. regular a muy mala)	Salud funcional (realiza actividades vida diaria sin dificultad vs. con dificultad)	Salud objetiva (ausencia vs. presencia de enfermedades crónicas)	Sobrevivencia (entrevistado vivo vs. entrevistado fallecido)
<i>Ventajas/Desventajas Estructurales</i>					
Edad	-0,036*** (0,01)	-0,008 (0,01)	-0,093*** (0,01)	-0,017 (0,01)	-0,092*** (0,01)
Mujer	-0,314*** (0,09)	-0,212 (0,12)	-0,310* (0,15)	-0,413** (0,13)	0,988*** (0,24)
Grupo socioeconómico ABC1	0,373 (0,19)	0,554* (0,26)	0,263 (0,37)	0,366 (0,27)	0,210 (0,47)
Grupo socioeconómico C2	0,229 (0,12)	0,251 (0,17)	0,411 (0,23)	0,130 (0,20)	0,381 (0,31)
Grupo socioeconómico C3	0,096 (0,10)	0,202 (0,13)	0,204 (0,15)	-0,062 (0,14)	-0,113 (0,20)
Hogar de origen con situación socioeconómica pobre	-0,069 (0,15)	0,475 (0,24)	-0,180 (0,26)	-0,271 (0,22)	-0,147 (0,34)
Hogar de origen con situación socioeconómica (muy) buena	0,067 (0,15)	0,976*** (0,25)	-0,066 (0,26)	-0,332 (0,22)	-0,101 (0,35)
Padres analfabetos	-0,047 (0,11)	-0,016 (0,16)	-0,173 (0,18)	0,205 (0,16)	-0,309 (0,22)
Constante	7,072*** (0,60)	-1,464 (0,88)	7,239*** (1,01)	0,565 (0,93)	7,287*** (1,27)
Bondad de ajuste	-3058,769	-1083,316	-841,380	-1068,920	-512,224
N	1712	1712	1712	1712	1884

Fuente: Cálculos de los autores basados en la Encuesta de Protección Social en Chile, años 2002, 2004 y 2006.
 Notas: Reportamos coeficientes regulares para la regresión multivariada del índice de salud global y coeficientes logit para todos los otros modelos. Presentamos los errores estándar entre paréntesis.
 * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Autores



Esteban Calvo

Sociólogo de la Universidad Católica y Magíster en Sociología de Boston College. Actualmente cursa su Doctorado en Sociología y trabaja como investigador en el Center for Retirement Research at Boston College.



Bernardo Martorell

Médico Cirujano de la Universidad de Chile. Magíster en Salud Pública en la Universidad de Harvard. Actualmente es académico de la División de Políticas y Gestión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Vi
Relaciones familiares y bienestar
de los adultos mayores en Chile

*María Soledad Herrera
Rosita Kornfeld*

Introducción

En Chile, como en otros países en desarrollo o en vías de desarrollo, estamos viviendo un proceso de creciente envejecimiento poblacional, que implica nuevos desafíos en materia de política pública, especialmente en las áreas de salud, previsión social y uso del tiempo libre. En América Latina, la familia y las redes sociales han sido un importante sostén en la vejez, tanto transfiriendo directamente recursos económicos como proveyendo apoyo y asistencia en caso de enfermedades y de disminución de las capacidades físicas. Por otra parte, los adultos mayores también han sido una importante fuente de ayuda, no solo en el cuidado de nietos, sino también transfiriendo recursos económicos y/o permitiendo el allegamiento de hijos y sus familias en sus viviendas.

El mayor desarrollo económico que ha tenido el país en la última década no solo ha permitido que las personas vivan más años, sino que ha implicado cambios en las configuraciones del hogar en que viven.

El mayor desarrollo económico que ha tenido el país en la última década no solo ha permitido que las personas vivan más años, sino que ha implicado cambios en las configuraciones del hogar en que viven. En la medida en que las familias jóvenes han tenido más oportunidades de obtener una vivienda propia y que han podido independizarse de sus padres, es probable que los adultos mayores vivan más sin sus hijos. Así, han aumentado las personas de la tercera edad que viven únicamente con sus parejas o solos.

