

INDICE.

INTRODUCCION.

CAPITULO 1.

LA TERCERA OLA Y SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA ATENCION A LA POBLACION ANCIANA.

1. La Primera Ola y las condiciones de salud.
2. Definición y antecedentes de la segunda ola (el código de una civilización).
3. El impacto de la Tercera Ola en los servicios de salud y asistencia al anciano.
4. Las épocas sociales y su impacto en la salud: los directorados médicos.

CAPITULO 2.

ESCENARIOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA ATENCION DE LOS ANCIANOS EN MEXICO.

- 2.1. Los escenarios de la seguridad social para el siglo XXI.
- 2.2. Probables escenarios a partir de los cambios económicos que acompañan a la revolución de la información.
- 2.3. Prospectiva México 2021.

CAPITULO 3.

CONDICIONES PARA LA ATENCION DE LA SALUD DE LOS ANCIANOS EN MEXICO.

- 3.1. Condiciones de la transición demográfica y epidemiológica de los problemas de la vejez.
- 3.2. Políticas en atención a la vejez.
- 3.3. Características de los sistemas de salud.
- 3.4. Condiciones de salud de los ancianos en México.

CAPITULO. 4.

HISTORIA Y ORIGEN DE LOS CENTROS DE ASISTENCIA AL ANCIANO EN MEXICO.

- 4.1. Origen de la idea del retiro en la vejez.
- 4.2. La caridad y el origen de los hospitales.
- 4.3. Crisis del sentido de los hospitales y asilos.
- 4.4. Origen de las instituciones asilares en México.
- 4.5. Los asilos de México en la era moderna.

CAPITULO 5.

PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DE LOS ASILOS Y CASAS HOGAR EN LA CIUDAD DE MEXICO.

- 5.1. El origen de la gerontología.
- 5.2. La atención primaria.
- 5.3. Atención en segundo y tercer nivel.

CAPITULO 6.

CARACTERISTICAS Y NORMATIVIDAD PARA LA ATENCION DE LA SALUD DE LA POBLACION ANCIANA EN LA CIUDAD DE MEXICO.

6.1 Distribución de la población anciana en México.

6.2. La participación de la población anciana en la economía.

6.3. Programas institucionales para la atención de los ancianos.

7. VEJEZ Y CIVILIZACION.

CONCLUSIONES Y DISCUSION.

BIBLIOGRAFIA.

ATENCION A LOS ANCIANOS
EN ASILOS Y CASAS HOGAR DE LA CIUDAD DE MEXICO
ANTE EL ESCENARIO DE LA TERCERA OLA.

Fernando Quintanar Olguín.

1999.

INTRODUCCION.

A lo largo de mis estudios de maestría y gracias a la propuesta del Dr. Javier Rosado, organizamos un seminario sobre el futuro de los servicios de salud, su administración y posibilidades. En dicho seminario se mencionaron las condiciones de la mercadotecnia, el impacto de la tecnología, las limitaciones de la educación universitaria, las nuevas corrientes y modelos de administración de servicios de salud, las organizaciones inteligentes, los escenarios del país y las propuestas de los Toffler para poder comprender la dinámica internacional. A más de uno de nosotros nos cambio el panorama y esta condición me hizo cuestionarme el sentido del trabajo a realizar y la reflexión me llevó al tema de la salud de los ancianos centrándome en el desarrollo y posibilidades de los espacios dedicados a atenderlos mirando al nuevo milenio.

Junto con lo anterior, y en pláticas y reuniones de compañeros, se daban los comentarios referentes a que los ancianos no tienen un futuro promisorio; se encontrarán abandonados en más aspectos de los que ahora se encuentran; que ya nadie tiene la intención de atenderlos porque no tienen nada que ofrecer. Estas ideas me inquietaron, y al buscarles respuestas me di cuenta que pensar de esa manera no solucionaba nada. No había un camino claro, ni mucho menos una comprensión del actual problema de la salud de la vejez, el panorama no era nada halagador pero tampoco se tenía claridad de cuales eran las rutas que irían siguiendo los responsables de los servicios de salud ante el nuevo milenio para atender a los ancianos. Al revisar la información sobre las demandas de los ancianos encontré que las organizaciones de jubilados y pensionados tenían claras sus demandas, y las condiciones para ser atendidas eran una pensión digna y justa, atención integral, dignificación de la vejez y otras por el estilo (1), contando con las consideraciones de las instituciones sociales del gobierno y de algunos sectores de la iniciativa privada, me decidí a buscar qué era lo que pasaba, concretamente en la ciudad de México, con los responsables de centros para ancianos, y me encontré con la necesidad de conocer la historia de los asilos y hospitales para poder entender algunas de las razones de sus resistencias al cambio y la misión de su origen.

Fue desagradable realizar la investigación y encontrar que no hay información confiable, realista y oportuna referente a los asilos y casas hogar para ancianos en México, reconocer que los mismos hospitales no tienen áreas destinadas concretamente a los ancianos, aun cuando les proporcionen algunos servicios atendiéndolos con el resto de la población internada. Que instituciones como el INSEN han amplificado sus alcances pero no han evolucionado en su filosofía y organización en la medida en que se esperaba, que muchos centros de atención a ancianos son 'piratas' y no quieren ser reconocidos ante las instancias oficiales con las obligaciones, derechos y responsabilidades que esto les genera; que algunos otros ha tenido que cerrar sus puertas y canalizar a sus residentes, otros m s cambiaron de giro, y los menos se han diseñado para lo que son. Pero de cualquier forma casi todos han razonado con la misma lógica, quedando atrapados en su discurso y en las buenas intenciones, como si las condiciones no cambiaran y los nuevos tiempos no requirieran otras estrategias para la atención a la salud de nuestros viejos.

La misma idea o concepto de anciano es muy joven, aun cuando su imagen y presencia sea milenaria. Los propios ancianos han empezado a levantar sus voces y nos toca a los profesionales y especialistas de la salud escucharlos junto con la sociedad entera antes de que sea demasiado tarde.

Para entender la problemática de la atención a los ancianos, y lo que ellos demandan, es necesario definir lo que se entiende por asilo, residencia y casa hogar. Asilo es una palabra que proviene del latín Asylum donde a = sin y sylum = quitar, despojar, o sea, sin quitar o sin despojar; también viene del griego que significa sitio inolvidable. Como lo veremos a lo largo de esta investigación, se le puso este nombre a todo lugar que por cuidar humanitariamente a toda persona desprotegida, no debía ser afectado por la mayoría de las disposiciones militares, civiles, sociales, religiosas, económicas, industriales y gubernamentales. Conforme se fueron legislando las condiciones de estos espacios, el nombre asilo se identificó con una Institución Social en la que se proporcionaba protección, amparo y medios de subsistencia a los desvalidos, incapacitados, indigentes o menesterosos que no pudieran ejercer por sí mismos sus derechos humanos. Es así como se llega a asumir que la función social del asilo es la de ser una Institución de Protección y Amparo para las personas imposibilitadas de ejercer sus derechos humanos y que necesitan del auxilio de otros.

Si a lo anterior le agregamos el adjetivo de anciano queda circunscrito exclusivamente a la población de la tercera edad. La historia de los centros para ancianos se encuentra muy relacionada a la de los hospitales y a la del desarrollo económico de los diferentes países que cuentan con sistemas de seguridad social y de salud para personas de la tercera edad. Pero en el caso de México dicha historia también se encuentra fuertemente vinculada con las condiciones místicas, espirituales y religiosas que dieron origen a las distintas congregaciones religiosas que se han dedicado a la atención de los más desprotegidos, y que ha generado un estilo asistencial que aun persiste hasta nuestros días. Conforme se fueron repensando las condiciones y necesidades de los ancianos así como las condiciones de vida que ofrecían los asilos, este nombre se fue cambiando por uno más popular y al que se le llamó "Casa Hogar para Ancianos", generalmente identificado por el nombre de un santo, benefactor o fundador. El pensarlo como "Hogar para Ancianos" no necesariamente implicaba que su organización, servicios y proyección social fueran diferentes, si ponía de manifiesto la intención de llevar al anciano a una condición de vida más satisfactoria y gratificante, con la idea de verse como una familia, similar a la de su hogar cotidiano y de origen. El Dr. Willams considera que el nombre de la institución debe corresponder a su función social real.

El concepto de residencia para ancianos también tiene sus matices. Se refiere más a un espacio donde se cuenta con mayor independencia y autosuficiencia por parte de los residentes, al mismo tiempo que tienen acceso a otro tipo de recursos y servicios. Esos matices permiten plantear varias preguntas referentes a cuáles son las posibilidades y problemas que se tienen para atender a los ancianos en las diferentes instituciones, qué alternativas hay a su financiamiento, qué hacer para poder cubrir la demanda que se presenta, qué cambios se requiere realizar en las instituciones, cuál ha sido la evolución del perfil y demandas de la población de ancianos atendidos, y varias más.

Al escuchar las diferentes conferencias del Dr. Garrido me pareció que las condiciones para la atención de los ancianos también podían ser abordadas desde sus propuestas y consideraciones, algunas de las cuales retomó de las ideas de los Toffler sobre el escenario de la tercera ola y el choque de civilizaciones. Por lo disperso de la información disponible, la variación en la estructura y organización de centros de asistencia, así como la falta de claridad que hay respecto a las posibilidades de atención a la salud de las personas que socialmente se les considera ancianas, decidí retomar la aproximación del escenario de la tercer ola que plantean los Toffler y que tuvimos oportunidad de comentar y discutir con el

Dr. Garrido. De esta experiencia retomé algunas ideas que expongo en el primer capítulo, sobre todo las referentes a la idea de crisis mundial y la necesidad de un nuevo lenguaje, con otros conceptos e ideas, que permitan comunicar la magnitud, alcances y din mica de los cambios internacionales. En los seminarios con el Dr. Garrido analizamos las condiciones por las cuales los problemas de los servicios de salud no son independientes de la reorganización social y geopolítica del mundo, que ha afectado a lo que se conocía como países capitalistas y socialistas. En este capítulo trato de exponer con mayor amplitud la idea de que las civilizaciones avanzan, no se encuentran solamente en el pasado o surgirán en el futuro; nosotros somos actores de nuestro movimiento civilizacional que nos ha llevado a una megacrisis, que también puede ser entendida como el proceso que se vive del cambio de una civilizacion a otra, y de la cual los ancianos también se encuentran fuera de lugar a pesar de haber ayudado a construirla desde sus cimientos, incluidos los servicios de salud y la atención instritucional que reciben. Las nuevas condiciones requieren otra cultura de la vejez y la salud.

En el capítulo dos se analizan brevemente algunos de los posibles escenarios para los servicios de salud dedicados a la atención de los ancianos. Se retoman los trabajos de Clemente Ruiz y de Cristina Laurel, también se analiza brevemente la condición de la privatización de los servicios de salud considerando algunas de las ideas de Druker.

