

16

Vejez:
“entre la focalización y derechos sociales”

**CUADERNOS
DEL DOCTORADO**

Rector

Ignacio Mantilla Prada

Vicerrector Sede Bogotá

Diego Fernando Hernández Losada

Decano Facultad de Medicina

Raúl Esteban Sastre Cifuentes

Decano Facultad de Odontología

Manuel Roberto Sarmiento Limas

Decana Facultad de Enfermería

Renata Virginia González Consuegra

Decano Facultad de Ciencias

Jesús Sigifredo Valencia Ríos

Decano Facultad de Ciencias Humanas

Sergio Bolaños Cuéllar

Coordinadora del Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Martha Lucía Alzate Posada

Editora

Deisy Arrubla Sánchez

Diseño y armada electrónica

Gustavo Antonio Díaz Toro

Corrección de texto

César Cortés Rz

Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

Ciudad Universitaria Unidad Camilo Torres

Cra 50 No. 27- 70, módulo 2, oficina 501

PBX: 316 5000 extensiones 10908 - 10918. Fax 316 5683

www.doctoradosaludp.unal.edu.co

Correo electrónico: docisp_bog@unal.edu.co

Vejez: “entre la focalización y derechos sociales”

- JAVIER ESLAVA-SCHMALBACH
- MELBA LUCÍA RIAÑO
- DEISY ARRUBLA SÁNCHEZ
- MARTHA LUCÍA ALZATE POSADA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
INTERFACULTADES
FACULTAD DE CIENCIAS, FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS,
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA
Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Bogotá, D. C. abril de 2013

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

- © UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS, FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS,
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
- © Cuaderno del Doctorado No. 16
Vejez: “entre la focalización y derechos sociales”
- © *Martha Lucía Alzate Posada; Javier Eslava-Schmalbach
Deisy Arrubla Sánchez; Melba Lucia Riaño*

Editora

Deisy Arrubla Sánchez

Comité Editorial

*Martha Lucía Alzate Posada
Javier Eslava-Schmalbach
Deisy Arrubla Sánchez
Melba Lucía Riaño*

Primera edición

ISBN: 978-958

Las ideas y opiniones expresadas en el Cuaderno del Doctorado No.16 son responsabilidad de los autores. Esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente siempre y cuando se cite la fuente y sea utilizada con fines académicos y no lucrativos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Martha Lucía Alzate Posada..... 9

LA TERCERA EDAD: ¿EDAD DE TERCERA?

Javier Eslava-Schmalbach..... 17

FOCALIZACIÓN, MANEJO SOCIAL DEL RIESGO Y POLÍTICA PÚBLICA

Melba Lucía Riaño 41

UNA MIRADA A LA LEY 1251 DE 2008

Deisy Arrubla Sánchez 57

INTRODUCCIÓN

“Todos los seres humanos mueren, y en nuestro opulento mundo, muchos de ellos llegan a edad avanzada antes de morir. Los síntomas de la senectud varían de una persona a otra, casi tanto como su temperamento, su posición social, estilos de vida o las circunstancias de la muerte... aquellas que dan fin a la historia de cada uno y que es inevitable”.

Burnet, F. Macfarlane, 2002. En: *La entereza de vivir*.

Para el Programa Interfacultades del Doctorado en Salud Pública es una responsabilidad formativa y social presentar a la sociedad y a la comunidad académica este ejemplar de los Cuadernos del Doctorado en Salud Pública, producto de una serie de debates en este campo, que periódicamente, realizamos al poner en diálogo a distintos actores y sectores en una misma mesa para conversar y debatir acerca de temas de actualidad, que tienen trascendencia nacional e internacional y que se relacionan directamente con la vida y salud de las personas, como en este caso la Vejez: “entre la focalización y derechos sociales”.

La vejez y el envejecimiento son dos conceptos complementarios, multidimensionales, relacionados y complejos que, como procesos, determinan, más que un problema, una situación de salud pública central, actual y global, que, cada vez más, se torna en motivo de preocupación y atención en las distintas sociedades y culturas. Conceptos determinados por una variedad de factores de índole: biológico, social, cultural, histórico, psicológico, antropológico, económico, político, ambiental, ético y legal. Procesos que se manifiestan de distintas formas a través del tiempo, con variedad de respuestas personales, grupales y poblacionales, indistintamente de la edad, sexo, género, etnias e ideología para afrontarlas.

Pero vale la pena preguntarnos ¿qué subyace a estos conceptos y procesos? De un lado, posturas ontológicas, epistemológicas, teóricas y metodológicas para ser descritos, entendidos, comprendidos y explicados, y de otro lado, surgen asuntos ideológicos, socioculturales, políticos y económicos que direccionan una serie de acciones en pro de una mejor vejez y un envejecimiento más activo. Todo ello, para reconocerlos como una realidad social prioritaria, que cada vez más, se acentúa con distintos matices y magnitudes en los cinco continentes, en todas las regiones, países, ciudades y comunidades. Por consiguiente, reconocer dichas posturas y asuntos que subyacen a la vejez y al envejecimiento, implica ir tras estudios permanentes y sistemáticos desde las distintas disciplinas y profesiones para generar conocimientos que redireccionen acciones mucho más concretas para que todo ser humano que nace, se desarrolla y vive, logre llegar a una vejez saludable y feliz hasta el final de sus días y el proceso de envejecimiento sea mucho más vívido, valorado y positivo.

Si se parte de que las circunstancias de llegar a ser viejo (mayores de 60 años) y llegar a ser ancianos (mayores de 65 años) constituyen la última etapa del ciclo de vida de todo ser humano, que para unos es alcanzable o inalcanzable y para otros gerontofóbico (temor a la vejez), es una etapa que trae consigo una serie de cambios característicos del transcurrir por la vida, propios del desgaste fisiológico, psicológico, orgánico y celular de todo cuerpo, que hoy en día no son vistos como cambios naturales, sino como problemas del individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.

Más de 60 años que marcan el inicio de una vejez focalizada vista desde tres perspectivas: una económica laboral, centrada en el gasto, en una mala inversión, en un derecho no muy derecho a la jubilación y pensión, a la improductividad por el solo hecho de perder la capacidad adquisitiva de ingresos, bienes y servicios. Otra sociocultural, donde priman acciones y prácticas cotidianas paternalistas, discriminatorias, de exclusión y subvaloración de toda persona que ha superado vivir los 60 años. Y una tercera perspectiva, individual existencialista, donde cada persona que está envejeciendo percibe de diferente manera el hecho de llegar a ésta edad y cuidar de sí mismo: *¡Ya no sirvo para nada!*, *¡Soy un estorbo y como ya no produzco, soy una carga y muchos gastos!*, *¡Estoy llegando al final de mi vida, ya no necesito nada!*, *¡Es la enfermedad de mis días, por lo tanto solo espero a que Diosito decida cuándo partir!*

Perspectivas que se van anclando en el cotidiano de toda persona, de todo profesional ya sea del área de la salud, de las ciencias humanas, sociales, económicas y políticas, y que van generando estereotipos para tratarlas como un problema más, resultante de estos procesos en forma fragmentada y poco integral, que la mayoría de las veces, se torna irresoluble. No se aborda como una situación con

múltiples posibilidades para lograr una mejor calidad de vida y salud para toda persona. He aquí un gran desafío para la salud pública.

Igualmente, se han estudiado y presentado desde la literatura, la poesía e historia, desde las artes: el cine, la escultura y la pintura. La vejez ha sido asumida con estereotipos por las sociedades, las culturas, los niños, jóvenes y adultos, y dependiendo del tipo de estereotipo (gerontofobia o aerofobia, prejuicios) se actúa en consecuencia: admirando, queriendo, protegiendo, negando, ridiculizando o maltratando al viejo y anciano. Pablo Picasso, quien a sus 80 años pintaba, afirmó: “no nos hacemos viejos, nos hacemos más maduros” y Avicena sostuvo que “el arte de mantener la salud consiste en guiar el cuerpo hacia la duración natural de su vida: la vejez”.

Algunas de las múltiples variables y características que tipifican a una persona que ha superado los 60 años han sido motivo de indagación y reflexión, expedición de políticas públicas y normas; formulación de planes, programas, procesos de formación de profesionales y organización de servicios sociales, como los de salud, recreación, seguridad social y laboral (jubilación y régimen pensional cada vez más cuestionados y reducidos, no deseados pero sí impuestos) entre otros, que no han logrado dar respuestas en términos de universalidad, cobertura, oportunidad, integralidad y calidad, pero sobre todo, en términos del Derecho y de sus Derechos <de los viejos y ancianos>. Estas variables y características son vistas en negativo versus positivo. Algunos ejemplos de ellas son: enfermo-sano, dependencia-independencia, individual-social, poder-obediencia, abandono-sobrepotección, desintegración-integración, feo-lindo, pérdidas-ganancias, improductivo-productivo...

Sobre el tema que nos convoca este debate de salud pública, se puede afirmar que se ha estudiado mucho en las últimas décadas, pero todavía falta bastante camino por recorrer para conocer a profundidad y develar vacíos e interrogantes que no han sido en su totalidad respondidos, como por ejemplo: ¿Porqué envejecemos?, ¿Cómo y porqué se produce el envejecimiento?, ¿Cómo aprender a envejecer y a hacernos viejos felizmente?, ¿Cómo aprender a convivir con una persona vieja o anciana?, ¿Cuál es el sentido de la vejez y el envejecimiento?, ¿Qué hace que unas personas envejezcan y mueran más rápidamente?, ¿Cómo convivir mejor entre las diferentes generaciones?, ¿Porqué valorar y respetar a todo viejo y anciano?, ¿Cómo afrontarlos desde distintas dimensiones y perspectivas?, ¿Cuál debe ser el papel real del Estado y la sociedad en torno a la vejez y el envejecimiento? Son preguntas que inducen a redireccionar el *estatus quo* que merece toda persona mayor de edad, adulta mayor, de la edad dorada, vieja, anciana o abuelito a abuelita. Denominaciones propias de cada cultura o sociedad y que se traducen en formas de expresión y trato en su cotidianidad de vida y salud de manera distinta. Hoy en día ha de ser más incluyente, igualitaria y diferenciada la atención a todo mayor de 60 años según necesidades individuales y colectivas de cada persona que conforma este grupo poblacional específico, prioritario y especial.

Debatir el tema de la vejez y el envejecimiento nos lleva a pensar en la persona vieja o anciana, en su contexto, como algo inevitable, que nos puede llegar, que nos alcanza y que nos tocará vivir, que deberemos vivir, pero también, a reconocer que ha sido un tema desconocido, velado y tergiversado que hay que superar. Un fenómeno demográfico y social que para los distintos campos del saber y la praxis nos alerta que está aquí, que sus acelerados cambios individuales y poblacionales, estructurales y funcionales, biológicos y

sociales, así como también, sus percepciones e imaginarios individuales y colectivos que se están sucediendo, invitan a anticiparnos para actuar de una manera más razonable y sensible ante el hecho de volvemos viejitas y viejitos.

El Estado, la sociedad, salud pública y todo individuo tienen deberes, pero también obligaciones impostergables si se quiere contar con una población de viejos y ancianos felices, saludables y activos. Dentro de estas obligaciones se imponen las siguientes pautas:

- Todo individuo debe ser partícipe del cuidado y protección de sí mismo y de los otros, a través de comportamientos y hábitos de vida saludables aprendidos desde que nace.
- La sociedad tiene una corresponsabilidad orientada a la protección de toda persona mayor de 60 años, a ser garante de condiciones óptimas y seguras para toda la población vieja y anciana en particular y para toda la población en general, con el fin de lograr mejores desarrollos individuales, colectivos y sociales.
- Al Estado le corresponde, entre muchas otras responsabilidades, velar por la protección de este grupo poblacional en forma integral, mediante la expedición de políticas públicas focalizadas y formuladas a partir de lo que viven, sienten y piensan los viejos y ancianos. Este grupo, cada vez más numeroso, debe constituirse en punto central en toda agenda de gobierno para su atención de acuerdo con las variaciones y contexto donde se dinamiza la vejez y el envejecimiento.
- En el campo de la salud pública es perentorio dentro de sus obligaciones fortalecer los procesos investigativos para la generación y validación de conocimientos en este tema y que sus resultados orienten mejor la toma de decisiones.

Permitan fortalecer los procesos formativos del recurso humano en salud para que sean altamente cualificados con capacidad resolutoria desde lo político, la organización y prestación de servicios sociales y sanitarios, ya sea en institucionales gubernamentales, no gubernamentales, en el domicilio u hogar, así como también, poder realizar un trabajo articulado entre los distintos sectores y actores, incluyendo a los cuidadores formales e informales.

Un buen proceso de vejez y envejecimiento se reconoce como desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida, modos de vida y estilos de vida de las personas, familias, comunidad y sociedades. Tal reconocimiento está mediado no solo en términos de disminución de tasas de mortalidad, natalidad y fecundidad, incremento en la esperanza de vida al nacer e índices de migraciones, sino también en el grado de participación, de relaciones y satisfacción de toda persona mayor de 60 años.

“Desarrollarse es envejecer”, todos tenemos la posibilidad e importancia de ir tras la búsqueda de la Euseria o “envejecer bien”, tal y o como lo plantea Mario Castañeda en su obra *Envejecimiento: la última aventura* (México, 1994)

Muchas gracias.

LA TERCERA EDAD: ¿EDAD DE TERCERA?

Sobre el desarrollo y transcurso de una enfermedad tiene influencia el concepto de “salud” que posee cada uno y el que es propio de la comunidad, así como la aceptación o no de la ineluctabilidad del evento morboso

Mario Timio (1: 28)

Javier Eslava-Schmalbach¹

Introducción

Quienes en el futuro conformemos el grupo de personas de la tercera edad, o población de adultos mayores, nos veremos obligados, bajo el actual modelo de economía de mercado y de rentabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a continuar productivos, ya que, cada vez más, este grupo de la población incrementa la “carga²” tanto para el sistema pensional como para el sistema de salud, por el aumento en la expectativa de vida, y por ser poseedores de muchas de las enfermedades de alto costo. Por su parte, al Estado le quedan dos opciones: se prepara para ello, o permite el detrimento progresivo de sus condiciones de vida, calidad de vida y muerte prematura, al

1 Médico Anestesiólogo, Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

2 Esta referencia no se hace desde la perspectiva del autor, sino desde el punto de vista de los actores del SGSSS que buscan la rentabilidad financiera.

no implementar estrategias que favorezcan el acceso oportuno a programas especiales para la tercera edad, incluidos los de promoción y atención en salud.