Estos cambios pueden redundar en las mayores o menores posibilidades que tienen los adultos mayores de contar con recursos humanos que les ayuden a enfrentar los principales cambios que les ocurren al envejecer, por ejemplo, el deterioro de sus condiciones de salud, la disminución de sus ingresos y el aislamiento o soledad que sufren al dejar de trabajar o al perder la pareja. La disponibilidad y uso de tales recursos dependen de las relaciones que las personas establecen con el entorno. En la medida en que las personas de la tercera edad cuentan con recursos de apoyo familiar, dados tanto por la presencia inmediata de miembros en su hogar como por los intercambios que establecen con familiares que viven fuera de éste, demandarán diferentes recursos de apoyo societal, públicos o privados. Ello, bajo el supuesto que culturalmente para los adultos mayores la familia es vista como la principal

entidad encargada del cuidado, proveedora de ayuda material (servicios) y de apoyo psicosocial a sus miembros.

A lo dicho debe agregarse, pese a que cada vez hay más hombres participando en roles de cuidado de familiares, que las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de las personas de edad avanzada. Esto plantea la paradoja de que mientras se incrementa su participación laboral —con la consiguiente menor disponibilidad de tiempo libre—, aumenta la proporción de adultos mayores, los que por vivir más años tienen mayor probabilidad de requerir cuidados especiales (Daatland, 1990).

Las dos principales preguntas que se intentan responder en este trabajo y sus respectivas hipótesis son:

- i) ¿En qué medida los cambios en las configuraciones de los hogares pueden tener un impacto en la calidad de las relaciones familiares? ¿Implica un alejamiento el que los padres vivan menos con sus hijos? o, más bien, ¿disminuye los conflictos familiares y, por ende, mejora las relaciones el hecho que ya no vivan juntos? La hipótesis de este trabajo es que los cambios en las configuraciones familiares no han implicado necesariamente un debilitamiento de las relaciones familiares, pero tampoco las han mejorado.
- ii) ¿Existe relación entre con quién viven los adultos mayores y su nivel de bienestar? ¿En qué medida la calidad de las relaciones familiares afecta el nivel de bienestar de los adultos mayores? ¿Cómo afecta el bienestar la presencia de relaciones conflictivas? Se conjetura que las personas de

Se conjetura que las personas de la tercera edad que viven acompañadas tendrán un mejor nivel de bienestar.

la tercera edad que viven acompañadas tendrán un mejor nivel de bienestar que los que viven solos, pero la calidad de las relaciones sociales y familiares serán más importantes para predecir su

bienestar, en el sentido de que se sentirán más satisfechos aquellos que tienen buenas relaciones familiares y que no experimentan relaciones perturbadoras con personas cercanas.

La estructura del trabajo será la siguiente: en primer lugar se describirán los principales cambios que han tenido las estructuras de hogar de los adultos mayores, según censos de 1992 y 2002. En segundo lugar, se describirá la

densidad y la calidad de las relaciones familiares que tienen las personas de la tercera edad, particularmente con los hijos. En tercer lugar, se intentará determinar en qué medida las configuraciones de hogar afectan la calidad de las relaciones familiares y cómo éstas a su vez influyen en el nivel general de bienestar de los adultos mayores. La fuente de datos para estas dos últimas secciones será la Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, realizada en 2007 por la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Caja de Compensación Los Andes. Se trata de una encuesta nacional, de 1.600 casos, realizada de manera presencial a personas de 60 años o más, seleccionadas de manera totalmente aleatoria y probabilística en sus viviendas particulares, cubriendo a las ciudades de más de 30.000 habitantes y representando a un 75% de la población nacional.⁽¹⁾

Configuraciones familiares de los adultos mayores

Según cálculos obtenidos a partir de los censos, se puede constatar que más de la mitad de los adultos mayores vive en hogares extensos, con presencia de otros familiares, especialmente hijos. En 2002 un 48% de la tercera edad encabezaba como jefe o pareja un hogar con presencia de otros familiares y/o no familiares de distintas edades y un 12% vivía en casa de otros en posición principalmente de padres o suegros (es decir, estarían “allegados” en hogares de otras personas). Un 30% de los adultos mayores vive en hogares independientes (18% en pareja y 12% solos) y un 10% de los hogares corresponden a formas compartidas, por ejemplo, hermanos o amigos. Los principales cambios entre 1992 y 2002 confirman el aumento de hogares de menor tamaño, formados por adultos mayores viviendo solos o únicamente con sus parejas (gráfico 1).