En el capítulo tres se revisan las condiciones para la atención de la salud de los ancianos, concretamente en el caso de México, retomando las implicaciones de las transiciones demográficas y epidemiológicas relacionándolas y comparándolas con las condiciones sociales y económicas de América Latina y las políticas de asistencia a la vejez que se han seguido en ella.

El cuarto capítulo es el m s extenso de todos ya que intenta hacer un breve análisis del origen, la evolución y presente de los asilos y casas hogar en México. Se considera la información desde Egipto, Grecia y Roma, hasta llegar a la Edad Media y el paso de sus ideas en la época de la conquista y descubrimiento de América. Se analiza brevemente el escenario del origen que los hospitales tuvieron en México y su evolución hasta llegar a los primeros asilos religiosos y privados con los que contamos hoy en día y los servicios que actualmente ofrecen las instituciones gubernamentales, privadas y religiosas.

En el quinto capítulo se analizan y discuten los problemas que se han identificado en los asilos, casas hogar y servicios de salud para los ancianos. También se comenta cuales son las condiciones reportadas en la literatura acerca de las instalaciones, servicios y organización de los asilos y casa hogar.

En el capítulo seis se exponen algunas condiciones de normatividad y propuestas institucionales que se han planteado ante el incremento de la población anciana en la ciudad de México, se presentan datos donde se comparan datos por sexo y localización en las diferentes delegaciones políticas del Distrito Federal.

En la mayor parte de la literatura consultada (tales como los datos del INSEN, la Alianza para la Tercera Edad, los libros de la OPS y otros) se encontró que casi toda se enfocaba a los ancianos mismos o al análisis de las ventajas y desventajas de las actuales instalaciones. También se plantean propuestas para la atención de los ancianos pero, con excepción del artículo del Dr. Bravo Willams en México y del libro de Minois en Francia, no se encontró ninguno que analizar las razones por las cuales los asilos y casas hogar han llegado a las condiciones en que se encuentran ni cómo sus directivos o responsables pretenden enfrentar los problemas financieros y asistenciales ante los cambios de la economía mundial y reorganización de los servicios de salud que hoy vivimos.

En el capítulo siete se exponen algunas breves consideraciones respecto a lo que es la vejez y la civilización, se analizan brevemente algunas ideas respecto a lo que es el choque cultural que se puede vivir en la vejez, el impacto de la tecnología y los nuevos escenarios que comienzan a manifestarse para un futuro más o menos próximo y su impacto en la vejez.

Dentro del rubro de conclusiones se analiza que, en general, no hay una visión actualizada de quienes coordinan y dirigen las instituciones para ancianos, sean públicos, privados o religiosos; aun hay una atmósfera de buenas intenciones que no ha permitido generar alternativas más realistas y modelos de atención más funcionales. Todo esto permite anticipar una demanda difícil de satisfacer, un cuestionamiento radical de nuestras instituciones y leyes, pues para la época en que se crearon no se podía anticipar la magnitud de los problemas que hoy tenemos. Sí, existen diferencias entre los diferentes tipos de asilos y casas hogar, pero también muchas coincidencias.

De hecho, pienso que parte de los problemas de la atención de los ancianos se encuentra en el mismo origen de los espacios para atenderlos, su filosofía y su intención. Creo que nuestra sociedad aun no esta preparada para atender a tantos ancianos, por vivir en un país joven los vemos muy lejanos; pero comparto las inquietudes del Dr. Bravo Williams y del Dr. Garrido, en el sentido de que de hecho la problemática de la vejez ya nos ha rebasado, y podríamos pensar que parte de los movimientos de jubilados y pensionados obedecen a esta condición.

Si junto con los Toffler y el Dr. Garrido, asumimos que la Tercera Ola apenas inicia, sería difícil plantear condiciones de estabilidad para los centros gerontólogos y geriátricos. Las alternativas y respuestas dadas serían tentativas y temporales, pero se podrían resumir en capacitación del personal, alternativas de financiamiento, intercambio en especie y generación de modelos particulares y generales para la atención de ancianos considerando escenarios futuros. Es por eso que en este último apartado se analiza la actualidad de los supuestos asistenciales con los que funcionan los asilos y casas hogar, se proponen algunas posibles condiciones de atención a la vejez fundamentadas en la lógica en lo que nos ha sumergido la presencia de la tercera ola (atención personalizada, autofinanciamiento de la salud, la generación de modelos particulares y concretos de asistencia entre otras).

Para el año 2000 se estima que México tendrá 7 000 000 de ancianos, y las instituciones de atención a la vejez apenas cubre los servicios de 2500 residentes, basta ver que problema se tendría si tan sólo el 0.1% de la población anciana (70 000 casos) solicitaran atención institucional, el problema sería enorme; falta una profesionalización de la atención y de servicios en muchas IAP's, también falta mucha participación ciudadana y otros particulares.

Quizá aun estamos a tiempo de hacer algo por nuestros ancianos.

* Como información tenemos que el Instituto Nacional de Ortopedia había sido pensado por su fundador, el Ing. Teodoro Gildred, para que fuera el primer hospital de especialidades geriátricas de México, pero entonces los problemas de salud eran otros.

CAPITULO 1
LA TERCERA OLA Y SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS
DE SALUD PARA LA ATENCION A LA POBLACION ANCIANA.

1.1. La Primera Ola y las condiciones de salud.

1.2. Definición y antecedentes de la segunda ola: el código de una civilización.

1.3. El impacto de la tercera ola en los servicios de salud y asistencia al anciano.

1.4. Las épocas sociales y su impacto en la salud: los directorados médicos.

LA TERCERA OLA Y SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCION A LA POBLACION ANCIANA.

Desde la década de los 70s se ha venido planteando por autores, como Alvin y Heidi Toffler, que estamos viviendo un gran proceso de cambio al que se le ha denominado "La Tercera Ola". Este proceso se caracteriza por un replanteamiento amplio y profundo de nuestros estilos de vida, incluyendo la familia, el trabajo, la educación, la política, y por supuesto, la salud. Es un cambio producido por la tecnología y sus impactos en todos los campos del quehacer humano; y es por esta razón que, según los Toffler, se han propuestos modelos alternativos para dirigir y administrar las diferentes organizaciones de las que está compuesta nuestra sociedad.

Sus ideas han sido tan importantes que han sido uno de los motores principales que movieron a gobiernos como los de Gorbachov, a los grupos disidentes de la República Popular China (donde estuvieron prohibidos sus libros durante muchos años) y el Sindicato Solidaridad en Polonia; pero a lo largo de sus textos mencionan importantes cambios que tienen como principal motor la atención a la salud, una atención que tiene que ver con la economía, la política, la educación y los avances científicos.

Según los Toffler (2) En todos los países de la segunda ola, los organizadores e inventores sociales consideraron que la fábrica era el órgano más avanzado y eficaz de producción y trataron de incorporar sus principios a otras organizaciones, incluidas las instituciones de salud, se asumieron las mismas características de las fábricas, su división del trabajo, su estructura jerárquica y su metálica impersonalidad.

El empuje de la tercera ola ha golpeado de frente a todas las personas que hoy vivimos en el planeta independientemente de nuestro grupo social y de nuestra nacionalidad. Ha generado una gran variedad de conflictos en las demandas de atención en todos los aspectos y en la forma de satisfacerlas. Autores como Druker en los Estados Unidos y Valdés en México han retomado las ideas de los Toffler y con ello han podido proyectar las consecuencias de estas condiciones en las demandas sociales; han mostrado la necesidad de replantear la filosofía de los negocios, las funciones de los sindicatos, la razón de ser de las universidades, las funciones de la educación, las decisiones políticas, y la permanencia de los actuales esquemas de la atención a la salud.

También se ha puesto en evidencia que los grupos sociales más desprotegidos ante estos cambios son los grupos marginados, los que no tienen acceso al conocimiento (no necesariamente a la educación) y las generaciones de mayor edad. De hecho Alvin Toffler escribe que muchos de los problemas de supervivencia de los ancianos se deben precisamente a la dificultad de adaptarse a las nuevas tecnologías y a la restricción en la actualización del conocimiento. Los autores antes mencionados, y otros más, han dado la pauta para entender las razones de los cambios en la seguridad social, el proceso de privatización del sector salud, y la dificultad para que los gobiernos sigan siendo los responsables de la salud y la seguridad social de sus gobernados, que en muchos aspectos se presentan de manera pasiva, sobre todo los jubilados y pensionados. En su libro "La Tercera Ola", junto con otro titulado "El Shock del Futuro", Alvin Toffler iniciaba una serie de observaciones que en un principio se tomaron como modas, y no pasó mucho tiempo para que se empezara a visualizar la importancia de los conceptos que él proponía viendo su utilidad para entender la dinámica que en el mundo se había desarrollado, y su impacto en la política, la economía, la educación, las organizaciones, y la salud entre otras.

Toffler dice que la tercera ola describe la vieja civilización en la que muchos de nosotros hemos crecido, trabajado, nos hemos formado, educado, divertido y en la cual también muchos han muerto. Para él, la Humanidad actual se enfrenta a la más profunda conmoción social y reestructuración de todos los tiempos, pues sin advertirlo, el desarrollo tecnológico y las consecuencias sociales que tiene de forma inmediata (aun con todas sus desigualdades) está construyendo una civilización radicalmente nueva y ese es el significado de la tercera ola. Nosotros que vivimos actualmente en el planeta en estos momentos tan cruciales sentiremos todo el impacto de la tercera ola en el curso de nuestra vida.

"Disgregando a nuestras familias, zarandeando a nuestra economía, paralizando nuestros sistemas políticos, haciendo saltar en pedazos nuestros valores, la tercera ola afecta a todos. Pone en cuestión todas las viejas relaciones de poder, los privilegios y prerrogativas de las comprometidas elites de hoy, y proporciona el trasfondo sobre el que se librarán mañana las luchas claves por el poder.