El envejecimiento se ha visto como un momento en la vida de los individuos en el que es natural ser frágil y enfermo. Sin embargo, así como es frecuente encontrar tantos sujetos mayores de 65 años con una serie de enfermedades que afecta de manera significativa su calidad de vida, es también frecuente encontrarlos en pleno gozo de su estado de salud. A este estereotipo del anciano se suma una serie de factores que aumentan su condición de mayor fragilidad con respecto al resto de sujetos de la sociedad, y que se resume, en la práctica, en la exclusión social de programas de capacitación, trabajo, crédito, participación ciudadana, y de promoción y atención de la salud (2: 24,3: 26,4:37, 5:3)³

Este ensayo pretende resaltar la fragilidad de los individuos del grupo de adultos mayores, para insertarse de manera favorable en el modelo de aseguramiento. No hay certeza de que realmente puedan ser incluidos en el sistema de salud, cuando de por medio se encuentra la selección adversa, como temor fundamental de las aseguradoras. No hay certeza de que estén favorecidos con el esquema de pensiones, dado que para cualquiera de los pilares que se proponen (uno público de reparto, uno privado de aportes individuales, y uno de ahorro voluntario) (6, 7: 169-275) se busca aumentar la edad de jubilación legal y disminuir el valor y número de mesadas, llevando a una pérdida de su seguridad económica, con una disminución franca de su poder adquisitivo y de su nivel y calidad de vida previo. Esto en el caso de quienes han aportado para pensión. Y en el caso de quienes no, ¿cuál será su destino: ser una carga para sus familias, ser productivos por encima de su expectativa de

3 Las referencias se presentan con el número de página del texto original.

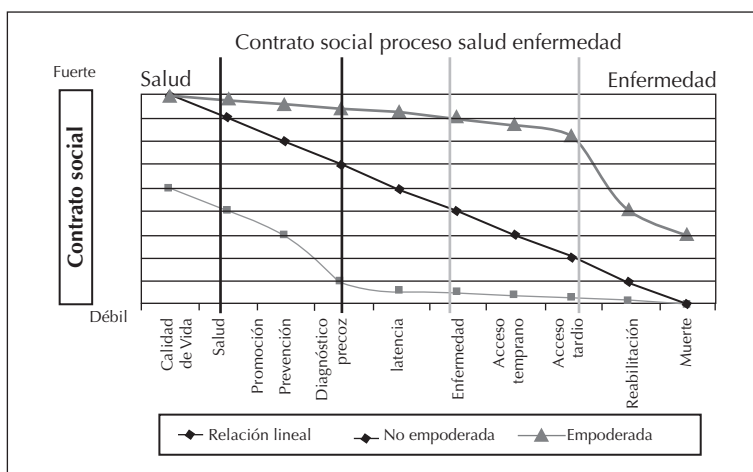
vida sana, acogerse al Fondo de Solidaridad Pensional (FSP), o pasar al grupo de población en indigencia? En otras palabras, ¿qué sentido tiene que las intervenciones de la salud, y las ciencias posibiliten una mayor expectativa de vida de las personas, si esos años no se van a vivir con calidad, dignidad y saludables?

Justificación

En general, podría decirse que la relación salud enfermedad se entiende como un proceso social y cultural imbuida en un contexto histórico (8: 8 9: 251). Bajo esa perspectiva, la Salud Pública se articula con el devenir del momento tanto de los procesos sociales y culturales, por un lado, como de los científicos y tecnológicos por el otro (10).

La tercera edad es una época en la que se espera que las personas puedan disfrutar las mieles de haber trabajado duro durante toda la vida. Son varias las denominaciones para referirse a este grupo poblacional: viejo, adulto mayor, en edad avanzada. El diccionario de la Real Academia de la Lengua define a la tercera edad como un sinónimo de ancianidad, o último periodo de la vida (11). Por su parte la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas definen al adulto mayor o viejo, luego de los 60 años de edad (12: 82, 4: 25) y al anciano, a los mayores de 65 años (12: 25). Sin embargo, es claro considerar que la definición de viejo obedece además, a una serie de aspectos fisiológicos, sociales y culturales (4: 25).

FIGURA 1.
Contrato social y frontera salud enfermedad



Fuente: autor

De otra parte, a través del contrato social que las personas celebran con el Estado, le exigen a éste un determinado nivel de respuesta ante problemáticas que para su sistema de creencias y valores son prioritarias. Sin embargo, comunidades no empoderadas mantienen contratos sociales débiles en los que el nivel de exigencia es bajo. En la figura 1 se aprecia cómo la priorización de la calidad de vida y la salud sobre la enfermedad, así como también del abordaje temprano de la atención en salud, será más alto en situaciones de contratos sociales fuertes. Por el contrario, la perspectiva y nivel de exigencia en calidad de vida, salud y atención en enfermedad, será menor, en comunidades no empoderadas con contratos sociales débiles. Así mismo, la frontera percibida por los sujetos entre la salud y la enfermedad, estará sesgada hacia la salud en comunidades con contratos fuertes, y hacia la enfermedad, en comunidades con contratos sociales débiles.

Desde este punto de vista, en Colombia se ha hecho más importante vivir el presente que llegar al futuro, por las condi-

ciones de violencia extrema y marcada mortalidad asociada a ella. Esto ha disminuido la relevancia de lo que significa la vida para la población general, y por lo mismo, ha disminuido el valor que da la población a las problemáticas que afectan la salud y la calidad de vida, por un lado, o que aumentan la enfermedad y la mortalidad asociada a ella, por el otro.

Sólo reconociendo la presencia de la tercera edad, con una mayor carga de enfermedad potencial en una sociedad que envejece, se posibilita la adopción de medidas desde el Estado que canalizadas a través de la comunidad, permitan disminuir dicha carga de enfermedad, y se faculte el gozo de una vida con calidad, dignidad y salud, que merezca ser vivida. En el mundo se promueven intervenciones sobre factores de riesgo que podrían prolongar la expectativa de vida sana de las poblaciones, y las comunidades empoderadas deberían exigir la instauración de dichas y otras intervenciones en aras de favorecer una vida con calidad y sana al segmento de adultos mayores y ancianos (13,14,15). La salud pública inmersa en el contexto socio-histórico actual debe apresurarse a reflexionar sobre esta problemática y sus probables soluciones. (APS_CIUDADES SALUDABLES

Desarrollo del tema

La transición demográfica y epidemiológica

La transición epidemiológica da cuenta del viraje de la carga de enfermedad de un país, desde las enfermedades transmisibles hacia las enfermedades crónicas⁴ y degenerativas

4 Las enfermedades crónicas se conciben como enfermedades progresivas, degenerativas e incurables, de larga duración, que afectan a los individuos más viejos en las poblaciones y que no son transmisibles. Sin embargo esta concepción es errada por la prevalencia que se advierte hoy en día en poblaciones más jóvenes, y que además se han asociado a la interacción con virus, como el Cáncer de Cervix y el Cáncer Gástrico, relacionados con el Virus del Papiloma Humano y el *Helicobacter pylori*, respectivamente.

(16, 17), poniendo de presente de manera implícita y no necesariamente cierta, una evolución discreta hacia “el desarrollo”, en el sentido de que las condiciones locales han permitido restringir la carga de enfermedad por las enfermedades transmisibles, y al aumentar la expectativa de vida de la población, favorecer el desarrollo de las enfermedades crónicas, propia de este grupo poblacional particular.

Aunque los avances de la ciencia y la tecnología del último siglo han permitido aumentar de manera significativa la expectativa de vida de las personas en el mundo y con ello la posibilidad de carga de enfermedad relacionada con enfermedades crónicas, no son ellas símbolo de progreso. El aumento en la morbi-mortalidad relacionada con las enfermedades crónicas se aprecia como un sinónimo de la pobreza en la medida que refleja poblaciones con una vida permanente en situación de inequidad, con pobres estrategias de educación, comunicación, participación y concertación –como actividades principales de la promoción (18)– que ayuden a minimizar el impacto de las mismas (19). Colombia se inserta dentro del escenario mundial, como lo revelan las proyecciones hechas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para los años venideros (Tabla 1), en las que se muestra la llamada transición demográfica. Además se aprecia (16):

- a) la duplicación de la población de 1950 a 1975. Se espera que para el 2011 se produzca una nueva duplicación, y que para el 2050, el tamaño de la población colombiana sea 5.7 veces mayor que el de 1950 (7).

El modelo de envejecimiento es diferencial entre países en desarrollo y países desarrollados. De tal manera que los países en desarrollo envejecen mucho más rápido de lo que lo hicieron los países desarrollados. Por ejemplo, en Bélgica se necesitaron más de 100 años para pasar de 9 a 18 por ciento, el porcentaje de sujetos mayores de 60 años; en China la

duplicación de los mayores de 60 años tomará 34 años y en Venezuela 22 años.

TABLA 1.
Colombia. Evolución de la población y de los indicadores de fecundidad y mortalidad entre 1950 y el año 2050

Años	Población ambos sexos	Periodos quinquenales	Tasas Globales TGF	Esperanza de Vida	Mortalidad Infantil
1950	12'568.428	1950-1955	6.76	50.62	123.2
1975	25'380.952	1975-1980	4.34	61.72	73.0
2000	42'321.386	2000-2005	2.62	72.17	25.6
2025	59'757.925	2025-2030	2.15	76.34	13.8
2050	71'549.568	2045-2050	2.10	79.17	11.1
Cambios relativos en la población y en los indicadores de fecundidad y mortalidad 1950-2050					
	1950=1			1950-1955=1	
1950	1.00	1950-1955	1.00	1.00	1.00
1975	2.02	1975-1980	0.64	1.22	0.59
2000	3.37	2000-2005	0.39	1.43	0.21
2025	4.75	2025-2030	0.32	1.51	0.11
2050	5.69	2045-2050	0.31	1.56	0.09
Fuente: Cuadro A.1, A.2 y A.3, DANE, Transición demográfica, cambios sociales y envejecimiento. Bogotá, 1999. Tomado de Pardo R, et al, 2001.					

- b) la reducción de la fecundidad, que significó casi 4 hijos menos por mujer entre 1950 y 2000;
- c) una ganancia en la esperanza de vida al nacer de 11 años entre 1950 y 1975 y un total de 30 años entre mediados del siglo XX y mediados del siglo XXI;
- d) y una disminución en la mortalidad infantil hasta el 10 por ciento de aquella registrada a mediados del siglo XX.

De otra parte se menciona el impacto que tiene la mortalidad relacionada con eventos crónicos, figurando entre las diez primeras causas de mortalidad la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebro-vascular, y las anomalías congénitas, que para 1990 representaban el 10.6 por ciento del total de años de vida saludable (AVISAS) perdidos por la población (20).

Con respecto a las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas (ENFREC), realizada entre julio y diciembre de 1998, encontró una prevalencia de:

- tabaquismo en la muestra encuestada del 18.9 por ciento, siendo mayor para los hombres que para las mujeres (26.8% y 11.3% respectivamente) (21: 33);
- 12.3 por ciento de hipertensión arterial, siendo mayor para las mujeres que para los hombres (13% vs. 11.5%, respectivamente) (22: 81);
- 5 por ciento de sobrepeso, siendo también mayor para las mujeres (6.4% vs. 4.6% para hombres) (22: 84-85);
- 8.3 por ciento de colesterol alto, siendo superior a este valor en las mujeres, los encuestados en la zona urbana, los afiliados a los regímenes contributivo y especiales, los que tienen escolaridad de primaria incompleta, los que fuman o han fumado, los que no practican ejercicio y los que tienen niveles de glicemia alto, en ayunas (22: 100-108);
- 2 por ciento para diabetes mellitus y de 4.3 por ciento para glicemia alterada en ayunas (GAA), siendo superior la prevalencia de diabetes en las mujeres, en los individuos mayores de 40 años, en los de menor escolaridad y en los afiliados a otros regímenes o no afiliados (23:16);

- y de 52.7 por ciento de total inactividad física⁵, y de una actividad física regular de tres veces por semana (por lo menos 20 minutos), en un 21.2 por ciento de la población, siendo mayor en hombres que en mujeres (27.8% vs. 14.6%) (22: 90-91).

Estos factores, muestran un punto de alarma, sobre el potencial desarrollo de enfermedades crónicas en Colombia, para los años venideros.

La llegada del neoliberalismo y sus implicaciones en el SGSSS.

Paralelamente, con el fenómeno de transición demográfica y epidemiológica presentada en el contexto socio histórico actual de la salud pública, se adicionó la implementación de unas políticas de ajuste estructural, en los países en desarrollo de América Latina (24: 4).

Esto trajo consigo, por un lado, la eliminación del modelo de Estado de Bienestar hacia la década de los ochenta, y la implementación de un modelo de libre mercado que se incluiría aún para la prestación de los servicios públicos, con lo que se facilitarían la disminución del tamaño de los Estados, por las condiciones extremas de ajuste fiscal (25). Con esto llegó la Ley 100 de 1993, que introdujo profundas reformas en pensiones, salud y riesgos profesionales, en el llamado SGSSS. De tal manera que el momento actual muestra una mayor expectativa de vida que hace 20 o 30 años para disfrutar de la pensión, y a la par, esa mayor longevidad facultó el desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas, y una mayor supervivencia con ellas, gracias al avance científico- tecnológico, a un alto costo para el SGSSS. Es por ello que el acceso y la permanencia en el SGSSS de los adultos mayores no es deseable para las entidades promotoras de

5 Definida en el estudio como actividad, cualquiera con una duración de 20 minutos que los haga sudar y respirar fuerte.

salud (EPS), por lo que al interior del sistema se ha dado una selección adversa (26), que favorece más la entrada de individuos jóvenes que de adultos mayores.

Se observa entonces que existe:

- a. una transición demográfica y epidemiológica que apunta la hacia un segmento de población más grande de adultos mayores
- b. un régimen pensional y de aseguramiento para el cual no es rentable tener adultos mayores con mayor expectativa de vida y potencialmente enfermos
- c. y una carencia de programas para preparar al grupo de adultos mayores a una expectativa de vida sana mayor, y en condiciones adecuadas de calidad de vida.