También se producen cambios en las configuraciones del hogar según la edad de las personas. A medida que esta transcurre aumenta el allegamiento en casas ajenas, así como quienes viven solos. Como contraparte, disminuyen los adultos mayores viviendo únicamente con sus parejas y se hace menos frecuente el hecho de encabezar hogares extensos (gráfico 2).

(1) Se puede encontrar más información de esta encuesta en la página web del Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile: <http://www.puc.cl/sociologia>.

Gráfico 1

Tipos de hogares en que viven los adultos mayores chilenos, según censos de 1992 y 2002 (base: personas de 60+ años)

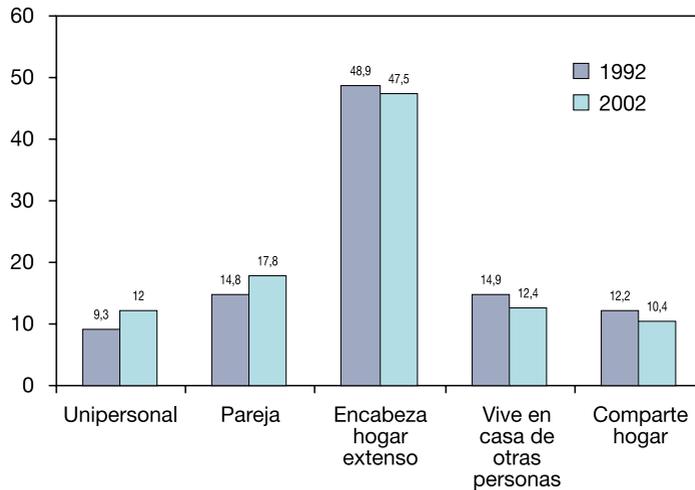
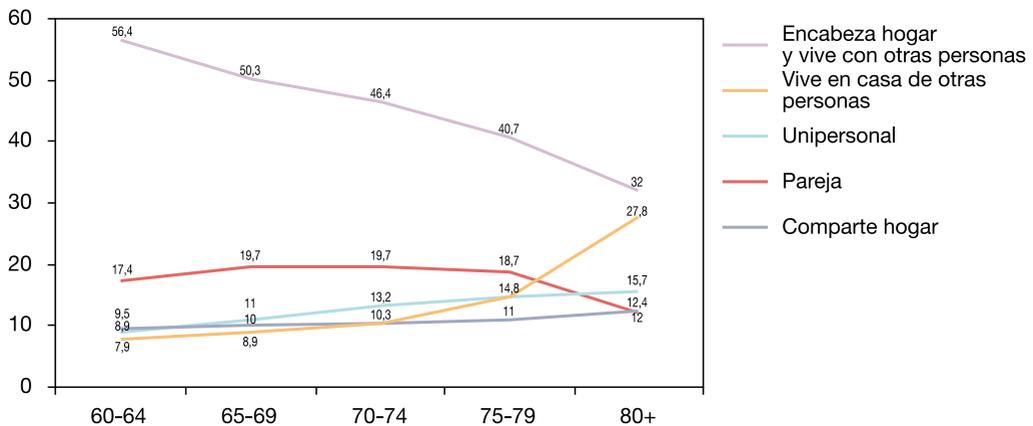


Gráfico 2

Tipos de hogares en que viven los adultos mayores chilenos, por edad, según censo 2002 (base: personas de 60+ años)



Fuente: Tabulaciones propias a partir de los respectivos censos nacionales de vivienda y población de Chile 1992 y 2002. Tipos de hogares: Unipersonal: vive solo con o sin servicio doméstico. Pareja: vive únicamente con su pareja (casados o convivientes). Encabeza hogar extenso: es jefe o pareja del jefe de hogar y vive con otros familiares y/o no familiares, con o sin pareja. Vive en casa de otras personas: vive en el hogar de otros familiares y/o no familiares, sin ser jefe o pareja del jefe de hogar. Comparte hogar: vive únicamente con otros familiares o no familiares de edad similar.