Muchas cosas de esta emergente civilización contradicen a la vieja civilización industrial tradicional. Es, al mismo tiempo, altamente tecnológica y antiindustrial"(p.26)

Toffler señala que la mayoría de las personas, cuando piensan en el futuro, lo hacen asumiendo que el mundo que conocen durará indefinidamente y que los cambios que se dan en su mayoría son cambios esperados, y en ese sentido los consideran familiares. Esta condición da una idea de la resistencia al cambio que en diferentes partes del mundo se ha tenido ante la transformación de los sistemas de salud, y las demandas de los diferentes grupos de la tercera edad son un buen ejemplo de esto pues muchos de ellos son parte de una generación que vivió una organización altamente industrializada, y demandan mayor apoyo del gobierno, ampliar los servicios institucionales de salud, disminución de impuestos, incremento de prestaciones sindicales y otras por el estilo. Los altos índices de delincuencia, en gran aumento en la cantidad de divorcios y suicidios, la gran cantidad de desempleados y conflictos bélicos, los nuevos descubrimientos científicos y las nuevas tecnologías y materiales, los grandes contrastes sociales de alta riqueza y alta marginalidad, son la fuente de altas tensiones para poder sobrevivir en la vida cotidiana y demandan de la humanidad nuevas formas de comportamiento y que son la fuente del surgimiento de otras formas de constitución psicosocial de los individuos contemporáneos. Alvin Toffler plantea que "la idea de la ola no es sólo un instrumento para organizar grandes masas de muy diversa información. Nos ayuda también a penetrar bajo la superficie embravecida del cambio. Cuando aplicamos la metáfora de la ola, se vuelve claro mucho de lo que antes estaba confuso. Lo familiar aparece con frecuencia bajo una luz deslumbrantemente nueva". (pag. 21)

Las consideraciones anteriores hacen que Toffler suponga que nosotros somos la generación final de una vieja civilización y la primera generación de otra civilización completamente nueva. Si esto es verdad tendremos que prepararnos para asumir esta condición con toda la responsabilidad de que seamos capaces tomándola como un privilegio difícil de negar en el que los ancianos siguen siendo actores vivos del cambio y un ejemplo palpable de sus consecuencias.

1.1. La Primera Ola y las condiciones de salud.

Toffler comienza con la sencilla idea de que el nacimiento de la agricultura marcó el primer punto de inflexión en el desarrollo social humano y la revolución industrial formó

la segunda gran transformación; y asumía que ambas son una forma diferente de cambio que se desplaza a diferente velocidad a lo largo del planeta.

Antes de la primera ola de cambio, la mayoría de los humanos vivan en grupos pequeños y, a menudo, migratorios, alimentándose de la caza, la pesca o la cría de rebaños. Sin embargo, en un momento dado hace casi 10 000 años se inicio la revolución agrícola, y con ella se dan las bases para generar una nueva forma de vida señalada por las grandes extensiones de tierra cultivada y los asentamientos humanos que fueron la cuna de las grandes civilizaciones.

Cuando alguna persona se enfermaba tenía el apoyo de los sacerdotes, curanderos o brujos, y en su caso, de los consejos de los ancianos que tenían la experiencia para atender heridas y enfermedades. Con el nacimiento de la agricultura, la cual era precedida por una condición de convivencia armónica entre el hombre y la naturaleza; se dio una condición de relación en la cual lo que el hombre tomaba de ella era solamente lo necesario y en el momento en que lo requería, existía una sincronización entre los ciclos de la naturaleza y los ritmos de vida del ser humano. Antes se nacía y se moría entre el ir y venir de un lado a otro buscando cobijo y comida, condición en la cual los individuos ancianos se mantenían activos participando con su grupo social en dicha búsqueda; sin embargo, la agricultura permitió a la humanidad transformar radicalmente su estilo de vida, cambiando la naturaleza de las relaciones interpersonales, pero sobre todo, cambiando el vínculo del hombre con la naturaleza, transformándola y sin redituarle nada a cambio; dentro de esa transformación quedó incluida una nueva idea de lo que es el cuerpo, la salud y la enfermedad, ya que se podía morir en un lugar, o enfermarse y permanecer sedentario, esta condición facilitó que el enfermo pudiera ser atendido por su familia y seres cercanos y los ancianos eran productivos en el campo. Así eran las condiciones de la primera ola.

El mismo Toffler dice que por mucho que se puedan criticar los actuales sistemas de salud, vale la pena recordar que antes de la revolución industrial, la medicina oficial era letal, centrada en la sangría y en la cirugía sin anestesia. Las causas más importantes de muerte eran la peste, el tifus, la influenza o gripe, la disentería, la viruela y la tuberculosis. Hoy pareciera que nos hemos limitado a sustituir esto por un grupo de agentes mortales que tardan un poco más en llegar. La enfermedad epidémica preindustrial mataba indiscriminadamente a jóvenes y viejos. (véase cuadro 1. para comparar condiciones)

CUADRO 1.
CONDICIONES DE LA SALUD EN LAS DIFERENTES OLAS.

<i>PRIMERA</i>	SEGUNDA	TERCERA
Mayor contacto con la naturaleza.	Distanciamiento con la naturaleza.	Ausencia de contacto con la naturaleza.
Enfermedad asistida por la familia.	Enfermedad asistida en las instituciones.	Enfermedad asistida en el hogar con apoyo tecnológico.
Apoyo de la comunidad.	Apoyo institucional.	Elección personal del apoyo deseado.
Falto de seguro.	Seguridad social.	Aseguradoras.
Vejez funcional.	Vejez en retiro.	Vejez en riesgo o diversificada.

En el cuadro 1. se presenta un esquema de como se encontraba la atención a la salud en las diferentes olas propuestas por los Toffler.

1.2. Definición y antecedentes de la segunda ola: el código de una civilización.

La presencia de la primera ola aún no se había extinguido cuando a fines del siglo XVII se presenta la Revolución Industrial y con ella todo el impacto de las grandes maquinarias y la reorganización social que trajo consigo, con ella se cambió el sentido del trabajo, de familia, educación, religión, arte, política, ciencia y, por supuesto, necesidades sociales incluidas las referentes a la salud. Con fines de referencia Toffler parte de la era de 8000 A.C. a los años 1650-1750 de nuestra Era, en la cual coincide que pierde ímpetu la primera ola y surge la segunda como consecuencia de la industrialización.

La segunda ola se inicio hace trescientos años con el nacimiento de la Revolución Industrial, ésta se caracterizó por haber transformado la naturaleza de las relaciones sociales y dio origen a lo que conocemos como la lucha de clases y la apropiación de los bienes de producción, se creó un nuevo lenguaje para describir y poder explicar la nueva realidad social con una organización radicalmente diferente de las condiciones anteriores. Según Toffler cada civilización tiene un código que se impregna a todas las actividades que en esa civilización se generan, ese código es un conjunto de reglas o principios que le dan forma a su diseño y que programan el comportamiento de millones de personas al mismo tiempo que moldean el pensamiento de quienes les toca vivirla, y se generan esquemas o modelos de pensamiento que se reflejan en toda la organización social; autores como Druker (3) y Ackoff (4) señalan el hecho de que estas formas de pensamiento son las que le han dado estructura a nuestros esquemas científicos y los modelos de administración de

nuestras organizaciones. El código que, según Toffler, compone la segunda ola es un grupo de seis principios, que en el caso de los servicios de salud se pueden presentar de la siguiente manera:

1. *Uniformización.* Se aplica la misma condición a muchas cosas, se establecieron procedimientos para producir una gran variedad de artículos de la misma forma; se uniformizaron las maneras de contratar y seleccionar al personal, en el caso de la medicina esto se ve en la atención a los pacientes según sexo o edad, o cuando se les daban las mismas rutinas a los pacientes en las salas de atención hospitalaria sin considerar sus condiciones de origen, costumbres o recursos.

2. *Especialización.* Acelerando la división del trabajo la segunda ola llevó al origen de las tareas especializadas y posteriormente a la profesionalización, surgiendo un grupo que monopolizaba un determinado conocimiento y lo ejercía tanto en las sociedades capitalistas como en las socialistas, en el caso de la medicina (principalmente la occidental) abundan las especializaciones.

3. *Sincronización.* La segunda ola llevó a un cambio en la relación con el tiempo. Se establecieron horarios de trabajo y esparcimiento. Los niños empezaban y terminaban el año escolar en épocas uniformes, los obreros tenían un horario de entrada y salida, y los hospitales despertaban a todos sus pacientes a la misma hora y programaban los horarios de alimentos y visitas.

4. *Concentración.* Se organizaron grandes espacios para reunir a grandes poblaciones, a los comienzos del siglo XIX se le llamó la edad de las grandes concentraciones, los delincuentes eran concentrados en cárceles y los enfermos mentales en grandes manicomios lo mismo que los obreros en las grandes fábricas.

5. *Maximización.* Se inicio la época de las grandes construcciones (rascacielos, aviones, hospitales y otros) lo mismo que el establecimiento de grandes redes industriales y de servicios tanto de educación como de salud y asistencia social.

6. *Centralización.* Todas las sociedades se organizaron alrededor de un eje rector que era el centro de sus actividades de gobierno, la producción, la salud y la educación se organizaban y dirigían desde un mismo centro de gobierno.

Según Toffler estos seis criterios se aplicaron por igual a las sociedades capitalistas y socialistas de la era industrial por que se originaban de la distancia cada vez mayor entre productor y consumidor, y de la cada vez más extensa función del mercado. En la segunda ola surgieron grandes empresas caracterizadas por la producción en serie, nuevas necesidades de salud y educación así como la llamada seguridad social pero todas regidas por los mismos seis principios antes mencionados. La medicina vivió grandes avances científicos y tecnológicos, así, la atención a la salud se centraba en los hospitales y clínicas pero no en el hogar, la distancia en la relación hombre-naturaleza se había agrandado de manera casi irreversible. Los conceptos de salud, cuerpo humano, y paciente y enfermedad se habían transformado gracias al avance tecnológico y a la incorporación de procedimientos administrativos para la organización de los servicios de salud, procedimientos que tuvieron su origen en la administración de las grandes empresas que se movían por el carbón, el gas y el petróleo.

Si bien esta Revolución Industrial se origina en Europa, no deja de impactar rápidamente al resto del mundo y convivir simultáneamente con los vaivenes de la primera ola, es decir, con sociedades centradas en la agricultura y la ganadería, donde se movían con la energía del animal.

Toffler señala que cuanto más diversidad eliminaba la segunda ola en materia de idioma, ocio y estilo de vida, más diversidad se necesitaba en la esfera del trabajo. Se sustituyó al campesino artesano por el especialista obrero o profesionalista. En los estados, tanto capitalistas como socialistas, la especialización fue acompañada por una creciente marea de profesionalización. Al avanzar la segunda ola, el mercado se interpuso entre poseedor de conocimientos y cliente, separándolos de forma tajante en productor y consumidor. Fue así como en las sociedades de la segunda ola la salud llegó a ser considerada como un producto suministrado por un médico y una burocracia sanitaria, más que como resultado de unos inteligentes cuidados dispensados a sí mismo por el paciente.

En el caso de la sincronización toda la sociedad funcionaba al ritmo de las fábricas y hasta en los hospitales se despertaban simultáneamente a todos los pacientes para desayunar, bañarlos y recibir la visita médica, (no había respeto al proceso natural del organismo para curarse, ni a las necesidades particulares de sueño, hambre y descanso). En las instituciones asilares esta condición sigue vigente y los residentes tienen que ajustarse a los horarios institucionales.