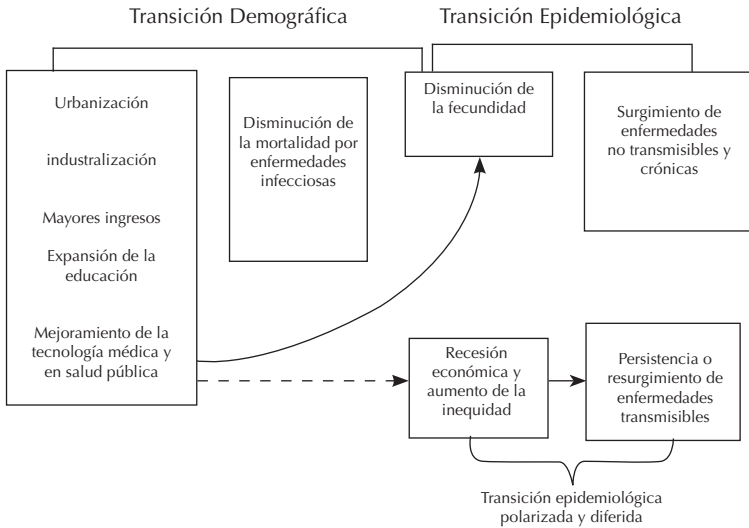
Análisis

El cambio de carga de la enfermedad en una época en que se da el fenómeno de la transición de la salud, impone nuevos retos al sistema, para adaptarse a los futuros escenarios de promoción, prevención y atención. Sin embargo, la crisis económica y el aumento de la inequidad, por los que ha atravesado Colombia, hacen que caiga en un punto de transición epidemiológica polarizada y diferida, aunado al resurgimiento de enfermedades transmisibles (Figura 2).

La inequidad de condiciones de vida

Es evidente que en situación de aumento de la inequidad es difícil establecer, en igualdad de condiciones, el acceso de la población a las fuentes de información, y educación, y por lo mismo a actividades de concertación y participación, con las que sea más fácil llevar a cabo los programas de atención primaria en salud que faciliten la prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas que lleven a

FIGURA 2.
Transición de la salud



Adaptado de Mosley WH, Bobadilla JL, Jamison DT. En: Disease control priorities in Developing Countries (27). Citado por Minsalud-Colombia, 1994 (20).

una vejez sana. Adicionalmente, y a partir de los resultados de la ENFREC, presentados atrás, es evidente además una inequidad de género, en la prevalencia de entidades como la obesidad, la hipertensión y la diabetes, agravado por el hecho que son las mujeres las que menos actividad física realizan. De tal forma que de seguir esta tendencia, podría esperarse para los próximos años, una carga de enfermedad aumentada en las mujeres mayores, asociada a la prevalencia de enfermedades crónicas. Adicionalmente, y también según lo apreciado en la misma encuesta, la prevalencia de estos factores de riesgo fue menor en la medida que había mayor escolaridad (22: 82,96, 23: 16,38), con lo que podría esperarse que los sujetos con menor escolaridad tengan mayor carga de enfermedad asociada a enfermedades crónicas, probablemente relacionado con la falta de acceso a los programas de promoción, a la información sobre factores de

riesgo, a facilidades para la realización de actividades físicas y a dietas balanceadas. Podría decirse que para estas personas ha existido una *inequidad de condiciones de vida*, en las que de manera sistemática se les ha limitado la posibilidad de acceso a los servicios de salud, de educación, de información, de participación, etc., y que crecen y envejecen sometiéndose a una serie de riesgos que los condicionan a no tener una vejez sana.

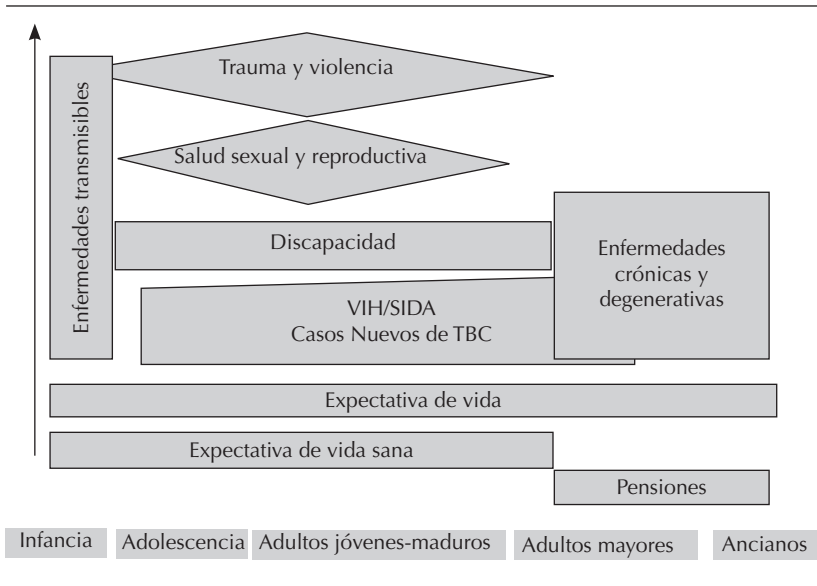
En una población de este tipo, la carga para el SGSSS y específicamente para el régimen subsidiado será importante desde el punto de vista financiero y de seguir las cosas así, habrá que esperar un aumento del gasto público en salud, para ese momento.

La carga de enfermedad es diferencial, dependiendo de la etapa del ciclo vital de los individuos (Figura 3). La carga relacionada con enfermedades crónicas y degenerativas, del segmento de los adultos mayores y ancianos es menor en frecuencia con respecto a las enfermedades transmisibles, pero su duración en el tiempo es mayor y por lo mismo, tiene alto impacto en costos para el SGSSS.

Existe una gran proporción de población que no se encuentra afiliada (28) y su gasto en salud es asumido hoy en día por el gasto público, en la modalidad de vinculados (Figura 4). Tales individuos actualmente no aportan para salud, ni para pensión, lo que implica, que de seguir las cosas así, llegarán a viejos en la modalidad de vinculados. En dicho momento, o harán parte de los adultos mayores que tendrán que trabajar, aun cuando no estén en condiciones para hacerlo o se acogerán al FSP, o de otro modo, engrosarán en forma significativa, la lista de población en indigencia del momento, en caso de que sean viejos *expósitos*⁶.

6 Se toma el término del original “niños *expositos*” que hace referencia a aquellos niños sin padre, madre ni familia (29).

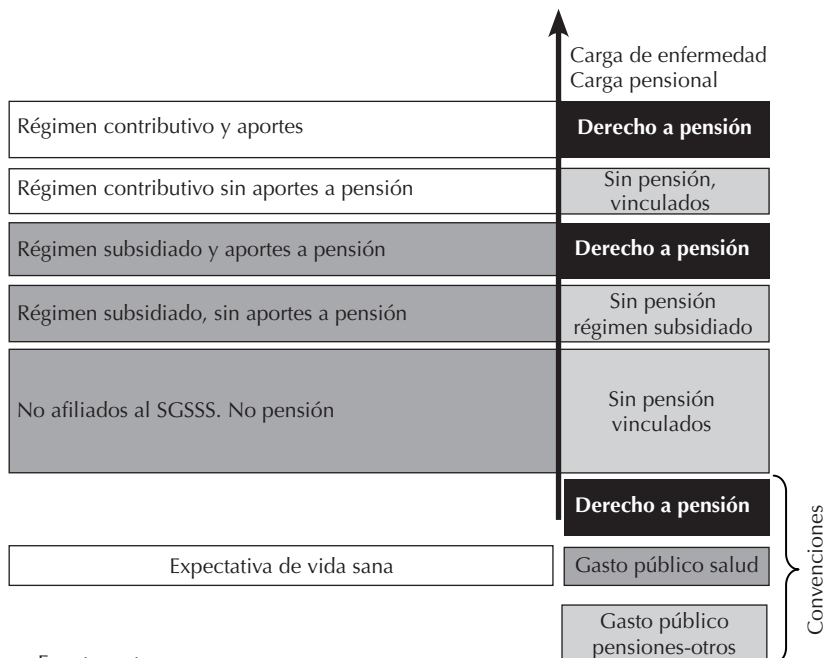
FIGURA 3.
El diagrama de la enfermedad y las pensiones
en el esquema del SGSSS



Fuente. Autor

Los afiliados al régimen subsidiado de hoy en día, que no aportan para pensión, de no ser acogidos por el FSP, también deberán seguir siendo productivos más allá de su expectativa de vida sana, para no caer en situación de indigencia. Los costos de la atención de su salud, seguirán siendo asumidos en su totalidad por parte del gasto público en salud, con los consecuentes incrementos esperados por el aumento de la carga de enfermedad relacionada con las enfermedades crónicas prevalentes en ese momento.

FIGURA 4.
Tipos de aseguramiento en el SGSSS, y la carga de enfermedad y pensional esperada



Fuente: autor

Finalmente, los que aportan en el régimen contributivo y adicionalmente a pensión, adquirirán el derecho a pensión en su debido momento, ojalá antes que finalice la expectativa de vida sana. La expectativa de vida sana en Colombia (13) está cercana a la edad de pensión. Sin embargo, existen proyectos de ley (30) que pretenden aumentar la edad de pensión, sin que exista evidencia de que se va a dar un aumento en la expectativa de vida sana, para ese momento⁷.

⁷ La expectativa de vida sana para el caso colombiano debe haber cambiado con respecto a la información proyectada, en los últimos años, considerando el marcado aumento de los AVISAS perdidos por la mortalidad por violencia, en el grupo poblacional en edad fértil, como consecuencia del conflicto armado interno.

De tal manera, que según dichos proyectos, la gente deberá trabajar, aunque no esté sana, para tener derecho a la pensión, y el tiempo de “disfrute” de su pensión va a ser menor. Adicionalmente, en aras de obtener un equilibrio actuarial, el valor de la pensión será en todo caso una proporción del ingreso base de liquidación. Llegar a la tercera edad debería significar un cambio para mejorar en el nivel de vida, y no un paso final del ciclo de vida productivo, con una disminución en la capacidad adquisitiva, en la calidad de vida y de la satisfacción personal. Una reflexión más profunda deberá hacerse sobre el tipo de régimen pensional más conveniente, tanto para que haya equilibrio en el sistema, como para que pueda garantizarse la seguridad económica y adecuadas condiciones de vida y de calidad de vida de los adultos mayores.

Estrategias probables de solución

En el Reporte de Desarrollo Humano de 2001 (31: 12) las Naciones Unidas articula los avances tecnológicos en la construcción de capacidades humanas, dentro de las cuales están incluidas la expectativa de vida sana, la adquisición de conocimiento y ser creativo, el disfrutar un estándar de vida decente y participar en la vida política, económica y social de una comunidad. Con esos elementos adquiridos dentro de las capacidades de una comunidad, es indudable que la tercera edad tendría un nivel de vida con calidad y dignidad (Figura 5). Adicionalmente, la resolución de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas, propone una serie de políticas y acciones a implementar, para mejorar las condiciones de vida del adulto mayor (15).

Aunque es obvio que existen temas relevantes para la Salud Pública como la violencia, la re-emergencia de enfermedades transmisibles, el VIH/SIDA, entre otros, que de no considerarse afectarán de manera significativa la expectativa de vida, ella tiene además el reto de adelantarse al impacto que

se va a dar en carga de enfermedad, calidad de vida y gasto público en los años venideros, con el aumento esperado de la población de adultos mayores y ancianos. Existen varios frentes que se podrían abordar desde la Salud Pública, con una perspectiva multisectorial, luego de revisar las diferentes propuestas⁸:

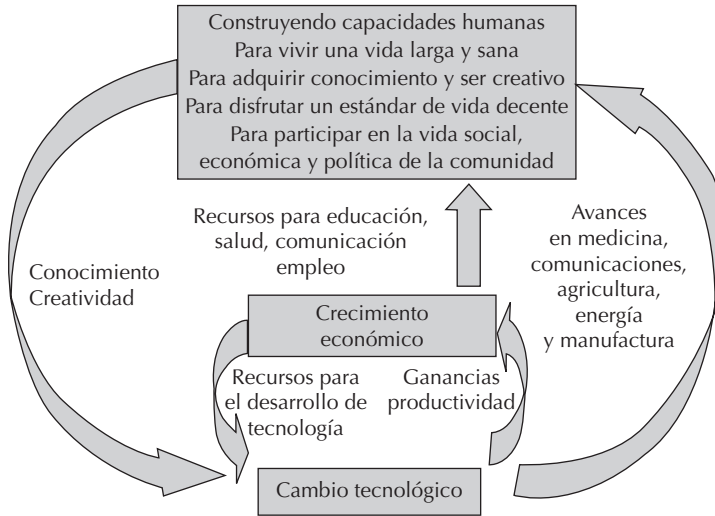
En este sentido no se aparta del planteamiento desde la Medicina Social, hecho por Laurel en política social, con cuatro puntos básicos: uno, basado en el concepto de los derechos sociales, el segundo, a partir de programas masivos que lleguen a la población, el tercero, llevando a una progresiva redistribución del ingreso, y el cuarto con la sectorización de los municipios para facilitar la adopción de estrategias colectivas, más que individuales (31).

1. Educación de calidad para los futuros adultos mayores.

La escolaridad tiene un efecto protector para la presentación de las enfermedades crónicas, probablemente relacionado con la presencia de una serie de determinantes que se relacionan con la facilidad de alcanzar cierto nivel de educación y con las condiciones de inequidad de vida que se describieron atrás. Adicionalmente, el llegar a la edad de adulto mayor sin una adecuada capacitación, restringirá la posibilidad de seguir aportando para la sociedad a nivel intelectual, cuando las habilidades para labores físicas empiezan su detrimento. La capacitación en actividades que les permita a los adultos mayores, seguir sintiéndose útiles para

8 En este sentido no se aparta del planteamiento desde la Medicina Social, hecho por Laurel en política social, con cuatro puntos básicos: uno, basado en el concepto de los derechos sociales, el segundo, a partir de programas masivos que lleguen a la población, el tercero, llevando a una progresiva redistribución del ingreso, y el cuarto con la sectorización de los municipios para facilitar la adopción de estrategias colectivas, más que individuales (32).

FIGURA 5.
Relaciones entre tecnología y desarrollo humano



Adaptado de Human Development Report, 2001(32: 43).

la sociedad, en actividades dignas para este segmento poblacional, mejorará la calidad de vida, sobre todo de aquellos que requieren sentirse ocupados.

2. Nuevos empleos para atención de población de adultos mayores y discapacitados

El empleo se presenta como una opción hacia la mejoría de las capacidades. El empleo real genera mayores aportes al SGSSS tanto para el régimen de salud como para el de pensiones. España estudió una propuesta para atender al segmento de población de mayores y discapacitados, con la generación de medio millón de nuevos empleos para ello, y la distribución de fondos de destinación específica para tal fin (33). Además se propuso la distribución de recursos para salud, educación y comunicación como rutas para fortalecer

dichas capacidades, y a partir de allí, la creación de programas de reinserción laboral para el adulto mayor, dependiendo de sus habilidades y disposición (15).