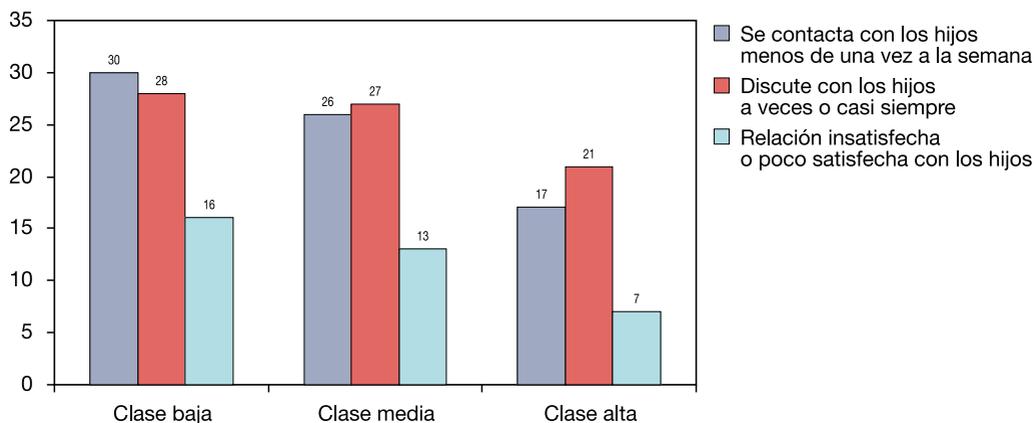
Estructura y calidad de las relaciones familiares de los adultos mayores

Los resultados de la Encuesta de Vejez (op. cit.) indican que, en general, los adultos mayores tienen muy buenas relaciones con sus familiares:⁽²⁾

- La mayoría de los adultos mayores tiene hijos vivos y los tienen físicamente cerca: con el 56% de los hijos se tiene contacto —personal, por teléfono o correo— diario o varias veces por semana y solo con el 6% no se contactan nunca. La comunicación diaria es relativamente más frecuente entre las mujeres y los de mejor nivel educacional.
- Con el 73% de los hijos casi nunca se pelea o discute, con el 19% a veces y con el 8% casi siempre. Los adultos mayores están satisfechos o muy satisfechos en su relación con el 86% de los hijos, mientras que con un 14% están poco o nada satisfechos. Este bajo porcentaje de relaciones insatisfechas es consistente con los escasos reportes de peleas o de ausencia de contacto, mencionados más arriba.
- Es interesante destacar que el 29% de los encuestados consideran que la relación que tienen con sus hijos ahora es mejor que la que tenían con ellos antes de cumplir 60 años, el 64% la considera igual y un 7% juzga que ha empeorado.
- En general, no se encuentran muchas diferencias en la estructura y calidad de las relaciones con los hijos según género, edad y regiones, aunque sí levemente por nivel socioeconómico. A medida que se desciende en la escala social disminuye tanto el contacto, como la calidad de las relaciones (aumentan las discusiones, se tienen relaciones menos satisfactorias), ver gráfico 3.
- La mayoría siente que puede contar con su familia y que son bastante unidos, aunque un 18% siente que a menudo lo toman poco en cuenta (gráfico 4). Esta última percepción es más frecuente a menor nivel socioeconómico (21% en la clase baja y 10% en la clase alta).

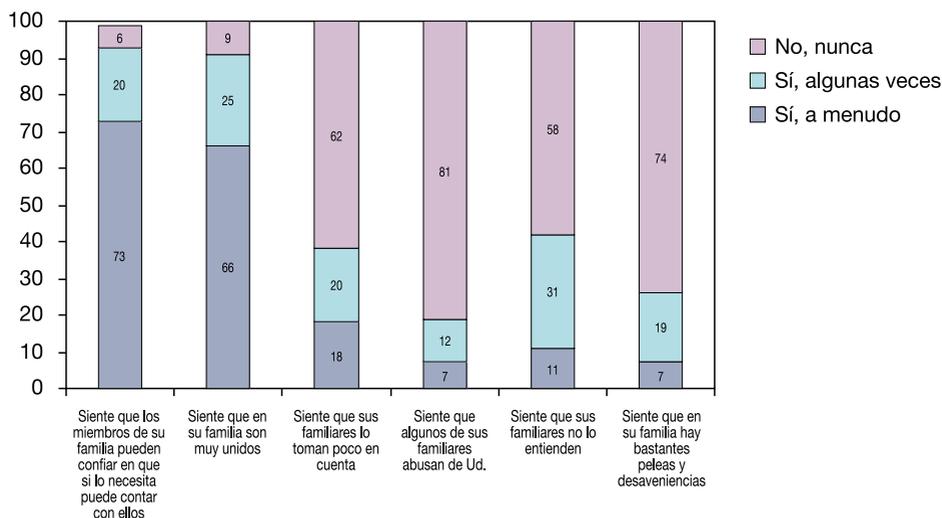
(2) Fuente: tabulaciones propias a partir de la Primera Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (Pontificia Universidad Católica - Caja Los Andes, 2007).