Se puede ver que el código básico de comportamiento que contiene las reglas básicas de la vida social está cambiando rápidamente a medida que avanza la tercera ola. En la actualidad está haciendo su aparición un contracódigo con nuevas reglas básicas para la nueva vida que estamos construyendo sobre una economía desmasificada, sobre medios de comunicación desmasificados, sobre nuevas estructuras organizacionales y corporativas.

El nuevo código ataca directamente gran parte de aquello en que se ha enseñado a creer a la persona de la segunda ola, desde la importancia de la puntualidad y la sincronización, hasta la necesidad de conformidad y uniformización. Pone en tela de juicio la supuesta eficiencia de la centralización y la profesionalización. Obliga a reconsiderar nuestra convicción de que lo más grande es mejor y nuestras nociones sociales de la importancia de la concentración y la puntualidad, así como la moralidad, se tornan situacionales. El código oculto de la sociedad de la segunda ola estimula una arrolladora uniformización de muchas cosas, desde valores, pesos, distancias, medidas, tiempo y monedas, hasta productos, servicios y precios. Los hombres de negocios de la segunda ola se esforzaban, y aun muchos lo hacen, por hacer idénticos todos sus productos.

La especialización o profesionalismo de la segunda ola también ha sido criticada. Una de sus reglas básicas era "especializarse para triunfar". En un tiempo los especialistas eran considerados como la fuente más segura de inteligencia neutral y el ejemplo más común se tenía en los hospitales, pero han sido criticados por perseguir su propio interés y resultar tener una visión restringida y parcial.

La civilización de la segunda ola había alentado también a la concentración. Fomentó concentrar dinero, energía, recursos y personas. Actualmente este proceso ha comenzado a invertirse. Hay una creciente dispersión geográfica y muchas decisiones políticas que tienden a "desconcentrar" a la población de las escuelas, hospitales e instituciones psiquiátricas. Los avances científicos y filosóficos de los últimos tiempos

traen consigo cambios profundos en nuestras concepciones de la Naturaleza, pues durante la segunda ola se pensaba que el hombre era el pináculo de la evolución, en la tercera ola se piensa que el hombre participa del diseño de la evolución, que junto con el progreso, el tiempo y el espacio empiezan a combinarse a medida que pasamos de una cultura de la segunda ola, que cargaba el acento en el estudio de las cosas aisladamente consideradas, a una cultura de la tercera ola que destaca más los contextos, las relaciones y todos los elementos. (véase cuadro 2)

La "investigación de operaciones" que se desarrolló durante la Segunda Guerra Mundial permitió el nacimiento de la revolución de la automatización y toda una serie de nuevas tecnologías que cambiaron el trabajo en la fábrica y la oficina. Llegó una nueva forma de pensar que permitió que de la revolución de la automatización naciera la "teoría general de los sistemas", a la que se le llegó a considerar "el enfoque total, no fragmentario, de los problemas", poniendo de relieve las relaciones de realimentación entre subsistemas y los todos más amplios formados por esas unidades. El lenguaje de sistemas salió de los laboratorios y fue utilizado por políticos, analistas, administradores y especialistas de la medicina, donde surgió un movimiento de "salud totalista e integral" basado en la idea de que el bienestar del individuo depende de una integración de lo físico, lo espiritual y lo mental.

Cada día serán más evidentes las movilizaciones de muchos sectores sociales, incluidos los jubilados y pensionados por buscar mejorar sus condiciones de vida. Tomando como referencia los elementos del código de la segunda ola ser relativamente fácil visualizar que muchas de estas demandas sociales son por regresar o recuperar condiciones pasadas, y nos parecerán inconexas o anárquicas. Toffler dice que esto no es así, el brote de una nueva civilización sobre la Tierra no podía hacer otra cosa que romper viejas relaciones, derribar regímenes y conmover todo el sistema empresarial y financiero. "Lo que parece caos es, en realidad, un masivo realineamiento de poder para acomodarse a la nueva civilización".

En un próximo futuro, al volver la vista atrás a estos momentos y lo veamos como el crepúsculo de la segunda ola, nos entristecer lo que veamos. Observaremos que al llegar a su fin la civilización industrial dejaba tras de sí un mundo en el que una cuarta parte de la

especie vivía en relativa opulencia, tres cuartas partes en relativa pobreza y, según el Banco Mundial, habrá 800 millones de personas en la pobreza absoluta.

"La rápida aparición de la tercera ola no sólo prefigura el fin del imperio de la segunda ola; hace estallar también todas nuestras ideas convencionales sobre la terminación de la pobreza en el Planeta". (p.320)

**CUADRO 2.
CONDICIONES EN QUE SE EXPRESAN LOS CODIGOS
DE LA SEGUNDA Y LA TERCERA OLA.**

<i>SEGUNDA OLA</i>		<i>TERCERA OLA</i>	
UNIFORMIZAR	Los mismos criterios y procedimientos para la atención general del anciano y pacientes.	DIVERSIFICAR-PERSONALIZAR	Diferentes criterios según las posibilidades. 'Atención centrada en el usuario'.
ESPECIALIZAR	Se monopolizaba una determinada función o conocimiento en una persona o grupo.	MULTIFUN CIONALIDAD	Una persona tiene diferentes funciones y conocimientos.
SINCRONIZAR	Mismos horarios de atención para actividades y visitas a los pacientes.	TEMPORALIDAD LIBRE.	Horarios de acuerdo a necesidades reales personales y posibilidades para actividades y visitas en hospitales y asilos.
CONCENTRAR	Grandes poblaciones atendidas en hospitales y asilos.	DESCONCENTRAR	Organizaciones que apoyan a diferentes asilos de menores dimensiones.
MAXIMIZAR	Grandes hospitales e instituciones asilares	ADAPTABILIDAD	Espacios hospitalarios y asilares más reducidos y funcionales.
CENTRALIZAR	Una autoridad en la institución o asilo como rectora de actividades de gobierno.	DESCENTRALIZAR	Distintas instituciones participan de la atención a pacientes y ancianos.
		INFORMAR-GENE-RAR CONOCIMIENTO	Se recupera la experiencia y capacidad de los ancianos y usuarios
		COMPETITIVIDAD	Los servicios de salud y asilos buscan mejorar sus servicios.

En el cuadro 2. se presenta una comparación del código o indicadores que caracterizan la organización de las instituciones de salud y asilos para ancianos de las dos olas. En el caso de la tercera se proponen algunos indicadores como las alternativas correspondientes a los indicadores de la segunda ola.

En las postrimerías de la Era Industrial se calculaba que 1200 millones de seres humanos seguían sin tener acceso a instalaciones sanitarias públicas ni a la posibilidad de disponer de agua potable. Se contaba con 550 millones de personas analfabetas.

Al transformarse el Mega-Estado cambian también sus condiciones del mercado, su dinámica social, empresarial y, por lo tanto, se hace necesario que cambien sistemas de salud y seguridad social, los cuales deberán acomodarse a la nueva lógica que poco a poco surgirá.

1.3. El impacto de la tercera ola en los servicios de salud y asistencia al anciano.

Sin advertirlo con claridad, estamos metidos de lleno en la construcción de una civilización completamente nueva. El punto de inflexión histórico de este proceso se puede ubicar a mediados de la década de 1950, pues en ella se iniciaba el uso generalizado del computador personal, los vuelos con reactores, la búsqueda de nuevas energías y el inicio de una sociedad organizada en la información y el conocimiento a pesar de sus desigualdades. No es de extrañar que los indicios de la historia muestren que la tercera ola se complete en una cuantas década, y quienes vivimos en la actualidad sentiremos todo el impacto de la tercera ola en el curso de nuestra vida. La tercera ola significa que estamos construyendo una nueva civilización con una forma de vida basadas en fuentes de energía diversificadas y renovables; en métodos de producción que hacen anticuadas las cadenas de montaje de la mayor parte de las fábricas, con nuevos modelos de familias no nucleares, y con corporaciones, escuelas y servicios radicalmente modificados, a tal extremo que se escribirá un nuevo código de conducta en el que resaltan las nuevas relaciones interpersonales y las condiciones temporales; tendrá su propia y característica visión del mundo, sus propias formas de entender el tiempo, el espacio, la lógica y la causalidad, y qué decir del nuevo concepto de Hombre que también construirá, y con él las nuevas perspectivas y necesidades de salud. Sin embargo, este código aun no se encuentra acabado y de ahí la dificultad para entenderlo.

Lo más importante es entender que hoy se vive simultáneamente en medio de las corrientes de las tres olas; que todavía no ha desaparecido el impacto de la primera cuando ya están presentes las otras dos, y que parte de los cambios en la organización y proyección que tienen los servicios de salud tienen que ver con esto. La presencia de los tres movimientos de los que habla Toffler ha afecta de diferente manera la condición de la salud.

Bajo las condiciones anteriores se presenta un fenómeno muy peculiar, en el mundo comenzaron a vivir dos tipos de sociedades, una anclada en la agricultura, en el trabajo artesanal cuya salud se cuidaba con los productos del campo y que se resiste a desaparecer; y la otra sociedad es innovadora, busca el progreso industrial y un desarrollo acompañado de expansión social, es una sociedad cuya salud se ve cubierta por condiciones ajenas al hogar y al campo. Así, la salud se fue replanteando en términos de la productividad laboral,

los años de vida útil y el origen del seguro social y los servicios médicos privados de amplia cobertura.

Unos de los cambios más importantes que en cuestión de salud desencadenó la tercera ola fue el desarrollo de productos de fácil acceso en el mercado y que daban mayor autonomía a los consumidores en la atención a su salud. Uno de ellos fue el equipo para practicar en casa la prueba del embarazo, según la Medical World News la idea de que la gente debe confiar más en sus propios medios desde un punto de vista médico está conociendo un gran auge. En todo el mundo hay cada día un mayor número de personas que están aprendiendo a manejar un estetoscopio, tomarse la presión, y otros análisis básicos para el cuidado de su salud.

Conforme las personas van asumiendo una mayor responsabilidad sobre su propia salud y la de su familia se incrementa el número tanto de productos como de servicios que existen en el mercado para atender la salud en el hogar. Este deseo de tratarse uno mismo sus propios problemas (en vez de pagar a alguien para que lo haga) refleja un cambio sustancial en nuestros valores, en nuestra definición de enfermedad y en nuestra percepción del cuerpo y del yo.

Durante la primera ola, la mayoría de las personas consumían lo que ellas mismas producían. Según los Toffler no eran ni productores ni consumidores en el sentido habitual. Eran, en su lugar, lo que podría llamarse "prosumidores".