3. Programas especiales para la tercera edad

La generación de actividades especiales para la tercera edad, de índole cultural, recreativo, de promoción/prevención y de atención primaria en salud, entre los cuales se incluyen actividades de acondicionamiento físico, que tengan amplia cobertura, harán que este segmento poblacional tenga un mejoramiento en sus condiciones de calidad de vida. En este punto es clave la participación de sectores como aseguradoras privadas y públicas, alcaldías locales, recreación y cultura, educación.

4. Empoderamiento de la comunidad

La Salud Pública tiene el reto de fortalecer el valor razonable de los derechos económicos, culturales y sociales (DECS) en la comunidad, como paso previo al empoderamiento de la población para el alcance y logro de sus derechos. Este concepto que propuso Commoms, incluye el precepto de que unas sociedades avanzan más lentamente que otras en el reconocimiento efectivo de sus DECS (34). El empoderamiento busca acelerar el proceso de dicho reconocimiento, en lo que respecta al bien-estar de la población de la tercera edad, y la generación de redes de apoyo social que faciliten las actividades desde y hacia dicho segmento poblacional (2, 35).

Nótese la diferencia en la concepción de bien-estar y bienestar, entendido el primero como bien-estar en sentido amplio y que en inglés se ha usado como "*well being*", y el segundo como bienestar en sentido restringido, y que hace parte de las concepciones utilitaristas de bienestar como satisfacción de las necesidades o placer, y que en inglés se ha usado como "*welfare*".

5. Seguridad económica para el adulto mayor.

Se requiere que el Estado implemente desde ya políticas que garanticen la seguridad económica de los adultos mayores y ancianos, actuales y futuros. Esto requiere la provisión de fondos a largo término, y el ajuste de una reforma pensional que tenga como centro de discusión, las condiciones de vida en dignidad, calidad y salud, de la tercera edad (15).

6. Disminuir o eliminar las condiciones de inequidad de vida de la población.

El Estado debe propender por aminorar las condiciones de inequidad de vida de la población, dado que ellas favorecen el empeoramiento de la calidad de vida del futuro adulto mayor. Adicionalmente, debe incluir en la temática de la equidad, la “inequidad por ciclo vital”. Esta hace referencia al hecho de que los sujetos adultos mayores tienen menos posibilidades de acceso a puestos de trabajo, a cupos en la educación formal y no formal, a créditos y a afiliación y atención en los servicios de salud.

La discriminación basada en la edad fue denunciada por la Organización Internacional del Trabajo en su informe “La hora de la igualdad en el trabajo”, 2003 (36). Textualmente dice: “La exclusión del trabajo puede ser consecuencia de una discriminación flagrante, como la que consiste en fijar límites de edad para la contratación; pero también puede adquirir formas más sutiles, como el imputar al aspirante una falta presunta de potencial para progresar profesionalmente o bien demasiada experiencia. Otras formas de discriminación incluyen un limitado acceso a la formación profesional y condiciones que prácticamente obligan a los trabajadores a jubilarse en forma anticipada. La discriminación basada en la edad no se limita a los trabajadores cercanos al retiro”.

Sólo una sociedad en la que se use la “Simpatía”, como la propone Adam Smith (37), entenderá desde los “zapatos del otro”, la reflexión alrededor de la tercera edad, como una idea relevante en los tópicos de la equidad, el gasto público y la salud pública en los años venideros. Sólo planificando para construir mejores sociedades se podrá tener mejores sociedades, y las mejores sociedades son aquellas en las que sus asociados, todos y no solo unos pocos, son felices viviendo en ellas.

Una sociedad que incluya múltiples estrategias generales de innovación tecnológica, atención primaria, educación, desarrollo urbano incluyente y de afectación de los determinantes sociales con enfoque de equidad, y estrategias específicas para el adulto mayor, podría estar dando pasos hacia un estado saludable que busca que todos y cada uno de sus individuos tenga una vida sana, larga y feliz. Varios programas en el mundo conducen a este propósito: El proyecto Maimónides, en Luxemburgo, la estrategia del País Vasco para el manejo de enfermedades crónicas, la Plataforma de Bienestar Conectado de Canadá, y el Plan del Final de Vida, Buena Vida y Buena Muerte de Escocia³⁸, son ejemplos de voluntades armónicas alrededor de comunidades saludables con larga vida y feliz. Nosotros también deberíamos pensar en hacerlo.

REFERENCIAS

1. Timio M. Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial. México: Editorial Nueva Imagen, (1976) 1980.
2. Guzmán J HS, Montes de Oca V. Marco teórico conceptual sobre redes de apoyo social de las personas mayores. In: CEPAL-CELADE, editor. Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2003:126.
3. WHO, Regional Office for the Western Pacific. Ageing and Health. A Health promotion approach for developing countries. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific, 2003.
4. Huenchuan Navarro S. Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2004.
5. Cuentas S. Propuestas e iniciativas para la seguridad económica de los adultos mayores en América Latina y el Caribe. En el marco del Foro de ONG y la Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento. Madrid, 2002.
6. Uthoff A. Mercados de trabajo y sistemas de pensiones. Revista de la Cepal 2002;78:39-53.
7. Banco-Mundial. Envejecimiento sin crisis. Washington: World Bank, 1994.
8. Almeida F N. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999(75):5-30.
9. Quevedo E. La cultura desde la medicina social. In: Pinzón C, Suárez R, Garay G (Ed.) Cultura y salud en la construcción de las Américas. Bogotá, D.C.: Instituto Colombiano de Antropología, 1993:231-254.
10. Franco S. El genoma humano y su impacto en la Salud Pública. In: Franco S, editor. La Salud Pública hoy. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, 2003:117-130.
11. Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. 22 ed. Madrid: Real Academia Española de la Lengua, 2001 (revisada en marzo de 2003).
12. OPS. La Salud en las Américas. Washington: OPS/OMS, 1998.
13. Mathers C, Sadana R, Salomon J, Murray C, López A. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. World Health Report 2000. The Lancet 2001;357(May):1685-91.
14. Ezzati M, Vander Hoorn S, Rodgers A, López A, Mathers C, Murray C. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. The Lancet 2003;362(July):271-280.

15. Seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Resolución aprobada por la Asamblea General.; 25 de mayo de 2000; Madrid. Naciones Unidas.
16. Pardo R, Piñeros M, Eslava J, Hernández J. Lineamientos para la política de enfermedades crónicas no transmisibles. Bogotá: 2001.
17. Omran A. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1971; 49(4):509-538.
18. Franco S, Ochoa D, Hernández M. La promoción de la salud y la Seguridad Social. Bogotá, D.C.: Corporación Salud y Desarrollo, 1997.
19. Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, De Taborda M, Granados R, Pastor D. Equidad y reforma en salud en Colombia. *Rev. Salud Pública (Bogotá)* 2000; 3(3):217.
20. Minsalud-Colombia. La carga de la enfermedad en Colombia. Bogotá: Editorial Carrera Séptima, 1994.
21. Minsalud-Colombia. III Estudio Nacional de Salud Bucal y II Estudio de Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas, Tomo II, Tabaquismo. Bogotá: Ministerio de Salud, 1999.
22. Minsalud-Colombia. III Estudio Nacional de Salud Bucal y II Estudio de Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas, Tomo III, Perfil lipídico y conocimientos, actitudes y prácticas en hipertensión, ejercicio, hiperlipidemia y peso corporal. Bogotá: Ministerio de Salud, Colombia, 1999.
23. Minsalud. C. III Estudio Nacional de Salud Bucal y II Estudio de Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas, Tomo V, Prevalencia de Diabetes Mellitus y de Glucosa Alterada en Ayunas. Bogotá: Ministerio de Salud, Colombia, 1999.
24. Labonte R. Dying for trade: Why globalization can be bad for our health. Toronto: The CSJ Foundation for Research and Education, 2003.
25. Godue C, editor. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. Relaciones internacionales, política social y salud: Desafíos en la era de la globalización; Sept. 1997; Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.
26. Vásquez J. Observación académica: Hipótesis sobre la selección adversa en Colombia. Observatorio de la seguridad social. Grupo de Economía de la Salud. Universidad de Antioquía 2003; 3(7):11.
27. Mosley H, Bobadilla J, Jamison D. The health transition: implications for health policy in developing countries. In: Jamison D, Mosley H., Measham A, Bobadilla J (Ed.). *Disease control priorities in Developing Countries*: Oxford University Press, 1993.

28. Céspedes-Londoño J, Jaramillo-Pérez I, Castaño-Yepes R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(4): 1003-1024.
29. Campetella A, González Bombal I, Roitter M. Defining the Nonprofit Sector: Argentina. Working Paper N° 33. The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, Baltimore: Lester M. Salamon and Helmut K. Anheier: The Johns Hopkins Institute for Policy Studies, 1998.
30. Congreso de Colombia RDC. Proyecto de Ley: "Por el cual se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los regímenes pensionales exceptuados y especiales": Legislación Colombiana, suministrada por Legicol, 2005.
31. Laurel AC. What does Latin American Social Medicine do when it governs. The case of the Mexico City Government. *American Journal of Public Health* 2003; 93(12):2028-2031.
32. UNDP. Human Development Report, 2001. New York: Oxford University Press, 2001
33. EuropaPress. Trabajo estudia poner en marcha el Plan Nacional de la Dependencia con fondos del superavit de la Seguridad Social. *News Yahoo* 2005 febrero 6; <http://es.news.yahoo.com/050206/4/3w7xw.html>, consultado en marzo de 2005.
34. González J. El valor razonable y los derechos económicos, sociales y culturales. *Revista del Estado* 2002; 13(Dic.):59-70.
35. Nussbaum M, Sen A. Introducción. In: Nussbaum M, Sen A. (Com., Ed). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993:15-23.
36. OIT. La hora de la igualdad en el trabajo - Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo. Ginebra, 2003.
37. Smith A. *The Theory of Moral Sentiments*. London: A. Millar, in the Strand; and A. Kincaid and J. Bell in Edinburgh, 1759.
38. Luxembourg Ministry of Health, & the Personalized Medicine Consortium (PMC) of Luxembourg. (2012). *Luxembourg Health Summit: Making Luxembourg the healthiest country on earth, one person at a time*. Disponible en: <http://www.sommetsante.lu/en/maimonides-project>

FOCALIZACIÓN, MANEJO SOCIAL DEL RIESGO Y POLÍTICA PÚBLICA

Melba Lucía Riaño¹

Introducción

El objetivo de esta intervención es aportar desde mi quehacer y apuesta como servidora pública de la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social-SDIS- a la reflexión sobre la pertinencia de las políticas de focalización en el marco del enfoque del Manejo social del Riesgo – MSR-(1).

El lugar dónde nos ubicamos para compartir nuestros aprendizajes tiene algunos énfasis particulares marcados por los siguientes contextos: primero como prestadores y prestadoras de servicios de asistencia social, como son los subsidios económicos, los Centros de Protección y el reciente servicio Centro Día; segundo el haber liderado la formulación y reciente implementación de la *Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital 2010 – 2025*, y tercero contar con una experiencia de más de 10 años en el servicio público, dado que desde marzo de 2001 trabajo en la SDIS y, esto me ha permitido observar y hacer parte

1 Socióloga egresada de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en Política Social de la Universidad Javeriana. En la actualidad se desempeña como Asesora de la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social. Bogotá D.C. Colombia

de los aciertos y desaciertos de cada una de las tres administraciones que han pasado por la ciudad. Finalmente, una postura y decisión de vida, suscitada en mi formación como socióloga en esta universidad y la decisión de aportar a la construcción y defensa de lo Público donde quiera que me encuentre.

La presentación inicia con una descripción contexto sobre la focalización en Colombia, Bogotá y la SDIS; en una segunda parte, se hace un ejercicio igual con el enfoque de Manejo Social del Riesgo, y cierro intentando responder a las preguntas orientadoras del debate, con relación al MSR y un enfoque de Derechos para la vida digna en la vejez.

Focalización

Este proceso entendido como la priorización de la inversión pública y la asignación de subsidios a grupos poblacionales o territorios específicos, determina que efectivamente el Estado Colombiano ha focalizado y centra actualmente la inversión pública buscando garantizar que el gasto social se asigne a los grupos de población más vulnerables, de igual modo que la SDIS, que incluso desde que era el Departamento Administrativo de Bienestar Social ya tenía focalizados sus servicios.

¿Desde cuándo se ha focalizado la política social y por qué?

La Constitución Política colombiana de 1886 en el artículo 19, consagró la asistencia pública como “una función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla a otras personas, están físicamente incapacitadas para trabajar. La ley determinará la forma como se presta la asistencia y los casos en que debe darla directamente el Estado”. Este propósito constitucional tardó más de cuarenta años en materializarse, sólo hasta 1932 se creó el Instituto de Acción Social de Bogotá,

y se estableció que desarrollaría un plan de labores que tendría cuatro etapas, en orden de importancia y de urgencia:

“Atender a la difusión de la pequeña propiedad urbana y al fomento de las habitaciones baratas.

Procurar la mejora de los barrios obreros existentes y la sistematización de los que se construyan en adelante

Atender, por medio de la eliminación de intermediarios, al abaratamiento de los medios de vida para las clases populares.

“El Instituto de Acción Social organizará a favor de su clientela una sección de seguros especiales contra enfermedades y accidentes; de protección a la maternidad y de instrucción para la infancia obrera.”

En 1938 se crearon instituciones como jardines infantiles, centros de higiene mental, de nutrición, de protección y rehabilitación física y mental. En 1959 el Concejo de Bogotá mediante el Acuerdo No. 6 definió como imperiosa la necesidad de la planificación técnica, dirección y orientación de la asistencia social en Bogotá, D.E. En 1960 el Concejo de Bogotá mediante Acuerdo 78 creó el Departamento Administrativo de Protección y Asistencia Social, el cual tenía a su cargo todas las funciones específicas de asistencia y protección social del Distrito, y en especial las siguientes:

“Protección de la niñez desamparada; protección y rehabilitación de mujeres y protección a la madre, inválidos, ancianos, indigentes, mendigos y víctimas de calamidades sociales y casos de emergencia (subrayados fuera de texto).

Prestar los servicios de suplemento nutricional en las escuelas, jardines infantiles, salas cunas, gotas de leche y establecimientos carcelarios dependientes del Distrito Especial”.