Gráfico 3
Relaciones insatisfactorias según nivel socioeconómico, 2007
 (base: hijos de los adultos mayores encuestados)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación Los Andes, 2007.

Gráfico 4
Percepciones sobre calidad de las relaciones familiares, 2007
 (base: adultos mayores encuestados)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación Los Andes, 2007.

Asociaciones entre configuraciones de hogar, relaciones familiares y bienestar

En este artículo se ha mostrado cómo los adultos mayores viven más solos a medida que envejecen, especialmente cuando enviudan, lo que está determinado, en parte, por el relativo mejoramiento de las condiciones económicas y de vivienda que han experimentado los chilenos.

La pregunta que cabe hacerse es hasta qué punto la disminución del tamaño de las familias (entendiendo como tal a las personas que viven juntas) implica una disminución de los vínculos con familiares con quienes no se comparte la vivienda. Para la CEPAL (1994) estos cambios no han significado un debilitamiento de las relaciones de parentesco ni de los lazos de dependencia mutua entre los restantes integrantes del grupo familiar, mientras que para otros autores (Choi, 1996) dicho fenómeno implica un debilitamiento de la conciencia de apoyo de la familia y del cuidado de los adultos mayores por y dentro de ésta.

Los datos anteriormente expuestos parecen ir más en la línea de que en Chile no hay debilitamiento de las relaciones familiares en los adultos mayores, pues no hay diferencias por edad.⁽³⁾ Estudios anteriores no han podido comprobar una asociación clara entre configuraciones familiares y calidad de las relaciones familiares (Barros y Muñoz, 2001), aunque sí se han encontrado algunas relaciones entre con quién viven los adultos mayores y su percepción de bienestar general, estando más satisfechos aquellos que viven en pareja, sin otras personas o bien encabezando sus hogares y recibiendo a sus hijos. Los que se encuentran menos satisfechos son los que han debido allegarse en casa de familiares (Barros, 2003).

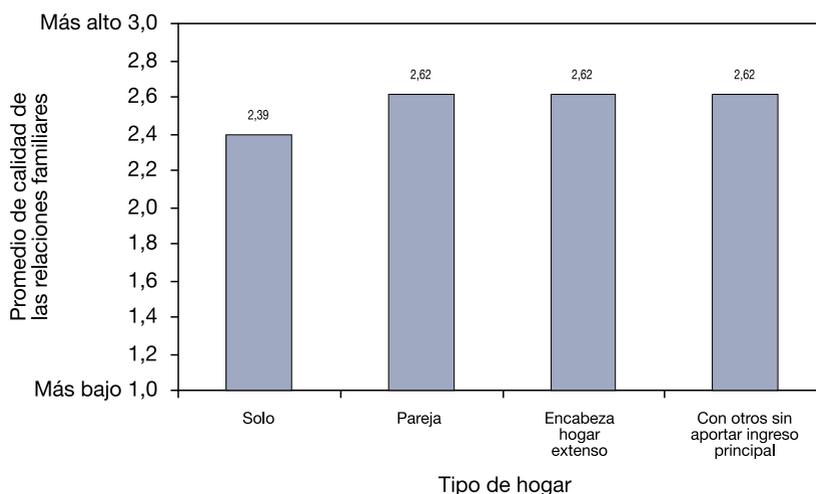
En general, los datos de la Encuesta de Vejez (op. cit.) confirman la falta de asociación entre con quiénes viven los adultos mayores y la satisfacción respecto de la calidad de las relaciones con las personas con quienes viven. Únicamente los que viven solos tienen una peor percepción de calidad de las relaciones familiares en comparación con el resto, pero no se observan diferencias entre

(...) hasta qué punto la disminución del tamaño de las familias (entendiendo como tal a las personas que viven juntas) implica una disminución de los vínculos con familiares con quienes no se comparte la vivienda.