Fue la Revolución Industrial la que, al introducir una cuña en la sociedad, separó estas dos funciones dando nacimiento a lo que llamamos productores y consumidores. Esta división condujo a la rápida extensión del mercado o red de intercambio a través de cuyos canales las mercancías o servicios producidos por una persona llegan hasta otra y viceversa. Así, en la segunda ola se pasó de una sociedad agrícola basada en la "producción para el uso" a una sociedad industrial basada en la "producción para el intercambio" sin eliminar totalmente una pequeña cantidad de producción para el uso propio.

Así, una forma bastante reveladora de considerar la economía es estimarla compuesta de dos sectores. El sector A comprende todo el trabajo no pagado que realizan directamente por sí mismas las personas sus familiares o sus comunidades. El sector B comprende toda la producción de bienes y servicios para su venta o permuta a través de la red de intercambio, o mercado. La palabra misma de "economía" fue definida de manera

que quedaban excluidas todas las formas de trabajo o producción no destinadas al mercado, y el prosumidor se hizo invisible.

Si examinamos atentamente la cuestión, descubrimos los comienzos de un cambio fundamental en la relación mutua existente entre estos dos sectores o formas de producción. Vemos un progresivo difuminarse de la línea que separa al productor del consumidor, hay un acercamiento nuevo al prosumidor y un cambio que transformará incluso la función del mercado mismo en nuestras vidas y en el sistema mundial. En México tenemos el caso de la Fundación de los 60's, es una empresa manejada únicamente por personas de la tercera edad, más de 120 integrantes, que se dedican a producir cobertores, fundas, adornos y una gran variedad de productos para el hogar que elaboran sus propias familias, las consumen ellos mismos y el resto lo venden en los grandes almacenes. Empezó como un pequeño taller de costura en la sala de la casa de su fundadora, hoy tienen tanta producción que ya requieren de una planta para satisfacer la demanda de sus artículos. Buscan estar al tanto de las condiciones del mercado y de las personas que laboran en dicha fundación, se han equipado con computadoras que manejan de dos a tres personas jóvenes, al mismo tiempo esta fundación mantiene dos casas hogar con la venta de sus productos.

No podemos ignorar a los millones de personas que están empezando a efectuar por sí mismas servicios que hasta ahora realizaban por ellas los médicos. Pues lo que esas personas hacen es desplazar parte de la producción desde el sector B hasta el sector A, desde la economía visible que los economistas vigilan, hasta la economía fantasma que han olvidado; pero el nuevo prosumidor se basa en los avances de la alta tecnología. Con el tiempo se alterará la más fundamental de nuestras instituciones, el mercado, y con él los servicios. Las desigualdades serán cada vez más agudas. El mercado no es ni capitalista ni socialista. Es una consecuencia directa e ineludible del divorcio operado entre productor y consumidor. Siempre que ese divorcio tiene lugar, surge el mercado. Y siempre que se reduce la distancia entre consumidor y productor, se ven puestos en cuestión el papel, la función y el poder del mercado, más aún considerando que mucho del mercado moderno tiene que ver con los servicios y no solamente con los productos. Así, el prosumo implica la "desmercantilización" de ciertas actividades y, por consiguiente un papel profundamente modificado del mercado en la sociedad.

Muchos economistas están llegando a la conclusión de que el pensamiento económico, tanto occidental como marxista, se halla desconectado de una realidad rápidamente cambiante. En cuestión de salud, las elevadas tasas de alcoholismo, ausentismo, crisis nerviosas y trastornos nerviosos entre la población central de la fuerza de trabajo contribuyen a formar el "costo comercial", tal como se mide en el sector B. Las cifras convencionales de producción, tales como el PNB, irán teniendo cada vez menos sentido hasta que las amplíemos para incluir lo que suceda en el sector A.

La tercera civilización aún no es percibida en toda su plenitud, existe en pugna con una civilización con tecnología incipiente del tercer mundo y una civilización con tecnología de punta del resto del mundo, base de la actual plataforma industrial que dio origen a los sindicatos, seguros sociales, grandes inversiones en escuelas, fábricas, hospitales y centros de recreación, pero que también hizo más evidente la desigualdad en la distribución de la riqueza que se manifiesta con mucha claridad en los grupos de jubilados y pensionados.

En su libro "La Creación de una Nueva Civilización" los Toffler (5) plantean que cualquier estrategia para reducir la carencia de trabajo en una economía supersimbólica, que es aquella en la que el intercambio económico está basado en documentos y tarjetas y no en monedas y metales, debe depender menos de la asignación de riqueza y más de la existencia del conocimiento. Pero dado que es muy improbable que estos nuevos puestos de trabajo se encuentren en lo que todavía concebimos como producción industrial, habrá que preparar a las personas mediante la escolarización, la formación profesional y cursos de empleo para cometidos en campos como los servicios humanos, tales como ayudar a cuidar de nuestra población anciana, cada vez más longeva y numerosa, la asistencia infantil, los servicios sanitarios, de seguridad personal y otros por el estilo. Pero esa nueva formación profesional deberá incorporar la consideración de condiciones sociales, espirituales y filosóficas, así como las necesidades de la familia y la comunidad de quien hoy en día se le llama usuario de los servicios de salud.

Podemos decir que la mejor evidencia de la presencia de la tercera ola es la crisis de los paradigmas, valores humanos y las nuevas formas de organización social en una gran variedad de facetas en que se expresa el proceder humano, entre ellos podemos incluir el gran incremento de las aseguradoras en cuestiones de salud y educación, la participación de

la iniciativa privada en la creación de fondos destinados a niños enfermos, ancianos u otros grupos necesitados así como el origen de una gran variedad de orientaciones para la atención de la salud, entre las que se incluyen la medicina alternativa, la herbolaria y otras. Para entender la salud, dentro del marco de la tercera ola, se deben considerar las condiciones de gran movilidad social que se han manifestado de diferentes maneras hoy en día, así como las necesidades de la familia y la comunidad en los diferentes grupos sociales que demandan atención, tales como los jubilados y pensionados.

En un artículo publicado por quien esto escribe y otros dos colaboradores (6) se expone que la presencia de la tercera ola trajo como consecuencia la crisis de los paradigmas, crisis que, tal como lo hace notar Luigi Valdés (7), incluye la ruptura de paradigmas en la economía, la educación, el arte, la ciencia y los valores. La salud no escapa a esta condición y es por esto que cada vez que pensamos en ella lo hacemos desde un sistema de creencias que corresponde a un esquema o sistema científico o filosófico dado; en todas las prácticas para la salud (diagnóstico, tratamiento, pronóstico y evaluación) que en dicho sistema se realizan se nota la influencia del concepto de salud que subyace.

Esta idea pone de manifiesto que ante el umbral de una nueva civilización (idea que es muy difícil de aceptar para muchos) que es la fuente del gran choque cultural que hoy vivimos, que genera nuevos estilos de vida y relaciones entre los hombres y la naturaleza, la salud se verá obligada a replantearse desde su origen y su finalidad.

Los sistemas de la segunda ola están en crisis, incluyendo a los sistemas de asistencia social, los sistemas de salud, los sistemas financieros internacionales, el sistema de valores, la misma nación Estado, e incluso está en crisis el sistema de atribución de papeles que mantuvo unida a la civilización industrial; los papeles ocupacionales se van desdibujando también, enfermeras y pacientes por igual redefinen sus papeles con respecto a los médicos. Este resquebrajamiento de la estructura de atribuciones de papeles, producido a escala de toda la sociedad, es mucho más revolucionario en sus implicaciones por afectar a la estructura misma de la que depende el industrialismo. De hecho, según palabras de varias personas ancianas con las que tuve oportunidad de hablar mientras realizaba la presente investigación en diferentes asilos, su mayor error fue pensar que la sociedad no cambiaría, que siempre habría trabajo, que ya tenían experiencia y habilidades

que les podrían transmitir a sus hijos, que sus pensiones serían suficientes; nunca se les ocurrió pensar que habría nuevas ocupaciones para las que no estaban preparados, nuevos aparatos que no conocían, y otras formas de ver la vida.

Dentro del desarrollo de la nueva sociedad hay cuatro tipos de industrias que, para según los Toffler; se convirtieron en la columna de la nueva era, impactando a todas las organizaciones sociales, incluidas las de salud. La primera es la electrónica y los computadores que están destinados a remodelar la actividad comercial en todos sus aspectos, la naturaleza misma del trabajo, e incluso la estructura de la familia, así como el desarrollo de tecnología médica cada vez más accesible. La segunda es la industria espacial, que a la larga a permitido el desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos. La tercera es el desarrollo de la industria e investigación marítima y el diseño de nuevos espacios que ésta tiene.

La cuarta industria es, quizá, la que mayor impacto tiene en cuestiones de salud, pues se refiere a la industria genética. En el terreno de la salud, muchas enfermedades serán curadas o prevenidas, y muchas otras enfermedades nuevas serán introducidas por inadvertencia o deliberadamente. Esta condición generará diferentes relaciones del mercado para la apertura de nuevos productos y medicamentos.

La extensión del trabajo a domicilio en gran escala no sólo afectar a la estructura familiar, sino que también transformar las relaciones en el seno de la familia en la cual muchas de sus funciones se transferirán a otras instituciones, el caso típico es el de la atención a los enfermos y ancianos, antes se hacía en la casa y ahora se hace en hospitales y asilos o casas hogar.

Toda sociedad crea, a través de sus instituciones, su propia arquitectura de papeles y expectativas sociales. La empresa y el sindicato definieron más o menos lo que se esperaba de obreros y patronos, pero no anticipó el papel de jubilados y pensionados.

En una serie de seminarios que, gracias a la propuesta del Dr. Javier Rosado, fue posible organizar en 1996 a lo largo de los cursos de la maestría, se invitó a diferentes ponentes que hablaron sobre diferentes aspectos de la crisis mundial que vivimos. Uno de ellos era el Dr. Manuel Garrido (8), quien es asesor presidencial y se apoya en las ideas de los Toffler, él planteaba que estamos viviendo un cambio en el mundo, una gran tendencia mundial en la que se está experimentando una tremenda transformación, con todas las

circunstancias que están ocurriendo. Sin embargo, lo verdaderamente importante es saber de qué transformación se trata, no sólo advertir que estamos cambiando.

Garrido afirma que tenemos que ver lo que no advierte todo el mundo: de qué cambios se trata, quién los promueve, dónde está la causa, dónde está el origen; saber a dónde nos dirigimos, y cuál es nuestra perspectiva. También podemos preguntarnos si esta es una oportunidad que se le presenta a las sociedades contemporáneas, a los individuos de las diversas culturas, y, sobre todo, especular si, dentro de esta perspectiva, desaparecerán la pobreza, la desigualdad y el crimen; o si, por el contrario volverán a plantearse los escenarios de guerra que dimos por cancelados hace casi una década. Estas cuestiones tienen que ver con el problema de la cuantificación de los cambios, con la calificación de los mismos.