En 1968 la Presidencia de la República mediante el Decreto No. 3133 define la organización del Distrito Especial de Bogotá y en su art. 18 cambia la denominación por Departamento Administrativo de Bienestar Social. En 2007 a partir

del 1 de enero, el Decreto 556 de 2006, le dio vida a la Secretaría Distrital de Integración Social.

¿Cuándo toma la focalización mayor protagonismo?

Si bien, Bogotá como el resto del país, focalizaba la política social mucho antes de la década de los noventa a través de la estatificación socioeconómica, es necesario destacar que el mayor protagonismo de la focalización se da a partir de esta década.

El Instituto de Economía Internacional, en cabeza del inglés John Williamson quien dio a conocer en 1989 la primera versión del conocido y controvertido documento *Consenso de Washington*, convocó autores de diez naciones latinoamericanas para elaborar el programa de reformas: Disciplina fiscal, Reforma tributaria, Liberalización de las tasas de interés, Tipo de cambio competitivo, Liberalización del comercio, Liberalización de la inversión extranjera directa, Privatización, Desregulación, Derechos de propiedad y reordenación de las prioridades del gasto público, conocido más comúnmente como focalización. Para los países de América Latina, el Instituto recomendaba que la focalización se constituyera en directrices de la acción política, y Colombia no fue la excepción, tal como se sostiene en las diferentes Evaluaciones de la Política Social que adelanta la Contraloría General de la República, la focalización es el criterio de asignación de beneficios de la nueva política social.

El Profesor Rodrigo Uprimmy en II Conversatorio Distrital sobre Derechos Humanos y Políticas Públicas, organizado por la SDIS en el año 2009_sostuvo que “El Consenso de Washington orientó la política social en América Latina, el auge fue acabar los programas universales fundados en el subsidio de oferta y sustituirlos por programas dispersos a la demanda con focalización”. Según el autor y, a partir de que los resultados han sido muy poco satisfactorios, se hace un llamado al retorno al universalismo. Es decir, a la idea de

que uno debe satisfacer el retorno al universalismo básico, el Estado debe “satisfacer unas prestaciones de calidad para todos los ciudadanos sin discriminación. Por consiguiente es un retorno a un énfasis en políticas universales, al menos en las discusiones, porque aún no en el desarrollo de las políticas”(3).

“Lo anterior, quiere decir que ¿se elimina la focalización? No, pero la focalización existiría como un complemento de las políticas universales básicas. Ejemplo: uno puede tener educación primaria y secundaria gratuita, ahí pueden haber políticas focalizadas para identificar y traer a la gente a las políticas universales”(2).

Sostiene el autor, que en su criterio es un error lo que ha hecho el Gobierno Nacional al desfinanciar los programas universales y sustituirlos masivamente por programas de subsidios condicionados como familias en acción, Juntos y ahora Unidos. No es que no deba existir Familias en acción, pero debe estar orientado a traer personas focalizadas hacia subsidios universales. Esa es la esencia de una ciudadanía en un Estado Democrático, que todos y todas, compartamos los mismos programas, que todos vayamos a escuelas públicas semejantes, aunque haya algunas privadas, a universidades públicas semejantes, a una salud pública universal garantizada y no que haya segmentación, que es lo que generan los subsidios condicionados.

¿Cómo se fundamenta jurídica y políticamente la focalización en Colombia?

El marco legal está dado por dictámenes como, la Ley 142 de 1994 o de servicios públicos domiciliarios, Ley 505 de 1999 que reglamenta la realización, adopción y aplicación de la estratificación, la Ley 60 de 1993 que establece competencias políticas en el territorio nacional, y la Ley 715 de 2001. También son importantes los Documentos CONPES No. 22 de 1994, 40 de 1997 y 55 de 2001. Las políticas públicas como la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (4) y la

Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital–PPSEV-(3), y el establecimiento de criterios de elegibilidad de los servicios sociales de la SDIS.

Este marco político ha sido posible, gracias a que las reformas recomendadas del Consenso de Washington han tenido su correlato en la Constitución Política de Colombia de 1991. Frente a la Constitución siempre ha habido dos interpretaciones que distan una de la otra:

Por un lado, son reconocidos a la Constitución de 1991 los valores, promulgaciones, definiciones, temas y aspectos claves como la promulgación de que Colombia es un Estado social de derecho fundada en el respeto por la dignidad humana, libertad de cultos, basada en la igualdad de todas las confesiones religiosas e iglesias frente a la ley, etc.

Por otro lado, y con base en documentos de quien fuera economista y profesor de la Universidad Nacional, Jorge Child y específicamente en su artículo Modelo Económico Constitucional de 1991 (5), sostiene que desde el punto de vista de la perspectiva económica, la mayoría de las constituciones combinan dos modalidades: las que ordenan jurídicamente las costumbres económicas y sociales existentes. Consideradas conservadoras porque predomina la regulación jurídica del *statu quo*, y las que proponen cambios y proyectan nuevas relaciones, consideradas innovadoras porque proponen cambios a realizarse en el futuro. La Constitución Política de Colombia sostiene el autor, combina ambas modalidades pero en lo económico predomina el orden Establecido.

“Frente a los Derechos sociales, se piensa más en la asistencia social a unos pobres permanentes que en darles oportunidades de trabajo para salir de la pobreza y poder pagar sus servicios de salud en la seguridad social que se piensa privatizar. El hecho de incluir a la familia y a la sociedad como prestadores de servicios de bienestar social es un recurso del voluntarismo social espontáneo que nada tiene que ver con la postulación de un derecho garantizado. Washington dio la orden contraria: privatizar en el

90 lo que había mandado estatizar en el 60, con la Alianza para el Progreso, como el programa de ayuda económica, política y social de Estados Unidos para América Latina que tuvo expansión de empresas públicas como Idema, Incora, Telecom, etc.)". (5).

Los artículos de la Constitución de 1991, en los que se fundamenta la anterior explicación son:

El Título XII sobre el régimen económico y de la hacienda pública muestra con mayor transparencia las políticas liberales y monetaristas del Gobierno, el derecho de todos a la libre competencia y la proclamación de la empresa como "base del desarrollo (...) se prevé la liquidación de monopolios rentísticos estatales ineficientes (...)", el Artículo 333. – La actividad económica y la iniciativa privada son libres (...) la libre competencia económica es un derecho (...) El Estado, por mandato de la ley, impedirá que se obstruya o se restrinja la libertad económica (...) La consagración explícita de la libertad de iniciativas empresariales y de la libre competencia como "derechos" que suponen responsabilidad de "función social".

Del presupuesto Art. 350. La ley de apropiaciones deberá tener un componente denominado *gasto público social* (subrayado fuera de texto) que agrupará partidas de tal naturaleza... en la distribución territorial del gasto público social se tendrá en cuenta el número de personas con necesidades básicas insatisfechas, la población y la eficiencia fiscal y administrativa.

En síntesis, cuatro momentos presiden la Constitución de 1991, y están en armonía en relación con la política social: El Informe sobre la economía colombiana, en inglés, *Colombia: Commercial Policy Survey 1983-1987*, del Banco Mundial (6); El Consenso de Washington en 1990, y los documentos CONPES 2465, P Programa de modernización de la economía colombiana de 1990, 2466 Programación macroeconómica 1990, y 2467 Plan financiero para 1990.

¿Cómo se instrumentaliza la Focalización?

Los instrumentos que se han utilizado para realizar la focalización son: a) Instrumento de focalización geográfica, a través de la estratificación socioeconómica, definida por el DANE como el *“instrumento técnico que permite clasificar la población a través de las viviendas y su entorno en estratos o grupos socioeconómicos diferentes”*, se utiliza principalmente para cobrar los servicios públicos domiciliarios con tarifas diferenciadas por sector. Sin embargo, los énfasis de esta herramienta de focalización territorial están centrados en las condiciones materiales de las viviendas y su entorno. b) Instrumento de focalización individual: a través de la encuesta SISBEN, ya que según el Departamento Nacional de Planeación, nuestro país cambió la prioridad del gasto público fundamentado en artículos de la Constitución Política de Colombia:

“La Constitución Nacional de 1991 dentro del ámbito de Estado Social de Derecho establece la necesidad de focalizar o dirigir el gasto social a la población más pobre y vulnerable por parte del gobierno nacional y de los gobiernos departamentales y locales. Para cumplir con este mandato, los responsables de la administración pública deben contar con mecanismos técnicos y objetivos que garanticen una total transparencia en la identificación de las necesidades reales y en la selección de los potenciales beneficiarios para los programas sociales” (subrayado fuera de texto) (7).

¿Cómo se materializan los instrumentos en la atención a la ciudadanía y en la prestación de los servicios sociales?

Para las y los servidores públicos, constituyen una dificultad, en la medida en que los criterios de identificación e ingreso de la población a los servicios sociales, son en repetidas ocasiones insuficientes y no resuelven los dilemas y la alta demanda del servicio frente a las posibilidades de conceputar objetivamente un ingreso sobre otro, teniendo que recurrir a criterios subsidiarios de cada entidad para priorizar

personas y familias que requieren en mayor medida el ingreso prioritario a alguno de los servicios frente a las restantes solicitudes. Para la ciudadanía, son una barrera de acceso a la atención, a los servicios sociales, a la asistencia social y en suma, a la garantía del Derecho.

Se pueden hacer cuatro conclusiones:

- a) La focalización como instrumento de identificación de alguna población específica es necesaria; sin embargo, cuando la focalización pasa de ser un instrumento de identificación de la política social a ser un principio o un objetivo de política misma, se distorsiona su utilidad y su impacto.
- b) La focalización como mecanismo de asignación puede ser aceptable cuando opera como medio para proveer bienes sociales no esenciales, pero su utilización no se debe constituir en barrera para cumplir con la garantía de los derechos sociales fundamentales.
- c) Cuando la focalización opera en contextos de alta desprotección, desigualdad e inequidad como Colombia, se puede convertir en un mecanismo para maximizar la asignación de recursos escasos que como medio conducente a la universalidad, lo que equivale es a renunciar a la concepción de los bienes y servicios como derechos sociales y al desarrollo, entendido como la ampliación de las capacidades y en la igualdad en las oportunidades.
- d) La importación e implantación de modelos, estrategias y recomendaciones para América Latina y Colombia que se acogen al pie de la letra, determina los contenidos y propósitos de las políticas públicas, sus programas, proyectos y servicios con enfoques que no permiten lecturas y respuestas integrales y estructurales de la problemática social cayendo en el ejercicio eterno del ensayo- error-ensayo. Ejemplo, cuando cualquier instrumento se convierte en fin en sí mismo y, no mantiene su propiedad de ser

un medio para lograr algo, la política, modelo, proyecto, servicio, meta, se pierde la perspectiva y seguramente el propósito central se refunde.

Manejo social del riesgo

El enfoque comienza con la publicación del documento de trabajo *El Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá* en febrero de 2000, propuesto por Robert Holzmann, Director del Departamento de Protección Social del Banco Mundial y Stenn Jørgensen, Jefe de sector del mismo departamento del Banco Mundial (1).

En el año 2003, se publica una versión revisada de Holzmann y Jørgensen, refleja las diversas críticas constructivas, comentarios y sugerencias recibidos durante presentaciones en conferencias, consultas con asociados internos y externos durante la preparación del Documento de Estrategias para el Departamento de Protección Social. Sin embargo, y luego de comparar los dos documentos, se observa que las diferencias entre el documento del 2000 y la versión revisada del 2003 son mínimas.

¿Qué es el Manejo Social del Riesgo?

Se propuso como una nueva definición y un nuevo marco conceptual para la Protección Social, está cimentado en el manejo del riesgo social de los riesgos. Plantea tres estrategias para abordar, visualiza la Protección Social como intervenciones públicas para: “(i) Asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo. (ii) Proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la pobreza extrema” (1).

¿Cómo se recibe en Colombia este enfoque?

Como casi todas las recomendaciones del Banco Mundial para América Latina, con obstinado juicio. Después del año 2000, el enfoque va apareciendo en los marcos conceptua-

les de diferentes documentos político-técnicos. Se puede apreciar en el Capítulo I “Sistema de protección social y manejo social del riesgo” del Informe especial: una década de violencias contra la infancia en Colombia 1993-2003, elaborado por Vicepresidencia, Ministerio de la Protección Social, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y la Organización Internacional para las Migraciones OIM. El documento hace referencia explícita a la urgencia de intervenir los factores de riesgo que potencian la probabilidad de respuesta violenta. Es necesario diferenciar entre factores de riesgo y noción del riesgo, entendida como la incertidumbre o incapacidad de predecir o que genera pérdidas en el bienestar social. El documento en mención centra el análisis del maltrato y la violencia contra los “menores” al interior de la familia, haciendo una referencia explícita al marco teórico del Manejo social del riesgo (8).

Al rastrear la evolución de éste informe, encontré que el año 2006 (9), contenía un mayor desarrollo del MSR como marco conceptual, haciendo explícito que los sistemas de protección social son una estrategia global de política social. Refiere el texto que en la década de los noventa se acepta por parte de la banca multilateral, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial que el problema de la pobreza es prioritario y en consecuencia es una cuestión social que debe estar inserta en la agenda de las políticas públicas de todos los gobiernos. El informe plantea “enfrentar las crisis de las familias frente a la caída de los ingresos y evitar que caigan en la trampa de la pobreza, es necesario protegerlas para que tengan un mejor manejo social del riesgo”.

El propósito general debe ser preservar condiciones de vida digna a las familias, reconocer los derechos económicos, sociales y políticos a las personas, con el fin de reducir las inequidades y el desequilibrio social que en la actualidad vive el país, que está clasificado entre los más inequitativos del mundo. La pobreza no es útil por cuanto la inequidad

no genera desarrollo, sí atraso y desigualdad, y se requieren estrategias para enfrentarla. En Colombia el sistema de protección social se concibió en respuesta a la crisis señalada, y tomó, como lo he mostrado, los referentes de *El manejo Social del Riesgo*, formulados por la Banca Mundial.

En el año 2001 el Gobierno Nacional, con el apoyo del BID, elaboró la propuesta inicial para la creación del sistema social de riesgo, tomando de Holzmann y Jørgensen el concepto de apoyo a los pobres en razón de su vulnerabilidad. Los pobres son más vulnerables debido a que "(i) están más expuestos a los riesgos; y (ii) tienen poco acceso a instrumentos adecuados de manejo de los diversos riesgos (1)". Adicionalmente, mejorar la capacidad de manejo de riesgo de los más pobres reduce su vulnerabilidad y aumenta su bienestar, lo cual contribuye a reducir la pobreza transitoria, impide que los pobres se vuelvan más pobres, y proporciona una manera de salir de la pobreza crónica".