(3) Aunque para afirmar mejor esto habría que tener datos longitudinales.

vivir únicamente con la pareja o en hogares extensos, ya sea encabezándolos o en forma de allegamiento (gráfico 5).⁽⁴⁾

Gráfico 5
Índice de calidad de las relaciones familiares según tipo de hogar, 2007
 (base: adultos mayores encuestados)



Fuente: Tabulaciones propias a partir de los respectivos censos nacionales de vivienda y población de Chile 1992 y 2002. Índice de 1 (menor calidad de las relaciones familiares) a 3 (mejor calidad de las relaciones), calculado como el promedio de las preguntas: Siente que los miembros de su familia pueden confiar en que si lo necesita puede contar con ellos. Siente que en su familia son muy unidos. Siente que sus familiares lo toman poco en cuenta. Siente que algunos de sus familiares abusan de Ud. Siente que sus familiares no lo entienden. Siente que en su familia hay bastantes peleas y desavenencias (en las dos primeras variables, las respuestas “sí, a menudo” se recodificaron como valor=3; “no, nunca” como valor=1). Tipos de hogares: Unipersonal: vive solo con o sin servicio doméstico. Pareja: vive únicamente con su pareja (casados o convivientes). Encabeza hogar extenso: es jefe o pareja del jefe de hogar, y vive con otros familiares y/o no familiares, con o sin pareja. Vive en casa de otras personas: vive en casa de otros familiares y/o no familiares, sin ser jefe o pareja del jefe de hogar. Comparte hogar: vive únicamente con otros familiares o no familiares de edad similar.

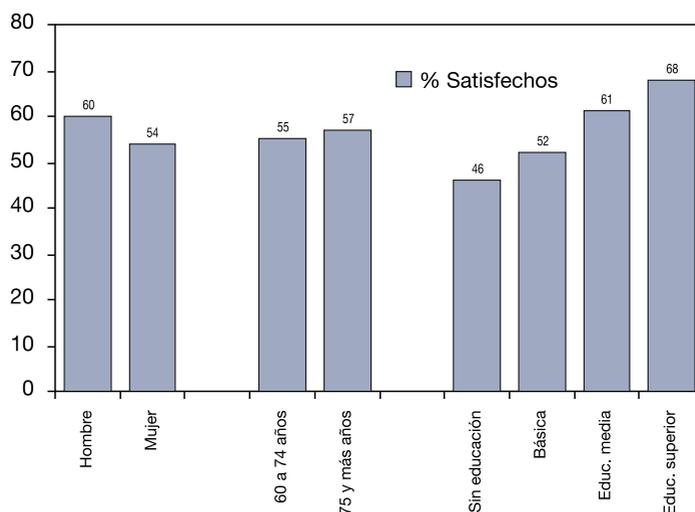
El objetivo de esta última parte será determinar en qué medida los adultos mayores están más o menos satisfechos con su vida, dependiendo de la calidad de sus relaciones familiares y de la presencia de relaciones perturbadoras.

Para ello se realizará un análisis de regresión logística, cuya variable dependiente es la satisfacción general con la vida en los últimos 6 meses (1 = satisfecho o muy satisfecho; 0 = poco satisfecho o insatisfecho). Cabe señalar que, preguntados sobre el nivel de satisfacción global que han experimentado durante los últimos seis meses, el 56% expresó sentirse satisfecho y el 44%

(4) Esto ocurre en todos los niveles socioeconómicos.

poco satisfecho e insatisfecho. Dichos resultados varían sobre todo con el nivel educacional, en el sentido que a mayor educación se sienten más satisfechos (gráfico 6).

Gráfico 6
Porcentaje de personas satisfechas con su vida,
según sexo, edad y nivel educacional



Relaciones respecto de edad y educación son estadísticamente significativas al nivel $p=0,05$.
 Base: total muestra.

Entre las variables independientes del modelo de regresión se incluyen tres variables de conformación familiar:

- Satisfacción con las relaciones familiares
- Presencia de relaciones insatisfactorias
- Percepción de apoyo
- Si viven solos o acompañados

Entre las variables de control se incluyen:

- Sexo
- Edad

- Educación
- Nivel socioeconómico
- Regiones
- Condiciones de salud

Los resultados del modelo confirman una de las hipótesis de este trabajo: tanto la calidad de las relaciones familiares como la presencia de relaciones insatisfactorias tienen un efecto en el nivel de bienestar de los adultos mayores. Las personas con buenas relaciones familiares y las que no tienen relaciones insatisfactorias con sus hijos o con quienes viven, tienen más probabilidad

Los resultados del modelo confirman una de las hipótesis de este trabajo: tanto la calidad de las relaciones familiares como la presencia de relaciones insatisfactorias tienen un efecto en el nivel de bienestar de los adultos mayores.

de estar satisfechos antes que no estarlo, en comparación con las que tienen malas relaciones familiares o que experimentan relaciones insatisfactorias, respectivamente.