Ackoff (9), quien retoma las propuestas de Toffler, expone la idea de que nos estamos moviendo en lo que se puede llamar la edad de los sistemas, asume que "en la edad de los sistemas la habilidad de una persona para administrar sus asuntos o los de la sociedad depende más de su comprensión y actitud que de sus métodos de solución a los problemas". (pag. 8). Más adelante expone que los problemas que son elegidos para ser resueltos, así como la manera de formularlos, dependen más de nuestra filosofía y percepción del mundo que del desarrollo de la ciencia y tecnología. Para Ackoff la edad de los sistemas es el punto central de la tercera ola de Toffler y es el inicio de una era postindustrial que cuestiona todas las facetas de nuestra sociedad, pues no podemos mantener hoy en día las mismas estructuras sociales que sirvieron en épocas pasadas por muy recientes que sean, pues obedecen a otras condiciones; al respecto Ackoff hace un análisis de los hospitales y servicios de salud que retomaremos en el siguiente capítulo. Por el momento, baste decir que ante la magnitud de los cambios que vivimos queremos saber qué es lo que ha hecho que se están cayendo los grandes paradigmas, cómo van a influir todas estas variables en la toma de decisiones, por qué se plantea hoy día la descentralización de los servicios públicos y por qué no se planteó hace 50 años; qué tenemos y qué hace que las empresas grandes como IBM, Coca Cola, o el mismo Instituto Mexicano del Seguro Social tengan ahora que flexibilizarse.

El Dr. Garrido se pregunta ¿Cuál es la raíz del cambio?. y para contestar la pregunta él aborda como cuestión básica saber cuál es la raíz del mal, y asume que éste se encuentra desde el principio de lo que conocemos como "civilización".

Hay una relación directa entre la transformación de este hombre en humano, esta singularización que nos permite llamarnos "humano", el trabajo, y la herramienta que ha permitido que estas criaturas se conviertan en lo que somos. Desde esta perspectiva se puede ver la importancia fundamental que tiene la herramienta en esta transformación. Lo cual significa que cualquier cambio que se opere en el mundo de las herramientas es un cambio fundamental en todo ese conjunto multidimensional que conforma a ese ser humano.

Según el Dr. Garrido el punto referente a la naturaleza del cambio que estamos viviendo es un cambio de orden civilizacional, entendiendo por civilización el mundo de las herramientas, hablar de la civilización, es hablar del mundo de las herramientas. Todos estos instrumentos nos hablan del carácter de una época, y al hacer las excavaciones encontramos restos que retratan toda una época. Decir que se va a analizar el cambio en el mundo contemporáneo en términos civilizacionales es decir que estamos pasando de un universo de herramientas de trabajo a otro universo de herramientas de trabajo diferentes, y por lo mismo pasamos a otro universo de necesidades sociales. Las herramientas se van perfeccionando, y hay que señalar que una cosa es perfeccionar una herramienta y otra cosa muy diferente es pasar de un universo a otro, que no implica necesariamente un perfeccionamiento, sino que implica una ruptura de una herramienta a otra. En este punto considero que podemos ver el impacto que esta condición tiene en la salud. Distintas herramientas tienen diferentes consecuencias en la atención a la salud, y son utilizadas por diferentes personas a lo largo de su vida, los ancianos de hoy en día trabajaban con otras herramientas y sus necesidades de salud eran diferentes a las de los trabajadores de hoy.

El Dr. Garrido continua diciendo que todavía no tenemos el concepto apropiado para determinados artefactos. Muchas veces por la falta de conceptos, hacemos analogías alrededor de otras cosas, (por ejemplo, la palabra "máquina"). Señala dos observaciones que son de importancia para el tema de esta tesis.

1. La condición laboral se debe estudiar en conjunto con la condición sindical. Hay una cuestión a señalar en la que tenemos las consideraciones a este tipo de cambios que

estamos viviendo actualmente, los cuales sólo son comparables con el paso del Paleolítico al Neolítico. El descubrimiento de la agricultura (una herramienta) hizo que el hombre pasara de tomar el fruto de la naturaleza a producir él mismo sus propios alimentos, produjo uno de los mayores cambios absolutos pues se dieron las bases para acentarse en un solo lugar y crecer alrededor de él. "Desde esta perspectiva civilizacional se nos permite ver y programarnos conceptualmente para investigar el terreno que estamos pisando; y nos guste o no, lo que estamos viendo es que es un mundo el que se viene abajo, un universo entero, y con él un determinado tipo de hombres, unos determinados tipos de profesiones, o de enfermedades. Es una enorme revolución tecnológica que significa un cambio comparable al paso del Paleolítico al Neolítico, estamos en el ojo del huracán". (10)

2. "La civilización de la criatura humana". Una segunda cuestión a considerar sería la "condición civilizada de la criatura humana" en la cual podemos asumir que el hombre ha llegado a esta condición a partir de un crecimiento desmesurado de la población, de la pobreza y un deterioro desmesurado del mismo hombre. Podemos ver que se está presentando una degeneración constante en la naturaleza humana; el hombre consiste en el trabajo, y el trabajo requiere de una relación con la naturaleza; y, de esta relación, el hombre obtiene todos los instrumentos sin los cuales no puede vivir. El trabajo es una transformación permanente de los recursos naturales. A lo largo de esta historia milenaria, el hombre ha poblado el mundo. Un mundo donde cada uno de nosotros constituye una célula que trabaja, haciendo su trabajo en la naturaleza, sacándole cosas. Esto es lo que el hombre ha llamado la Conquista de la Naturaleza, pero también podríamos entenderla como el camino a la conquista de la salud.

Al igual que el Dr. Garrido, Ackoff también presenta la idea de que en la era de los sistemas los aspectos de salud y educación se ven impactados por las condiciones del mercado y se da la pauta para que se presenten las aseguradoras como un medio para atender la salud. Ackoff incluso señala que nuestros sistemas de salud están más diseñados para la comodidad del médico que para la completa atención al paciente y, en general en los países subdesarrollados, la salud ha quedado reducida a un lujo y no a un derecho. Textualmente Ackoff escribe:

"Se consideraba que los trabajadores eran como órganos, partes de un organismo más que partes de una máquina. Así se les trataba como partes funcionales sin un propósito dentro de un sistema con un propósito. La administración se preocupó por su salud y seguridad; se dio más atención para crear condiciones dentro de las cuales pudieran servir con mayor eficacia relativa a los propósitos de la corporación, no los suyos propios" (pag 44)

La idea planteada aquí es importante ya que una consideración en la atención a los ancianos y la organización de los asilos es que se encuentran organizados para que el médico realice su trabajo y no para que el anciano encuentre un lugar para él.

Nosotros aún no hemos resuelto lo que se había propuesto desde el movimiento de la Revolución Mexicana. Y no alcanzamos a llegar a la segunda ola que es la entrada como país industrial. Ha habido tres esfuerzos de modernización, el de Porfirio Díaz, el de Alemán y el de este último del sexenio pasado. No nos hemos modernizado, y el mundo ya está en la tercera ola. Entonces ¿cómo vamos a pasar desde aquí? ¿brincándonos todo esto? Este es el problema real. Y nuestra realidad marca que frente a nuestro problema, al problema de la pobreza, de la sobrepoblación y ante la escasez de recursos naturales sin duda, este proceso es el proceso de supervivencia de la planta humana; pero hay una trampa, es la supervivencia de la planta humana, no de algún partido político, ni la supervivencia de fulano de tal con todos sus hijos y nietos, hablamos de la supervivencia del ser humano como especie. En lo particular me parece que esta es la idea central que permite entender muchas de las demandas de modernización en los servicios de salud y de atención a los jubilados.

El tiempo es una dimensión cultural y al decir que hay cambios en la naturaleza de las herramientas, estamos diciendo que hay un cambio en la percepción del tiempo, de ahí se derivan una serie de consecuencias muy grandes que nos han llevado a la globalización en el nivel macro, a un nivel micro y en varias partes de la vida cotidiana, pero la vida en los asilos funciona con otro tiempo, el tiempo parece detenerse y con él se detiene la asistencia brindada. Es en este momento en donde se aborda la naturaleza de la transformación del mundo contemporáneo y cómo esta transformación afecta a México y a los países en desarrollo; el modo en que afecta a nuestra sociedad, a nuestra vida cotidiana, e incluso a la manera de relacionarnos en la vida diaria; el modo de entretenimiento, de

amar, y los códigos del comportamiento en el manejo de nuestra vida. La sociedad va experimentando cambios, estamos observando una serie de fenómenos, quizá el que tenemos más a la vista es el fenómeno de la globalización de los mercados, con la consiguiente integración económica alrededor de la constitución de bloques, lo que parece ser un reposicionamiento regional civilizacional para lo que pudiera constituir en el siglo XXI toda una nueva reconfiguración del mundo. Y es una reconfiguración a la que los ancianos del siglo XX aun se resisten a enfrentar y asumir.

Los Toffler dicen que también se ven otros fenómenos que forman parte de la nueva revolución. Hay una aceleración de la vida social, y nos preguntamos como podemos conceptualizar esto, anteriormente tomamos como punto de partida que estamos viviendo un profundo cambio de orden civilizacional. Desde luego que esto se puede llamar de muchas formas, pero estoy proponiéndolo como un modelo de análisis, en el cual estamos diciendo que es un cambio civilizacional.

Hay que apuntar que se presentarán profundos conflictos políticos y señalar al fenómeno de la globalización, y el despotismo financiero que va cabalgando sobre la globalización de los mercados y las nuevas herramientas tecnológicas que permiten mover dinero mediante sólo un botón.

El auge del prosumidor altera decisivamente todo nuestro pensamiento económico y surgirán nuevos conflictos sociales. Estallarán batallas en torno a qué necesidades serán satisfechas por qué sector de la economía; habrá luchas en torno a cuestiones como la concesión de licencias, códigos sanitarios y de construcción entre otros, mientras las fuerzas de la segunda ola intentan aferrarse a puestos de trabajo y a beneficios, impidiendo que penetren en ellos los prosumidores. Gran número de problemas de salud -como los derivados de comer en exceso, los de falta de ejercicio o fumar, los problemas degenerativos de los ancianos- no pueden ser resueltos exclusivamente por los médicos, sino que requieren la participación activa de los pacientes y sus familias. El surgimiento del prosumidor y el acceso a otras formas de servicios de salud y asistencia social cambia todo el paisaje económico, pues en lugar de que los servicios sean dados por los gobiernos ahora son parte de los servicios privados y de las Instituciones de Asistencia Privada o IAP's.