Estos planteamientos también aparecieron de forma temprana en informes de órganos de vigilancia y control. Por ejemplo, en las evaluaciones de la política social de la Contraloría General de la República, especialmente, y como primera referencia, en el informe 2003 y 2008 (10). Y, en diferentes documentos, donde se reconoce que a partir de la década de los ochenta, el Banco Mundial es un importante actor de las políticas sociales, y desde entonces sus principales propuestas se encaminan a la disminución del gasto público, la concepción del mercado como una vía más eficiente que el Estado, el fortalecimiento de mecanismos de aseguramiento y la focalización como corolario de la política social.

Finalmente, el MSR se materializó en intervenciones públicas, como la estrategia UNIDOS: construyendo prosperidad para todos del gobierno nacional, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y aunque no de manera explícita, está en la base de las diferentes acciones de capacitación y

formación a la ciudadanía como también en algunos de los servicios sociales que se brinda a la misma.

El MSR ¿un enfoque de Derechos para la vida digna en la vejez?

Los mayores riesgos y contradicciones de este enfoque se identifican en: a) Insiste en la inserción de lo social a la lógica y las fuerzas del mercado, y reafirma la acción del Gobierno como una opción cuando todo lo demás falla. b) Ignora la presencia de condiciones estructurales como la existencia de dotaciones iniciales muy desiguales entre la población, por ejemplo al concebir la equidad como la igualdad de los resultados. c) Ubica la Protección social como una red que hace las veces de trampolín para los pobres, al plantear que aspectos como la globalización en el intercambio de bienes, servicios y factores de producción y la tecnología están ayudando a acelerar la innovación y potencialmente podría eliminar las principales restricciones al desarrollo de la gente.

e) Plantea que se centra menos en los síntomas y más en las causas de la pobreza proporcionando a los pobres la oportunidad de adoptar actividades de mayor riesgo y de mayor rentabilidad, y evitando mecanismos informales poco eficientes y poco equitativos para compartir los riesgos. f) Individualiza las responsabilidades de las decisiones y acciones económicas y políticas, ya que parte de reconocer que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes ya sean estos naturales –terremotos, inundaciones y enfermedades– o producidos por el hombre –desempleo, deterioro ambiental y guerra–. g) Se traslapa el enfoque y las estrategias para prevenir, atender y mitigar la emergencia social catastrófica no predecible a situaciones estructurales predecibles y evitables, como lo es la pobreza, el desempleo, las inequidades estructurales e históricas y la injusticia social.

h)Traslada la responsabilidad de salir de la pobreza, que le compete al Estado, a la capacidad de los pobres y sus comunidades. Entre otros ejemplos, porque visualiza la Protección social como un tipo de inversión en formación de capital humano, en la medida en que este concepto implica ayudar a las personas pobres a mantener el acceso a los servicios sociales básicos, evitar la exclusión social y resistir las estrategias de superación que tengan efectos negativos.

¿Desde una perspectiva de Derechos Humanos qué aspectos debería contemplar una política pública para las personas viejas en Colombia?

Desde la PPSEV se entiende por enfoque el lugar que elegimos para pararnos, es el lugar no neutral de una apuesta. El enfoque constituye un sistema de conceptos consistentes desde los cuales es posible construir una imagen más precisa de aquello que se pretende conocer y abordar, implica un esfuerzo de transversalización que debe extenderse tanto en la formulación, como en la implementación y en el seguimiento.

El Enfoque de Derechos humanos como aquel que define, ordena y concierta el cuerpo valorativo, teórico, político y de acción de la política, significa que el Estado debe garantizar que la acción pública se oriente a la promoción, reconocimiento, restitución y ejercicio pleno de los derechos humanos de todos y todas. Este enfoque en una política pública, precisa de un conjunto de decisiones, acuerdos y acciones articuladas y coordinadas encaminadas a abordar de manera integral las distintas situaciones y problemáticas que se visibilizan y presentan en la vejez, identificando los determinantes sociales asociados a situaciones de alta fragilidad social y económica.

Debe integrar la política económica y la política social como condición necesaria para el crecimiento con equidad, ya que se concibe la política social como “gasto social” y como una variable de ajuste para compensar desequilibrios de orden macro económico. Regresar a la concepción universalista del gasto, propia del Estado de Bienestar que supere la atención de los más pobres entre los pobres y cuyo principal objetivo es el financiamiento de políticas para paliar los efectos nocivos de los ajustes económicos. Desarrollar de manera más precisa, unificada y transversal el enfoque y las perspectivas de las políticas públicas que aporten a superar contradicciones en las mismas, enfoque de derechos humanos y MSR, y atravesarse todas las fases, componentes y lugares de las políticas hasta llegar al presupuesto.

Cambiar el voluntarismo social y el idealismo participativo por verdaderos espacios de organización, participación y decisión de la ciudadanía. Contar con un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de todas las políticas públicas que permita conocer el estado de implementación y avance articulado, el logro o no de sus objetivos, y el impacto en la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

Finalmente, y a manera de conclusión frente al tema central del Debate centrado en el *Derecho y la Política pública*, es importante y necesario acercar cada vez más y de manera sistemática y continua las reflexiones, desarrollos y aportes de la academia con las reflexiones, desarrollos y aportes de la gestión pública, para permitir por un lado dudar en el hacer para repensar y romper la separación milenaria entre la teoría y la práctica, entre la formulación y la implementación, de manera que se integren, enriquezcan y aporten mutuamente.

Muchas Gracias

REFERENCIAS

1. Holzmann R, Jørgensen S. Manejo Social de Riesgo: un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Washintong D.C.: Banco Mundial, 2000.
2. Uprimmy R. Los Derechos humanos en serio. In: Osorio Sánchez DL, (Ed). Derechos humanos y políticas públicas II Conversatorio Distrital sobre derechos humanos y políticas públicas; Bogotá. D.C.: Secretaría de Integración Social; 2009. p. 54-60.
3. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Integración Social. Política Pública de Envejecimiento y Vejez en el Distrito Capital. 2010-2025. Secretaría de Integración Social (Ed.). Bogotá. D.C.; 2009.
4. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019. Bogotá: 2007. En: <http://www.funlibre.org/documentos/diplotrecyam/PoliticaNalDeEnvejecimientoyVejez.pdf>
5. Child J. Modelo Económico Constitucional Revista Política Constitución y Poder. 1992;9. Epub Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia.
6. World Bank: Latin America and Caribbean Region. Colombia: Comercial Policy Survey 1983-1987. Washington: The Bank; 1989.
7. Sandoval J, Velásquez Betancur JA, Calderón Alvarez LF. Educación, equidad, inclusión social. 1º. ed. Medellín. Colombia: Instituto Tecnológico Metropolitano; 2009.
8. Vicepresidencia de la Republica de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Informe especial: una década de violencias contra la infancia en Colombia 1993-2003 In: Ministerio de la Protección Social, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Eds.). Bogotá. D. C.: Vicepresidencia de la Republica de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2003.
9. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Informe especial sobre violencia contra la infancia en Colombia. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2006.
10. Campos Rubio JM, Cruz Aguirre D, Fuentes Mejía JA, Molina Hoyos MC. Inclusión y exclusión social en Colombia: Educación, salud y asistencia social. Mercado y política social. Informe Social 2008. D.C B, editor. 1º.ed. Bogotá D.C: Contraloría General de la República; 2008. p. 120-37.

UNA MIRADA A LA LEY 1251 DE 2008

“Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”

Deisy Arrubla Sánchez¹

Introducción

El debate que se da actualmente sobre el proceso de envejecimiento poblacional, ha situado la condición social de la vejez en la esfera pública. Si bien los países en desarrollo iniciaron de forma más temprana el fenómeno de transición demográfica, y con ello la discusión sobre el papel de las personas viejas en la sociedad, las naciones latinoamericanas sólo hasta la proximidad del nuevo siglo se insertan en esta discusión. Esta situación no obedece sólo a la decisión de participar o no en la construcción de un Plan Internacional, en realidad responde a una profunda desigualdad entre norte y sur que se expresa en el número de personas que viven más años. Es decir, en las desigualdades sociales con relación a la esperanza de vida, pero por ahora ese no va ser el tema de discusión.

El Plan internacional para el envejecimiento y la vejez establecido en Madrid 2002 (1) recogió los principios de la ONU para con las personas mayores, y estableció como un

1 Médica, candidata a Doctora en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

aspecto central la relación de las personas mayores con el desarrollo. El propio documento tiene ambivalencias sobre el significado de esa relación, sin embargo, para efectos de análisis tomaré los aspectos que podrían considerarse progresistas en término de inclusión social, y a partir de allí presentaré algunas reflexiones sobre la Ley 1251 de 2008 “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”².

La presentación se articula en cuatro partes: inicia con una mirada al escenario político internacional, para ello me apoyo en el Plan Internacional Madrid 2002 y la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid; la síntesis de los contenidos del Manejo social del riesgo como directriz de política social; los nexos del MSR con la Ley 1251 de 2008; y finalizó con unas conclusiones generales y reflexiones.

Contexto Internacional de la Política para el Envejecimiento y la Vejez

La preocupación por la vejez, y específicamente por el cambio de las estructuras poblacionales, no es un elemento nuevo en la relación Estado, economía y sociedad. Según, el demógrafo Pérez-Díaz (2-4) en 1907 Westergaard describió el aumento del peso relativo de la vejez en el total de la población y la amenaza que este fenómeno generaba para el progreso de la época. En 1928 Sauvey en Francia, refiere que el envejecimiento es causado por la llamada *dénatalité*, y en 1946 este mismo autor consolida el concepto de envejecimiento progresivo.

2 Algunas de estas reflexiones forman parte del marco teórico y de los hallazgos del Proyecto de Investigación Asistencialismo y Vejez en épocas neoliberales 1970-2009, el cual me fue aprobado como proyecto de Tesis Doctoral en Salud pública por la Universidad Nacional de Colombia en el año 2009, en fase de ejecución al escribir este documento.

La interpretación de la vejez como elemento conservador en el capitalismo, tiene raíces en la postura de los liberales franceses de la época, quienes según Mannheim (5), son influidos por el concepto biologista de los positivistas clásicos. Para éstos, el *tempo del progreso* cambia en relación con la duración de la media de vida, si se produce alargamiento de la vida del individuo, *el tempo del progreso* se enlentece. Lo anterior, asociado al temor de la despoblación, se acompañó en algunos países europeos, entre ellos Francia, de una serie de políticas para el fomento de la natalidad, en los periodos denominados entreguerras.

Posterior a la segunda guerra mundial, en la década del setenta se acuñó el término de envejecimiento demográfico o poblacional, para explicar el fenómeno generado por la transición demográfica. Pero, más allá de ser el envejecimiento demográfico un concepto meramente técnico, adquirió un dimensionamiento político global. Puso en la esfera pública el cambio demográfico, y se acompañó de discursos que arrastran el enlentecimiento del progreso como eje central, asociando la presencia de un mayor número de personas viejas en la sociedad con carga, declive y específicamente con crisis económica. Este discurso demógrafo-economicista ha sido denominado *El cataclismo demográfico* (2, 6-8). El cual no se da en el aire, precisamente se acuña en los setenta con la crisis de los Estados de Bienestar Europeos, y se globaliza en los ochenta con las reformas neoliberales de los sistemas de protección social (6).

La mirada fatalista del cambio demográfico es un antecedente del Plan Internacional de Viena de 1982 (9), que hizo especial énfasis en el envejecimiento poblacional de los países desarrollados. Veinte años después, en la Segunda Asamblea para el Envejecimiento en Madrid 2002, el fenómeno que preocupaba era el acelerado cambio poblacional de los llamados países “en desarrollo”. El Plan Internacional Madrid 2002, estableció tres orientaciones prioritarias, la primera de ellas, Las personas de edad y el desarrollo alude a la partici-

pación social, económica y política de las personas mayores en la sociedad.

La Participación incluye, según los miembros de la Asamblea, reconocer que las personas mayores, a medida que envejecen, deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa de la vida económica, social, cultural y política de las sociedades. Y, comprender que la inclusión social de las personas cuando llegan a la vejez, depende de que “el desarrollo social y económico llegue a todos los países (...) de lo contrario las personas de edad de los países e incluso de las regiones enteras quedarán al margen de la economía mundial”. Dos aspectos conceptuales son importantes de subrayar, la clara relación entre el proceso de envejecimiento individual y la estructura económica global que influye en la forma como se vive en la vejez; y comprender la relación entre participación de las personas mayores y envejecimiento activo.

En el campo de las praxis para La orientación prioritaria I. Las personas de edad y el desarrollo, se establecieron catorce objetivos (Tabla 1), con énfasis en materializar acciones de inclusión de las personas mayores. Son importantes para esta presentación: la seguridad del ingreso y la seguridad social, la garantía de trabajo para las personas mayores que lo deseen, y la participación de las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones en todos los niveles.

La revisión de la Estrategia regional para la adopción del plan Madrid (10), retomó las tres orientaciones prioritarias de Madrid 2002, en lo relacionado con la Orientación Prioritaria I. Personas de edad y desarrollo, estableció que el desarrollo implica no solo la capacidad de producir una mayor cantidad de bienes y servicios con una alta tasa de productividad sino también la disponibilidad y acceso de todos sus habitantes a dichos recursos y la creación de condiciones para la autorrealización personal en un contexto de seguridad y dignidad (10).

En concordancia con lo anterior, es importante mencionar dos conceptos establecidos por la Estrategia. *El envejecimiento activo*, entendido como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomentar la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Y *la seguridad económica*, definida como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenidos que les permita llevar una vida digna y el logro de calidad de vida en la vejez.

Finalmente, la Estrategia regional propone en la orientación prioritaria I. *Personas de edad y desarrollo*, la meta de “La protección de los derechos humanos de las personas mayores y la creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo”.

Manejo Social del Riesgo y la Política para la vejez

Como parte de los sistemas de protección social, la seguridad social se desarrolló para proteger colectivamente a las personas de los riesgos sociales, tiene una dimensión socio-antropológica que les permite a los miembros de una sociedad moderna el devenir dentro de esta. Es una condición *sine que non* para hacer una sociedad de semejantes (11), donde la propiedad privada encuentra una alternativa en la propiedad social, que es lograda a través de una sociedad salarial, donde la asistencia ocupa un papel residual. Esta concepción de la protección social, sufre con el Manejo Social del Riesgo una serie de transformaciones dado que deposita en la propiedad privada y en la asistencia la responsabilidad de la protección.