Cabe destacar también que, tener (o haber tenido) hijos se relaciona con una mejor percepción de satisfacción

con la vida, con una importancia incluso levemente mayor que las de la calidad de las relaciones familiares y de la ausencia de relaciones insatisfactorias.

Sin embargo, no se ha confirmado el efecto ni del apoyo social ni de las configuraciones de hogar sobre la percepción de bienestar de los adultos mayores. Esto es consistente con otros estudios realizados también en Chile (Barros, 2003), donde el apoyo social no aparece afectando el bienestar de los adultos mayores. Esto se puede explicar porque la idea de tener que recibir apoyo social puede significar una condición de dependencia para los adultos mayores y ellos prefieren no verse en la necesidad de recibirlo. Respecto de la ausencia de asociación entre tipos de hogar y bienestar, en otro estudio realizado en Chile también se encontró que no hay muchas diferencias entre los que viven solos o acompañados (Barros y Muñoz, 2001). Esto se explica porque más que las configuraciones de hogar, lo que importa es la calidad de las relaciones que se tienen con los familiares.

Respecto de las variables de control, se destaca el fuerte efecto negativo de los problemas de salud, específicamente, de tener una enfermedad sin trata-

miento o dos o más enfermedades (con o sin tratamiento) sobre la percepción de bienestar subjetivo. Este efecto es el de mayor importancia entre las variables incluidas en el modelo.

Tanto el nivel socioeconómico como la educación de los adultos mayores tienen relación con su bienestar, lo que indica que la educación aporta algo más que ingresos para tener una mejor calidad de vida en la vejez. A través de la educación se adquieren habilidades psicosociales que permiten adaptarse mejor a los cambios que pueden ocurrir al envejecer, así como la transmisión de un conjunto de hábitos (como los nutricionales y de realización de actividad física) que pueden impactar directamente en la calidad de salud de los adultos mayores.

No hay diferencias por sexo ni por edad ni por regiones.

Tabla 1
Resultados regresión logística sobre percepción de satisfacción general
(Coeficientes exp(B))

	Modelo 1		Modelo 2	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)
<i>VARIABLES DE CONTROL</i>				
Sexo (1=hombre; 2=mujer)	-0,117	0,890	-0,142	0,868
Edad (1=60-74; 2=75+)	0,078	1,081	0,079	1,082
Educación (0=básica o menos; 1=media o superior)	0,250	1,283**	0,225	1,253*
Regiones (0=regiones; 1=Metropolitana)	-0,140	0,869	-0,112	0,894
Ha tenido hijos (1=sí; 2=no)	0,491	1,634**	0,569	1,767**
Enfermedades (0=tiene dos o más o una sin tratamiento; 1=no tiene enfermedades o solo una en tratamiento)	1,064	2,898***	1,001	2,720***
Nivel socioeconómico (0=bajo; 1=medio o alto)	0,427	1,532***	0,343	1,409***
<i>PREDICTORES DE BIENESTAR</i>				
Satisfacción con relaciones familiares (0=poco satisfecho; 1=bastante satisfecho)1			0,527	1,695***
Presencia de relaciones insatisfactorias (0=ninguna; 1=al menos una)			0,496	1,643***
Percepción de apoyo social (0=no tiene; 1=tiene)			0,118	1,125
Vive acompañado (0=vive solo; 1=vive acompañado)			0,257	1,292
Constante	-0,691	0,501**	-1,965	0,140***
R2 Cox y Snell	0,074		0,105	
R2 Nagelkerke	0,099		0,140	
-2 log verosimilitud	2061,752		1961,835	
(n)	1594		1558	

***Significativo al nivel $p=0,01$; **Significativo al nivel $p=0,05$; *Significativo al nivel $p=0,1$

Variable dependiente: satisfacción general con la vida en los últimos 6 meses (1= satisfecho o muy satisfecho; 0= poco satisfecho o insatisfecho).