El cambio operado en la estructura de la economía forma parte de la misma ola de intercambios que actualmente golpea a nuestra organización social y todas sus instituciones. Estos se hallan, a su vez, interconectados con la forma en que concebimos el mundo, y en él se da la conmoción de la civilización industrial. La tercera ola es la fuente donde surgen las ideas de la teoría general de los sistemas, y con ella también surge una nueva forma de pensar la administración de las organizaciones sociales y de entender la realidad.

Los trabajos de Peter Druker, Ackoff, Luigi Valdés, y los Toffler entre otros autores que han escrito acerca del impacto de la tecnología en la sociedad, y en los servicios y atención a la salud, han permitido ver que la criatura humana es una criatura limitada, aunque en el contacto con el poder político y el poder que da el conocimiento (la ciencia) el hombre se va con la ilusión de que no tiene límite. Pero el hombre es un ser limitado y está limitado por lo menos por dos cosas: por el espacio y el tiempo. Es un mortal, a pesar de todos sus esfuerzos. La medicina forma parte del afán del hombre de hacerle una trampa. Pero estamos limitados por el tiempo, y el tiempo constituye parte de nuestra consistencia. Somos seres de tiempo. Si decimos que el hombre es un animal o criatura tecnológico significa que está echo de tiempo. La tecnología conlleva un impulso acelerador permanente. De manera que, así como nosotros hemos observado en la transformación del mono en hombre, que ha jugado un papel fundamental el trabajo y el tipo de herramientas. No es difícil pensar que este nuevo cambio y estas nuevas herramientas tecnológicas con las que trabajamos actualmente está produciendo un cambio profundo en la consistencia de la vida social. Hoy en día nos encontramos un ejemplo muy simple, que con una computadora cualquiera de nosotros puede ejecutar su trabajo en menos tiempo, pero esta condición es algo difícil de asimilar para la población de ancianos o de la tercera edad, la mayoría de ellos han vivido en una sociedad mexicana caracterizada por un desarrollo industrial disparejo, que además en diferentes ocasiones se han negado a modernizarse para competir, no es de extrañar que la presencia de las tecnologías de los sistemas de información reemplazaran a muchos trabajadores que no tenían la información y preparación necesaria para hacerle frente, y que sus demandas de atención sean orientadas por las ideas del tipo de sociedad que les tocó vivir (una sociedad característica

de la segunda ola de la que habla Alvin Toffler o de la edad de las máquinas de la que habla Ackoff).

Sin duda con estas herramientas estamos viviendo una ruptura en lo que llamaría "expectativas de duración de las cosas". Es un cambio muy profundo en la vida humana que genera muchos conflictos, hasta en nuestras vidas cotidianas. La velocidad, el tiempo ha cambiado. El hombre vive con una velocidad interna que está determinada por la velocidad con la que el hombre resuelve sus operaciones de trabajo. El uso de nuevas tecnologías altera nuestra velocidad psicológica, y nos obliga a una adaptación para la cual no hemos sido educados (podríamos decir que somos hijos de una cultura de larga duración). Y durar constituye un gran valor, típico en la cultura de la cual yo procedo. A las cosas les asignamos un valor de calidad con relación a su duración o al tiempo en que podemos utilizarlas. Ahora las cosas han cambiado. Parece que las cosas actualmente están hechas para no durar. Condición que resulta paradójica en los ancianos institucionalizados que tienden a guardar todo lo posible y que dure algo de tiempo.

Toda civilización tiene una sociedad compuesta de instituciones sociales interrelacionadas. Con frecuencia, a medida que las instituciones de la segunda ola se derrumban aumenta la criminalidad, se disgregan las familias nucleares, las burocracias se tornan problemáticas, se tambalean las economías industriales y se resquebrajan los sistemas sanitarios.

Para la civilización de la tercera ola, la materia prima más básica de todas -y que nunca se agotará- es la información, incluida la imaginación. Con esto, las nuevas condiciones llevarán a reestructurar la educación, la investigación científica y los medios de comunicación, las computadoras personales se incorporarán al hogar, hospitales y servicios, pero los ancianos tienen una enorme desventaja en esta condición, y las instituciones en gran medida favorecen el aislamiento tecnológico y social. Algunos residentes que habían recibido formación universitaria mencionaban lo difícil que les era aceptar el uso de la tecnología; actúan dejando a otros su aplicación, pero ellos no se ven usándola. Solamente tres de las instituciones fomentaban y consideraban el uso de tecnología en el trabajo y asistencia para sus residentes, de hecho eran tres instituciones privadas y relativamente recientes.

La fusión de formas energéticas, tecnológicas y medios de comunicación de la tercera ola, acelerará los cambios en las formas de trabajo. Las fábricas de la tercera ola serán muy diferentes de las que conocemos; y la fábrica tal cual ya no servirá de modelo para otros tipos de instituciones como lo fue para los hospitales y escuelas.

Asociados a los cambios en la dinámica de las instituciones se encuentran los cambios en la cultura y en la distribución epidemiológica. Uno de los principales problemas en la administración y dirección de instituciones para ancianos es que los responsables de tomar las decisiones no siempre cuentan con un marco de referencia, en común y actualizado, que les permita ver de manera completa la relación de los diferentes cambios económicos, sociales, políticos y epidemiológicos, y como consecuencia llegan a tomar decisiones aisladas de las cuales no se pueden prever todas sus implicaciones, no se tiene toda la preparación para hacerlo, se toman como referencias modelos pasados para condiciones completamente nuevas. A lo largo de la presente investigación se encontrarán varios ejemplos de esto, diferentes personas entrevistadas planteaban la importancia de mantener el funcionamiento institucional como lo habían hecho durante décadas y mantienen a sus residentes aislados de su sociedad.

1.4. Las épocas sociales y su impacto en la salud: los directorados médicos.

La matriz de una cultura de larga duración ha pasado a una matriz de corta duración o podríamos también decir que vivimos en la órbita de la brevedad. No es esto tan sencillo, ya que grandes valores de la vida humana se han fundado en la larga duración. Por ejemplo, la lealtad, el compromiso, la fidelidad, se fundan en la permanencia. Ahora difícilmente las personas se comprometen a algo porque no están seguras de adquirir el compromiso porque las condiciones cambian constantemente. La larga duración nos aseguraba un largo periodo estable en que el hombre podía asentar su vida, sus relaciones, sus negocios, los grandes paradigmas, los modelos de organización, los mercados y la transmisión de las enfermedades. Los trabajadores se visualizaban viviendo con sus pensiones aseguradas, se esperaba que la familia los atendiera y que el gobierno satisficiera sus necesidades.

Hoy en día tenemos nuevas enfermedades que se transmiten con gran rapidez. Ahora las opciones están diversificadas. La toma de decisiones se ha diversificado a

consecuencia de los pequeños detalles. En la nueva sociedad en que estamos viviendo, está reapareciendo lo que podríamos llamar un "neoindividualismo" montado en las posibilidades del mercado. Antes lo llamábamos egoísmo y ahora constituye un fenómeno de las inmensas posibilidades a que nos enfrentamos para cualquier decisión de nuestra vida cotidiana.

La realización personal es la gran marca de esta nueva ética, y también constituye una de las grandes contradicciones. En otro momento el Dr. Garrido (11) señala que México es mirado con interés por las economías que se disputan el liderazgo en la globalización y se pregunta ¿Cómo se empata entonces el afán de competitividad que se está viviendo sobre la base de echar abajo los modelos de repúblicas que conocíamos en la modernidad asentados en una vasta red de seguridad social, con lo que significa este enorme fenómeno de realización personal?. Esto ha generado nuevos conflictos sociales, de los que ya ha habido pequeñas turbulencias.

A quienes nos hemos educado en una civilización de la segunda ola nos resulta difícil pensar de esta manera en las instituciones. No es fácil pensar que un hospital tiene funciones económicas y políticas además de médicas. No obstante, está teniendo lugar una fundamental "modificación de paradigmas" -una reconceptualización- de la estructura, objetivos y responsabilidades de la corporación en respuesta a nuevas presiones originadas por la tercera ola; de hecho entre algunos especialistas mexicanos existe la preocupación de que muchas instituciones asilares no permiten la realización de investigaciones serias, y proponen que en lo posible se transformen en espacios de formación y actualización de profesionales y especialistas.

A un nivel más profundo las grandes organizaciones están cambiando las pautas de autoridad que apuntalaban el centralismo. La típica empresa o agencia gubernamental de la segunda ola estaba organizada en torno al principio de "un hombre un jefe". Este principio significa que todos los canales de mando confluían en el centro. Un empleado o un ejecutivo podían tener muchos subordinados pero nunca informarían más que a un único superior.

Actualmente ese sistema se desploma bajo su propio peso en las industrias avanzadas, en los servicios, las profesiones y muchas dependencias gubernamentales. Cada día es mayor el número de personas que tienen más de un jefe. A la forma de organización

tradicional Toffler (12) la llamó "adhocracia" y a la nueva forma de organización Toffler la llamó "de matriz" en la que se emplea un sistema de mando múltiple. Este sistema se ha aplicado a diferentes instancias en diferentes partes del mundo, en Estados Unidos se aplicó al Congreso y en diferentes lugares se ha aplicado a distintos tipos de empresas y a los servicios de salud. En México solamente dos casas hogar tienen estos nuevos sistemas de organización, y en ellas los residentes son ancianos empresarios o profesionistas.

Una condición que ya se ha empezado a dar, es que muchas compañías ofrecen a sus empleados una variedad de opciones en prestaciones, seguros y servicios médicos, pero como Toffler menciona, quizá la consecuencia más llamativa de la tercera ola en cuestión de trabajo es que éste se desplazará en buena medida al hogar, ya no habrá necesidad de estar encerrado 10 o doce horas en la oficina o el despacho, mucho trabajo podrá realizarse desde el hogar y en ese sentido el contratar los servicios de salud no implica pagar la atención médica por medio de impuestos; los residentes de las instituciones mencionadas anteriormente trabajan para ellos mismos desde la casa hogar proporcionando asesorías o funcionando como despacho..

Es por la información anterior que se hace necesario investigar, desde el enfoque de la tercera ola, cuáles serán las condiciones en que los diferentes servicios de salud atenderán a la población anciana y concretamente cuál es el futuro de la atención proporcionada por las instituciones asilares.

Haciendo eco de lo expuesto por los Toffler, Raymond (13) escribió un libro titulado "Administración en la Tercera Ola", en dicho texto analiza las implicaciones que para el desarrollo y reorganización de las grandes empresas, los negocios, el gobierno, la educación y la salud tienen las condiciones de cambio de la segunda a la tercera ola.