TABLA 1.
Orientación prioritaria
1. Las personas de edad y el desarrollo. Cuestiones y objetivos

Cuestión	Objetivos
Participación activa en la sociedad y en el desarrollo	Reconocimiento de la contribución social, cultural, económica y política de las personas de edad.
	Participación de las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones en todos los niveles.
El empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo	Brindar oportunidad de empleo a todas las personas que deseen trabajar.
Desarrollo rural, migración y urbanización	Mejoramiento de las condiciones de vida y de la infraestructura de las zonas rurales
	Alivio a la marginación de las personas de edad en las zonas rurales
	Integración de inmigrantes de edad avanzada en sus nuevas comunidades
Acceso al conocimiento, la educación y la capacitación	Igualdad de oportunidades durante toda la vida en materia de educación permanente, capacitación, readiestramiento, así como de orientación profesional y acceso a servicios de colocación laboral
	Utilización plena de las posibilidades y los conocimientos de las personas de todas las edades, reconociendo los beneficios derivados de la mayor experiencia adquirida con la edad.
Solidaridad intergeneracional	Fortalecer la solidaridad mediante la equidad y reciprocidad entre las generaciones.
Erradicación de la pobreza	Reducción de la pobreza entre las personas de edad.
Seguridad de los ingresos, protección social /seguridad social, y prevención de la pobreza	Promoción de programas que permitan a todos los trabajadores obtener una protección/seguridad social básica, que comprenda, cuando corresponda, pensiones, seguro de invalidez y prestaciones de salud.
	Ingresos mínimos suficientes para las personas de edad, con especial atención en quienes tienen una situación social y económica desventajosa.
Situaciones de emergencia	Igualdad de acceso para las personas de edad a los alimentos, la vivienda y la atención médica y otros servicios durante y después de los desastres naturales y otras situaciones de emergencia humanitaria.
	Posibilitar que las personas de edad hagan mayores contribuciones al restablecimiento y la reconstrucción de las comunidades y la trama social después de la situación de emergencia.

Fuente: Plan Internacional para el Envejecimiento. Madrid 2002

El MSR forma parte de la estrategia de reducción de la pobreza del Banco Mundial en el año 2000. Para el Banco, la protección social es “una intervención pública para (i) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo (ii) y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza”. La intervención es operada a través de tres estrategias: la prevención, la mitigación y el sobrellevar, y tres esquemas: público, mercado e informal. Este último responde a las acciones que la familia, la red próxima y la comunidad deben desarrollar. En la versión revisada del MSR (7) el Banco replantea las propuestas iniciales del BM (12), y proponen el sistema multipilar para pensiones, que mantiene los tres pilares iniciales –público, ahorro individual-obligatorio y voluntario– y agrega un nivel cero, pensión social-no contributiva, y un cuarto nivel, el apoyo de la familia y la comunidad. Los grupos beneficiarios según categorías del BM son: pobres permanentes, trabajadores informales y trabajadores formales.

Las directrices del Banco Mundial, y específicamente los fundamentos conceptuales del Manejo Social del Riesgo generan diferentes contradicciones con la búsqueda de lograr la participación socio-política de las personas mayores (13) (1). Algunos de estos aspectos se pueden sintetizar en³:

La individualización del riesgo social. Como fenómeno individual el proceso de envejecimiento se acompaña de un cambio biológico asociado a una menor fuerza de trabajo. En un mundo donde la fuerza de trabajo es la mercancía que se transa en el mercado, el cambio biológico se asocia a una menor posibilidad de obtener recursos para la subsistencia

3 Una mirada más amplia de los fundamentos del MSR y la relación con la política de vejez está en ¿Las Políticas del Manejo Social del Riesgo garantizan la seguridad económica y el ejercicio de ciudadanía de las personas mayores? Ponencia presentada en agosto de 2012, en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca México.

(14). Este cambio, en una forma de organización económica y política determinada, como los Estados de bienestar (15), fue concebido como un riesgo social, al que el hombre de manera individual no puede hacer frente solo. Esta concepción hace de la probabilidad de ser pobre en la vejez un riesgo colectivo, y el modo de afrontarlo es a través de una respuesta social (16, 17). El MSR formula que la protección depende hoy de situaciones particulares, y el cambio biológico que se genera con el envejecimiento, es considerado una situación particular del individuo, y se traduce como riesgo, es decir, a la vejez se le suma un nuevo lenguaje deficitario, riesgo.

En esta mirada, el fenómeno natural del envejecimiento es en sí mismo el riesgo, y por lo tanto requiere una respuesta individual que recae en la propiedad patrimonial de la persona vieja. Lo anterior rompe los lazos de solidaridad intergeneracional propuestos con la socialización del riesgo, y acude al relato de la lucha intergeneracional por los recursos, como el principal aliado de la individualización del riesgo. Se piensa al viejo como el único responsable de su destino, y se desconoce que el patrimonio material y simbólico que éste tiene para hacer frente al riesgo de la pobreza y el aislamiento en la vejez se establece en íntima relación con estructuras económicas, políticas y culturales. Es decir, el MSR niega que las relaciones de protección se generen como parte de las relaciones humanas interdependientes, y precisamente se acude a estas relaciones para proponer una sociedad para todas las edades (1).

La concepción financiera de la protección social. Tres aspectos son importantes en esta nueva forma de comprender la protección social. Primero, identificar que no siempre la seguridad social fue vista como un actor central de la macroeconomía nacional e incluso mundial. Esta nueva relación de la seguridad social con la economía se establece

en el nivel doméstico a través de la asistencia. Esta es vista como el trampolín para salir de la pobreza. En el nivel macro, el uso adecuado de las familias del ingreso (asistencia y pensión), debe generar crecimiento económico, aumentar el mercado de capitales y generar inversión (18, 19). Giraldo presenta el segundo aspecto al referir que para el MSR la explicación del comportamiento humano se fundamenta en *el homo economicus* (20). Las relaciones humanas son despolitizadas, y se propone que están basadas en costos de transacción, que son analizados por sujetos racionales y egoístas. Este es el fundamento para decir que al aumentar la proporción de personas mayores en una sociedad se producirá una lucha entre generaciones por los recursos. Para evitar esta lucha, el MSR propuso la pensión basada en el ahorro individual, sin embargo, y como se mencionó en párrafos anteriores, también propuso que la familia y las redes de proximidad son el cuarto pilar de la protección.

Esta lógica del *homo economicus*, entra en contradicción con el principio de seguridad de ingreso en la vejez. Retomando a Giraldo (6) “¿qué pasaría si una persona ya anciana se diera cuenta que fracasó en la apuesta? ¿Tendría otra oportunidad?”. Si la participación social de las personas viejas está en manos del mercado financiero ¿cómo podría garantizarse realmente la inclusión social de los viejos? Estas son preguntas no resueltas cuando la lógica que impera es la individualización del riesgo. Este último entra en confrontación con la propuesta regional que, por el contrario, acude a la relación entre generaciones como un posibilitador para construir una actitud de respeto, apoyo, estimulación e intercambio.

El tercer aspecto tiene que ver con la teoría de capital humano, al considerar a las personas como factores productivos y el gasto en educación como inversión que tendrá retorno en el futuro (20). Esto deja por fuera a las personas adultas mayores. Esta instrumentalización de la vida humana, pro-

fundiza la exclusión social de las personas viejas, primero por la concepción de vejez como no productividad, en la concepción capitalista del término, que los relegaría como beneficiarios de la política social, y segundo por la exclusión del sistema educativo que han sufrido las poblaciones mayores (21).

Afianzamiento de redes clientelares y despolitización del sujeto. La participación de los sujetos se da en un sistema político situado. Al respecto es necesario retomar a Álvarez Leguizamón (22), quien refiere que el desarrollo de los sistemas de seguridad social en América Latina son residuales, esto hizo que la protección obedeciera a sistemas recíprocos donde la tutela y las redes clientelares han jugado un papel central. Este aspecto es vital a la hora de pensar cómo se daría la participación política de las personas viejas de hoy en nuestras regiones, máxime cuando su seguridad económica es reducida a un subsidio que utiliza la focalización para elegir al beneficiario, creando en palabras de Álvarez Leguizamón (22) nuevas etiquetas, para el caso de los viejos sin patrimonio material “vejez vulnerable o indigente” .

A lo anterior se suma la idea del MSR de participación social como la posibilidad que las personas tienen de manejar o no su propio riesgo. Al individualizarse el riesgo, este sale de la esfera pública, y se resuelve o no con la propiedad patrimonial del individuo. Con ello, la acción y el discurso, que se dan en la esfera pública, pierden la posibilidad de ser parte de la construcción del nexo común de la sociedad (23).

El MSR en la versión revisada establece el cuarto pilar como un mecanismo de protección, asignando la responsabilidad de la protección del viejo a la familia o a las redes proximales. A este tipo de políticas que establecen un máximo de obligaciones de bienestar a la unidad familiar las ha denominado Esping-Andersen políticas familiaristas. Para este autor, la des-familiarización es entendida como las políticas

que reducen la dependencia individual de la familia, y posibilitan el máximo uso de los recursos de cada miembro de la familia independiente de la reciprocidad familiar (24, 25). Las políticas familiaristas han sido asociadas a las formaciones políticas de tradición conservadora-cristiana.

Los aspectos que se han asociado a este tipo de políticas, en las relaciones de las personas viejas y el desarrollo, se pueden sintetizar en lo siguiente: apalancan sistemas de bienestar residuales, se asocian a una mayor estigmatización del viejo como dependiente del núcleo familiar, perpetúan la persistencia del viejo en el mercado laboral, generan altas tasas de pobreza individual y altas tasas de suicidio en la vejez (26). Reproducen desigualdades de género. Las mujeres enfrentan profundas inequidades en el mercado laboral, lo cual se refleja con una vejez femenina empobrecida y dependiente (14, 27), profundizan la estigmatización de la vejez como no productividad. En especial para el contexto latinoamericano se habla de la dependencia económica, y se naturaliza esta realidad para las personas viejas, esto genera a su vez dependencia del mercado laboral, de la familia y ahora del Estado a través de los subsidios.

Se podría decir que este imaginario de dependencia anula cualquier forma de participación socio-política, dado que el ejercicio de lo público se constituye desde el reconocimiento de la esfera privada en términos de Hanna Arendt (23).

El MSR y la Ley 1251 de 2008 “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”. Colombia

El gobierno nacional en el año 2008 expidió la Ley 1251 de 2008. Con apariencia progresista, la ley busca integrar la población adulta mayor de Colombia al desarrollo social, en armonía con la agenda política internacional para el envejecimiento y la vejez expuesta en Madrid 2002 y en la Agenda

Regional. Esta Ley recogió la Política Nacional para el envejecimiento y la vejez, formulada en el año 2007, después de un proceso de discusión, liderado por la Fundación Saldaña y Concha, y el Ministerio de la Protección Social.

Esta ley tiene origen en el proyecto de Ley No 229 de 2008 de la cámara, que recoge los proyectos acumulados 017, 011 y 123 de 2006 del senado. Referente a la legislación es importante mencionar: el proyecto de ley 017 de 2006 de senado radicado en julio de 2006 por el movimiento político MIRA, que proponía la promoción y defensa de los derechos de las personas mayores a través del diseño de una política pública. El proyecto de Ley 123 de 2006 de senado, del partido Cambio Radical, presentado en septiembre de 2006, proponía la protección, promoción y defensa de los derechos de las personas adultas mayores, e introdujo la corresponsabilidad de la misma persona mayor en la obtención de los beneficios, la protección especial de la persona mayor en caso de vulnerabilidad económica, física y mental. Desarrolla la corresponsabilidad Estado-sociedad y familia, introduciendo un fuerte componente de responsabilidad familiar en la protección de la persona vieja. El proyecto 011 de 2006 de senado, registrado en julio de 2008 por el movimiento político MIRA, buscaba la reglamentación de las instituciones que brindan atención al anciano. Estos tres proyectos fueron acumulados en noviembre de 2006 en la Comisión séptima del senado. En esta versión se introducen como parte del marco conceptual los planteamientos del Manejo Social del Riesgo.

El texto definitivo de la Ley 1251 es aprobado en junio de 2008. El marco normativo contempla una mirada internacional de los derechos humanos y los planes internacionales para el envejecimiento y la vejez Viena, 1982 y Madrid, 2002. En el país se establece dentro del marco constitucional del artículo 46 de 1991. Este último contiene el principio

de corresponsabilidad del Estado-la familia y la sociedad, para la protección del viejo. La ley cuenta con cinco componentes: aspectos generales, los planteamientos de la política nacional de envejecimiento y vejez, los requisitos de funcionamiento de las instituciones que prestan atención a las personas mayores, el consejo nacional de la persona mayor y disposiciones generales.

La cuestión social de la vejez se establece con base en un discurso deficitario de la vejez, que se estructura sobre cuatro aspectos: La concepción de vulnerabilidad por cuestiones de edad, aspecto que se agrava ante la indigencia, pobreza o discapacidad. La concepción de vulnerabilidad, retoma los conceptos de MSR, de una parte es entendida como el estar expuesto a un riesgo (natural o producido por el hombre), y de otra parte, como la incapacidad del pobre de manejar el riesgo. La relación de vulnerabilidad y edad ubica, como se mencionó antes, a la vejez como un riesgo. El segundo aspecto es el discurso demográfico, el tercer aspecto la pobreza e indigencia de las personas adultas mayores, y el cuarto aspecto la relación de la vejez con la enfermedad.

Podríamos decir que la Ley 1251 de 2008, establece una concepción de vejez deficitaria, y a partir de esta concepción, plantea las intervenciones. La Ley se formula con un alcance universalista, y recoge dos núcleos teóricos, de una parte la defensa y garantía de los derechos humanos para las personas mayores, y de otra parte el MSR que ubica la intervención pública como una acción del estado para (i) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo (ii) y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza. Dos caras de la misma moneda, la garantía del Derecho social para el ciudadano y la intervención pública sólo para el viejo vulnerable.

La intervención pública con relación a la Política para el Envejecimiento y la vejez, tiene cuatro ejes: Promoción de la

salud y el bienestar, Educación, cultura y recreación, Entorno físico y social favorable y productividad. Los fundamentos transversales son: la corresponsabilidad Estado-familia-sociedad. La promoción de la familia es entendida como el impulso de la organización familiar y la responsabilidad de ésta en el cuidado del viejo, confundiendo la responsabilidad de Estado con la solidaridad familiar. La participación del viejo es presentada como formar parte de las decisiones en materia de política pública y el asumir estilos de vida saludables, y la productividad es comprendida como la responsabilidad del viejo de establecer acciones generadoras de ingresos.