1 Índice de 1 (menor calidad de las relaciones familiares) a 3 (mejor calidad de las relaciones), calculado como el promedio de las preguntas: Siente que los miembros de su familia pueden confiar en que si lo necesita puede contar con ellos. Siente que en su familia son muy unidos. Siente que sus familiares lo toman poco en cuenta. Siente que algunos de sus familiares abusan de Ud. Siente que sus familiares no lo entienden. Siente que en su familia hay bastantes peleas y desavenencias (en las dos primeras variables, las respuestas "sí, a menudo" se recodificaron como valor=3; "no, nunca" como valor=1). Variable dicotómica: 0= valores desde 1 a 2,5; 1= sobre 2,5 y hasta 3.

Conclusiones

Este estudio ha confirmado la importancia que tiene la familia para los adultos mayores y cómo una buena calidad de relaciones familiares impacta positivamente a su nivel de bienestar. Para una gran mayoría de las personas de la tercera edad las relaciones familiares son bien valoradas y no se tienen muchas relaciones insatisfactorias. Sin embargo, cuando los adultos mayores tienen malas relaciones familiares y/o tienen relaciones insatisfactorias con personas cercanas, esto afecta muy negativamente a su calidad de vida.

Cabe agregar que la calidad de las relaciones no depende de con quiénes viven, por lo que el aumento de hogares unipersonales y de menor tamaño entre los adultos mayores no debe ser interpretado como un indicador de debilitamiento de los lazos familiares. Posiblemente esta ausencia de asociación puede deberse a que en algunos casos el convivir con otras personas fortalece los vínculos, mientras que en otros los entorpece. Por ejemplo, convivir con los nietos puede reforzar la relación abuelos-nietos, mientras que vivir con los hijos puede conllevar un aumento de discusiones y, por ende, de relaciones insatisfactorias.

En suma, es importante destacar que las políticas públicas para los adultos mayores deberían tener un enfoque familiar más que individual. La familia puede constituir una importante fuente de recursos. De hecho, la mayoría de las personas de edad siente que puede contar con ella, sin embargo, es necesario apoyarla, especialmente si se trata de los sectores más privados económicamente. También hay que prestar especial atención al hecho de que en las últimas décadas ha ido aumentando la inserción laboral femenina y seguramente seguirá incrementándose, lo cual puede implicar una sobrecarga para las mujeres de edad intermedia, con padres a los cuales cuidar, hijos en edad escolar y una jornada de trabajo generalmente extensa. De esta manera, un enfoque global de políticas públicas debiese mirar no solo a la persona que envejece sino también a su familia, de modo de potenciar su rol de apoyo, antes que reemplazarlo o sobrecargarlo.

(...) la calidad de las relaciones no depende de con quiénes viven, por lo que el aumento de hogares unipersonales y de menor tamaño entre los adultos mayores no debe ser interpretado como un indicador de debilitamiento de los lazos familiares.

Referencias

- Barros, C. (2003). *Informe técnico FONDECYT 1020643: “Componentes de la calidad de vida del adulto mayor y factores asociados”*. Santiago de Chile.
- Barros, C. y Muñoz, M. (2001). *Informe técnico FONDECYT 1990562. “La familia del adulto mayor: composición e interrelaciones”*. Santiago de Chile.
- CEPAL (1994). *Familia y Futuro. Un programa regional en América Latina y El Caribe*. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Santiago de Chile. LC/G.1835-P.
- Choi, S. (1996). “The family and ageing in Korea: a new concern and challenge”. En: *Ageing and Society*, 16, 1-25.
- Daatland, S.O. (1990). “What are families for? On family solidarity and preference for help”. En: *Ageing and Society*, 10, 1-15.

Autoras



M. Soledad Herrera

Profesora Instituto de Sociología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Gerontología Social, D.E.A. en Análisis de Datos y Doctora en Sociología Universidad Autónoma de Madrid.

Participó de la dirección técnica de la Primera Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez Universidad Católica-Caja de Compensación Los Andes 2007.



Rosita Kornfeld

Educadora de la Universidad Católica. Magíster en Gerontología Social de la Universidad Autónoma de Madrid. Directora Adjunta del Programa de Educación Continua de la Universidad Católica y Directora del Programa para el Adulto Mayor de la misma casa de estudios.