La política para el envejecimiento y la vejez es confundida de forma permanente con la política pública para erradicar pobreza, y si bien el espíritu de la norma se presenta en términos garantistas, esta confusión se da en un marco donde el discurso del bienestar en la vejez se reduce a la asistencia del Estado para el manejo del riesgo. La discriminación positiva de la ley se vuelve más el mecanismo para seleccionar el beneficiario de la política. El beneficiario es rotulado como el viejo indigente, el viejo desplazado, el viejo discapacitado, entre otras, perpetuando la segregación. Se debe advertir que el concepto de focalización fue introducido por el propio Ministerio de la Protección Social, en abril de 2008.

La participación socio-política se sujeta a la presencia del viejo en el proceso de formulación de la política, desconociéndose el marco general de la relación *Personas de edad y desarrollo*. La seguridad económica, aspecto esencial de la participación se reduce a los subsidios dados vía asistencia pública. Y la productividad al ser comprendida sólo como generación de ingresos a través de créditos o creación de empresas niega otras formas de productividad de la vejez, pero además se vuelve el discurso alterno a la incapacidad del Estado de garantizar la pensión universal como la principal política para disminuir el riesgo de pobreza en la vejez.

El envejecimiento activo es concebido como la promoción de estilos de vida saludable, relacionados con el autocuidado, la alimentación sana y el fomento de la actividad física. Desconociendo la dimensión de respeto y dignidad que acompañan la construcción de envejecimiento activo, y limitando la comprensión a la responsabilidad del individuo sobre su propia salud.

El segundo gran elemento de la intervención pública tiene que ver con la regulación de las instituciones prestadoras de servicios de atención y protección integral a la persona mayor. No deja de ser paradójico que una política que busca promover la participación social y la integración profundice la concepción de institucionalización. Con respecto a la atención domiciliaria sólo contempla el cuidado y la asistencia en salud. La normatividad está dirigida a establecer unas condiciones mínimas de prestación del servicio, haciendo énfasis especial en la relación de salud mental y vejez.

El tercer aspecto de la norma tiene que ver con el Consejo Nacional de la persona mayor, el cual se constituía como el órgano plural de participación en la formulación, implementación y evaluación de la política pública. Con un fuerte componente institucional que denota la forma como se establece la relación entre la experticia (pública-privada) y las personas viejas. Este es otro elemento que contradice la búsqueda de la integración social de las personas mayores, se puede decir en palabras coloquiales que es una política para la vejez, sin la presencia de los viejos.

Las disposiciones generales en las cuales se establecerían los recursos, terminan por no disponer ningún recurso. Es importante mencionar que el artículo 29 del proyecto de ley 229 de 2008 de cámara, y acumulados 011, 017 y 123 de 2006 de senado, fue vetado por el Ministerio de la Protección Social, al señalar que el legislativo no puede ordenar al ejecutivo una acción que decreta gasto. Lo anterior apoyado

en la Sentencia C-395 de 1997 de la Corte Constitucional. De esta manera la ley que buscaba garantizar los derechos de las personas viejas, queda sin recursos para su ejecución. Los recursos existentes siguen destinándose a los subsidios económicos y al Programa Juan Luis Londoño de la Cuesta manejado por el ICBF. No obstante, la Ley 1251 de 2008 nuevamente promueve que parte de los recursos serán aquellos que los viejos deben auto-gestionar.

En síntesis, se puede decir que las tensiones que expresa la citada Ley, muestran dos posturas distales. De una parte un enfoque garantista y de derechos humanos, caracterizado por la universalidad y el enfoque progresista, y de otra parte una política neoliberal, que se establece con base en la propiedad privada, y en la asistencia vía subsidios para el viejo que demuestre niveles de indigencia, abandono y mal trato social. Lo anterior parece ejercer el efecto contrario a lo que busca la Ley, perpetuando la dependencia familiar, la dependencia del mercado laboral, y la segregación en la vejez.

Conclusiones y reflexiones

Existen elementos que permiten identificar continuidades, y nuevos dispositivos en la Ley 1251 de 2008. Con relación a las continuidades se pueden resumir así:

Los principios liberales de la seguridad social: a) Individualización del riesgo de ser pobre en la vejez. Colombia estableció el sistema de seguridad social desde el año de 1945 pero la cobertura de pensión ha sido mínima. El país ha admitido que hay quienes a través de la propiedad patrimonial tienen derecho a la pensión, y quienes al no tener la propiedad no tienen ese derecho. b) La asistencia para el pobre válido. La ley establece como pobre válido al viejo vulnerable, esta condición puede generarse por causas económicas o por causas físicas o psicológicas. Es decir, la garantía del Estado sólo se da si la persona vieja no puede trabajar. c) Al quedar

descubierto el viejo que no tiene patrimonio, pero que tiene posibilidad de trabajar, se genera la institucionalización de la vida en el trabajo. Esto significa que cerca del 30 por ciento de las personas mayores de sesenta años trabajan, cifra que parece aumentar con el paso del tiempo. No obstante, el trabajo no se realiza por deseo, tal y como lo propone la Asamblea Mundial de Madrid 2002, se realiza por necesidad, y en condiciones de explotación (28, 29).

El imaginario de pobreza en la vejez. Con la pensión por jubilación, se configuró en diferentes países la idea de que la vejez era una etapa de retiro, donde el viejo debía excluirse de la sociedad. Esto se acompañó de un imaginario de menores necesidades económicas en la vejez. En Colombia, ese ideario fue tomado a "raja tabla". La respuesta política hacia a la vejez, y las continuas reclamaciones de la mesada pensional son un ejemplo de cómo en la práctica el legislador ha establecido que las necesidades de las personas mayores son inferiores a las del resto de los ciudadanos. A esto se suma que cerca del 70 por ciento de los pensionados reciben sólo un salario mínimo, y la existencia de un sistema de seguridad social residual donde a más de las tres cuartas partes de la población mayor de sesenta años no se le garantiza la pensión como un DSEC.

Se podría decir que lo nuevo, expresado como un enfoque garantista de los Derechos entra en tensión con las continuidades antes descritas, al punto que pesan más la continuidades, que se manifiestan en los programas desarrollados por el ejecutivo para poner en marcha la política. Este enfoque intenta expresarse en un nuevo dispositivo, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, la cual se presenta como universal, concertada y participativa.

La incorporación del MSR como marco conceptual de la política refunda las continuidades. La asistencia se piensa para la vejez vulnerable. El dispositivo que opera la asistencia es

el subsidio económico, que tenía marco legislativo en dos leyes (100 de 1993 y 797 de 2003) y el Acto Legislativo No 1 de 2005. Este dispositivo económico, establecido como máximo de medio salario mínimo, condena al viejo vulnerable a estar excluido del desarrollo, no debemos olvidar que el crecimiento del PIB en los últimos diez años ha sido constante. El subsidio también establece un nuevo orden en la cotidianidad de las instituciones, y de las propias personas adultas mayores, para quienes ahora quien entrega el beneficio es un banco, pero quien lo elige para el subsidio es el alcalde municipal o distrital.

Finalmente, es necesario preguntarnos ¿por la vejez que vivimos y la vejez que queremos? La vejez que vivimos parece condena por una confusión entre, una política para la inclusión de las personas adultas mayores, y una política minimalista de asistencia al pobre. Por supuesto que es necesario establecer acciones positivas, pero su base debe ser la universalidad, de lo contrario la acción positiva se convierte en un nuevo medio de segregación y discriminación.

La asistencia vía subsidios económicos que rotulan, estigmatizan y cuya calidad no permite la vida digna de las personas, no es la solución a la exclusión social de las generaciones que hoy son viejas, y que serán en el mañana. Por el contrario, se está consolidando un sistema de pobreza para los viejos, y de dependencia del Estado. Tal y como lo expresa *El Plan internacional para el envejecimiento y la vejez*, Madrid 2002, se está condenando a cerca del setenta por ciento de los viejos de Colombia a vivir fuera del desarrollo. Por lo tanto, no podemos decir que es una política que permita la inclusión. El paso firme debería darse para lograr una pensión no contributiva para la vejez de hoy, establecida vía la universalización del DSEC a la seguridad social, y específicamente a la pensión.

La familia como una institución de la sociedad provee protección a la persona mayor, pero no se puede confundir la responsabilidad del Estado para con sus ciudadanos con la solidaridad que se gesta al interior de la organización familiar. Esta última es diferente según las relaciones dadas en la familia y cambia con el propio proceso de envejecimiento de los miembros de la familia, y la presencia de diferentes generaciones. Pero sobre todo, la política familiarista genera dependencia de la persona mayor a los miembros de la familia. Dependencia que se acentúa en la mujer vieja, quien a lo largo de su vida responde como el principal cuidador.

Finalmente, y aunque no ha sido el eje central del escrito, es necesario reflexionar sobre la concepción de envejecimiento activo y productividad en la vejez. Retomando la definición de la Estrategia Regional del año 2003, el envejecimiento activo no es sólo promoción de estilos de vida saludables y autocuidado; implica mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomentar la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Esto sólo es posible planteando nuevas formas de ver la vejez y de ver la política para la vejez, formas que rompan las continuidades expresadas, y que permitan cambiar las relaciones de dependencia a las que ya me he referido.

REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento, Madrid. Resolución de la Asamblea General 197/9. Nueva York: ONU; 2002; Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-01.pdf>.
2. Pérez Díaz J. La Demografía y el envejecimiento de las poblaciones. In: Staab AS, Hodges LC (Ed). *Enfermería Gerontológica*. México D.F.: McGraw-Hill; 1998. p. 451-63.
3. Pérez Díaz J. Consecuencias del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española*. 2005; 104: 210-26.
4. Pérez Díaz J. Demografía y envejecimiento. [Serie en Internet] Madrid: Portal Mayores; 2006 [consultada el 18 de mayo de 2010]; Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-demografia-01.pdf>>
5. Manneheim K. El problema de las generaciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 1993; 62 (abr.-jun.):62-93.
6. Vincent JA. Globalization and Critical Theory: political Economy of World. *Population Issues*. In: Baars J, Dannefer D, Phillipson C, Walker A (Ed). *Aging, Globalization and Inequality The New Critical Gerontology* 1st. ed. Amityville, New York: Baywood Publishing Company, INC.; 2005. p. 245-72.
7. Arrubla DJ. Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. *Revista Gerencia y Políticas en Salud*. 2010; 9(19): 229-42.
8. Messu M. Les conditions sociales des "solidarités familiales". In: Guillemard AM, editor. *Où va la protection sociale? 1^{er}ed*. Paris: Presses Universitaires de France; 2008. p. 325-40.
9. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento. Resolución de la Asamblea General 37/51. Sect. 37 (1982).
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid*. Santiago de Chile: CEPAL; 2003. p. 18.
11. Castel R. Qu'est-ce qu'être protégé? La dimension socio-anthropologique de la protection sociale. In: Guillemard AM, editor. *Où va la protection sociale? Paris: Presses Universitaires de France; 2008. p. 101-17.*

12. World Bank. Averting the old crisis. Policies to protect the old and promote growth. Informe de Investigación. Washington: World Bank. Oxford University Press, 1993 Sept. Report No.: Contract No.: 331.25'2.
13. Principios en favor de las personas de edad, (1991).
14. Arrubla Sánchez DJ. Las políticas del manejo social del riesgo garantizan la seguridad económica y el ejercicio de ciudadanía de las personas mayores? Caso Colombia. En: Mendizábal Bermúdez G, Ortega Maldonado JM, Vidal RR (Ed.) Envejecimiento poblacional y protección social. Cuernavaca. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos; 2012. En prensa.
15. Esping-Andersen G. Los tres mundos del Estado de Bienestar. 1^{er} ed. Diputació provincial de València: Edicions Alfons El Magnànim. Generalitat Valenciana; 1993.
16. Castel R. La inseguridad social : ¿Qué es estar protegido? Ediciones Manantial ed. Buenos Aires: Manantial; 2004. 112 p.
17. Soulet M-H. Une solidarité de responsabilisation? In: Ion J (ed.) Le travail social en débat. Paris: La Découverte; 2005. p. 86-103.
18. Holzmann R, Jørgensen S. Manejo social de riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Washington D.C.: Banco Mundial, 2000.
19. Holzmann R, Hinz R. Soporte del ingreso en la vejez en el siglo XXI. Una perspectiva internacional de los sistemas de pensiones y de sus reformas. 1^{er}ed. Washington: Banco Mundial; julio, 2005. 46 p.
20. Giraldo C. Los derechos sociales y ciudadanía: en prensa; 2012.
21. Guillemard AM. State, society and old-age policy in France: from 1945 to the current crisis. Soc Sel Med. 1986; 13(12):1319-26.
22. Álvarez Leguizamón S. La producción social de la pobreza. In: Álvarez Leguizamón S. (Ed.). Los discursos de la pobreza y el desarrollo humano: Lumen Humanitas, 2005.
23. Arendt H. La esfera pública y la privada. In: Arendt H, (Ed.). La condición humana. Buenos Aires: Mariano Cubí – Paidós; 1993. p. 37-83.
24. Esping-Andersen G. Fundamentos sociales de las economías pos-industriales. Barcelona: Ariel; 2000 octubre de 2000. 267 p.

25. Esping-Andersen G, Palier B. Los tres grandes retos del Estado de Bienestar. 1^{er}ed. Barcelona: Editorial Planeta; 2010. 121 p.
26. Chak KC. Welfare Policies and The Constructions of Welfare Relations in a Residual Welfare State: The Case of Hong Kong. *Social Policy & Administration*. 1998; 32(3):278-91.
27. Estes CL, Phillipson C. The Globalization of capital, the welfare state, and old age policy. *International Journal of Health Services*. 2002; 32(2):279-97.
28. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y salud sexual y reproductiva. [Investigación original] Bogotá D.C.: Profamilia 2005 [consultada 12 de febrero de 2010]; Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/14sistema/01afiliacion.html>
29. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia; 2010 [consultada junio 16 de 2011]; Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/>.

16

CUADERNOS DEL DOCTORADO

Vejez: "entre la focalización y derechos sociales"

Se terminó en Bogotá D.C.

Colombia en abril de 2013

Esta primera edición consta de 500 ejemplares en propalibros beige de 90 gramos, se compuso en tipo Óptima y fue publicada en Impresol, ediciones para la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.