Raymond dice que en la mayor parte de la administración de estas áreas se han seguido los preceptos impuestos durante la Revolución Industrial, y han llevado las tareas hasta su nivel más bajo, de forma que cualquier persona con una inteligencia básica pudiera realizarlas. Según él las organizaciones deben descubrir que para que puedan sobrevivir deben ser cada vez más flexibles y precisas, trabajar de manera más intensa, desechar viejas formulas y llegar a ser cada vez más eficaces. También señala que se tiene que aprender a vivir pasando de una crisis a otra; con recursos, provisiones y capital

humano limitado; que la administración debe administrar (planear, decidir, investigar, actualizar, cambiar) y no solamente asignar; que nunca parece haber un final a la vista.

Considera que la tercera ola es mucho más que una confianza creciente en la información y en la alta tecnología. Es un conjunto de nuevas formas de relaciones personales, y entre las personas y la naturaleza; hay nuevos significados, valores, economía, religiones; nuevas propuestas constitucionales, laborales, legales y de mercado; una nueva sociedad.

La segunda ola empezó con un esfuerzo de pasar la libertad a un contexto político y alejarla del contexto de trabajo, por esta razón surgió una nueva forma de pensar que dio pauta para el origen de los sindicatos, los trabajadores industriales. Pero ahora los choques se dan a paso más rápido y nos encontramos con que los trabajadores y empresarios, que habían fomentado la lealtad a la empresa, han hecho de la salud y la edad una condición de contratación laboral; hay protestas contra gobiernos comunistas y socialistas, y han aparecido nuevos problemas de salud por el tipo de enfermedades que se presentan asociado a al tipo de trabajo realizado, su distribución epidemiológica y los grupos sociales y laborales que impactan.

La transición a la tercera ola es un reto que ofrece tres alternativas: 1) adaptarse y sacar el máximo cambio; 2) pelear contra el cambio con todos los recursos disponibles; 3) declarar el negocio, empresa, organización, como dependiente total o parcialmente del gobierno. Raymond dice "Los recursos caros, la creciente competencia y la tecnología que cambia y mejora con rapidez no permitirán la continuación de los procedimientos de la segunda ola. El gobierno, con sus propias limitaciones de presupuesto y políticas, no será capaz de absorber un arroyo interminable de indigentes" (pag. 46); y considera que los hospitales fueron ejemplos durante mucho tiempo de cómo se desperdiciaban recursos, de ineficiencia y técnicas administrativas obsoletas. Se enfrentaban a las demandas de la tercera ola y las presiones de una sociedad más demandante y menos tolerantes, de no cambiar estas condiciones los hospitales se transformarían en una carga para la sociedad y no en un servicio confiable y oportuno.

Morgan y Everett (14) presentan las ideas de la nueva administración de los servicios de salud y dicen que dos aspectos que han permitido el desarrollo de dichos servicios son las ideas de eficacia y calidad. Estas dos ideas se encuentran asociadas a la

presencia de la investigación en sistemas de información, tecnología y el desarrollo organizacional es hospitales y otros servicios a la comunidad. La presencia de estos elementos han dado origen a los directorados clínicos.

Estos directorados pueden permitir el desarrollo de pequeñas unidades, dentro del hospital, que funcionen como funciona un negocio en el que se cuida el desarrollo del servicio y los cambios requeridos para sus propósitos y usuarios. Esto no se debe confundir con la administración de tareas. Reportan el caso de unidades médicas del medio oeste de los Estados Unidos e Inglaterra en los que se desarrollaron modelos basados en la mercadotecnia e introdujeron reformas entendibles y relevantes para los clínicos, que pueden ayudar a identificar los intereses de los médicos, sus pacientes, el desarrollo clínico, las innovaciones médicas y las nuevas tecnologías. Es evidente que la atención a los ancianos no puede quedar fuera de esta dinámica.

Dixon (15) comenta que la presencia de los directorados para los médicos tienen una serie de beneficios que incluyen:

- Mayor claridad en los objetivos del servicio.
- Mejor planeación.
- Un estrecho control del presupuesto.
- Mejor control de calidad.
- Toma de decisiones descentralizadas.
- Mayor flexibilidad en la cadena de mandos.

También considera que dentro de las tareas del médico administrador se encuentran la negociación para la administración de los servicios, monitoreo y control del trabajo clínico, coordinación del personal, definir los requisitos de información para canalizar recursos, monitoreo de los sistemas de admisión, canalización y otros.

Como se puede ver, ya se cuentan con propuestas para la administración de hospitales y servicios de salud en general en los que se consideran a los funcionarios, personal, recursos, financiamiento, infraestructura, usuarios y contexto, pero no contamos con propuestas concretas de administración para los asilos y casas hogar para ancianos.

El progreso tiene un precio para las personas ancianas, Beske (16) aclara que el avance de la medicina ha mejorado la esperanza de vida pero también tiene sus desventajas. El mejor ejemplo del costo de los servicios de salud para la población en

general, y para los ancianos con polipatologías, se presentó con el colapso de la URSS y la caída del muro de Berlín. La esperanza de vida puede llegar a ser de 90 años para una población anciana en expansión, pero ya no se tienen las condiciones del gobierno para su sostenimiento.

En Alemania la lista de demandantes de servicios de salud ha rebasado las posibilidades de mantener servicios para su atención, y se propuso por parte de los políticos o un financiamiento colectivo o que sea una responsabilidad individual. Las condiciones son muy parecidas a las que se ha propuesto en México en donde se tiene una lista de espera con un rango de 60 a 120 solicitudes en las diferentes instituciones, pero la gran mayoría son solicitudes de personas que no pueden pagar los servicios.

**ATENCIÓN INSTITUCIONAL A LOS ANCIANOS EN ASILOS Y
CASAS HOGAR DE LA CIUDAD DE MEXICO
FERNANDO QUINTANAR OLGUIN.
ED. PLAZA Y VALDES
2000**

**CAPITULO 2.
ESCENARIOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN ATENCIÓN
DE LOS ANCIANOS EN MEXICO.**

2.1 Los escenarios de la seguridad social para el siglo XXI.

2.2. Probables escenarios a partir de los cambios económicos que acompañan a la revolución de la información.

2.3. Prospectiva México 2021.

ESCENARIOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN ATENCION DE LOS ANCIANOS EN MEXICO.

Todas las propuestas para la atención de la salud en general, se han dado dentro de un marco de referencia, o escenario, que permite su desarrollo o limita sus alcances. Todos los escenarios considerados para el desarrollo de los sistemas de salud se encuentran definidos por diferencias económicas, políticas, culturales, tecnológicas e históricas que impactan de diferente manera a los diferentes países. Pero la mayoría de los escenarios que hoy vivimos se encuentran afectados por las condiciones de globalización económica y el libre mercado en las que el Estado se va desprendiendo paulatinamente de muchas obligaciones que históricamente había asumido.

2.1 Los escenarios de la seguridad social para el siglo XXI.

Clemente Ruiz Durán y Michael Sherraden (17) plantean que los países con economías en desarrollo enfrentan altos niveles de desempleo y aun no han podido diseñar las bases institucionales que proporcionen seguridad social, de ingreso y salud a los estratos de ingreso más bajo de su población y, aun con todo, se han visto en la necesidad de entrar a la dinámica de reformas que en lugar de asegurar la protección de mínimos de bienestar por parte del Estado, se busca que sean otorgados por el mercado con todas las implicaciones que esto tenga.

Una razón para esto es que muchas de las condiciones del mercado se encuentran planteadas por los países industriales en lo que ya existen alternativas a la seguridad social pero que no son compartidas por los países en vías de desarrollo. Los autores mencionan que en los países industrializados hubo un reclamo social que llevó a la construcción de instituciones sólidas de bienestar social. En el caso de los países industrializados se llegó tarde al capitalismo y tuvieron agendas de desarrollo diferentes a los otros países, así, construyeron sistemas de seguridad social que cubrían a la población del mercado formal pero dejan a gran parte de la población sin protección social, y también podríamos decir que en muchos casos dichos servicios son deficientes. Textualmente los autores escriben "esta visión diferenciada de la cobertura y del tipo de espacios

que serían cubiertos por la seguridad social, dieron por consecuencia el surgimiento de instituciones de seguridad social que, aunque similares en sus tareas, eran totalmente diferentes en su cobertura y en la protección que brindaban... En los países en desarrollo no existe un acuerdo generalizado sobre la protección del ingreso de los diferentes grupos sociales a lo largo del ciclo de vida, y en la mayor parte de ellos se cubre sólo a los trabajadores formales y el resto de los individuos son dejados a su suerte y a la evolución del mercado, lo que provoca una gran desigualdad social... la cobertura de los sistemas de seguridad social ha ido disminuyendo progresivamente, en términos de la población total, aunque en términos absolutos se haya incrementado" (págs. x-xi).

Los asalariados compensaban varias de sus deficiencias gracias a sus prestaciones pero las condiciones de competencia en el mercado, que llevó a un deterioro financiero, obligó a los países en desarrollo a reorientar sus reformas de la seguridad social de la perspectiva de la condición de sus coberturas a la perspectiva de su solvencia financiera.

Los autores plantean al igual que los Toffler y Ackoff, que la era agrícola cedió su lugar a la era industrial y ésta está cediendo el suyo a la era de la información en la que serán dominantes tres tipos de condiciones:

- a) La tecnología conformará la organización económica.
- b) La organización económica conformará los asuntos sociales.
- c) Los asuntos sociales conformarán las políticas de respuesta del Estado.

Bajo estas condiciones el pensamiento de ayer y las soluciones que se proponen no serán aplicables en el mundo tal como se están presentando.

Considerando elementos del código de la segunda ola los autores escriben que la "masificación" que se ha dado en la sociedad llevó al desarrollo del empleo de baja capacitación y básicamente estable en el largo plazo. Se asumía que la mayoría de la gente tendría un empleo a largo plazo y sería cubierto por la seguridad social que supliría todo lo necesario con el ingreso proveniente de ese empleo.

En la era industrial la estrategia básica de las políticas del Estado benefactor del siglo XX es el apoyo directo al ingreso, y la elección del Seguro Social como política

dominante de seguridad social se deriva de ciertos supuestos y perspectivas con respecto a la industrialización y la producción en masa basada en la fuerza de trabajo de baja capacitación, se pueden intensificar básicamente cinco supuestos.

- 1) Las economías y los mercados laborales están esencialmente atadas y ligadas a los Estados nacionales.
- 2) Los asuntos sociales y los económicos serán y deben estar separados casi por completo.
- 3) Hay una preocupación con respecto a los problemas y deficiencias, o "necesidades", de las grandes poblaciones.
- 4) Los desempleados sólo requieren apoyo al ingreso cuando no están percibiendo un salario.

En este supuesto el seguro contra el desempleo es la base del pensamiento de la era industrial sobre la seguridad social, se hace un poco o nulo énfasis en la capacitación para un nuevo empleo, pues se supone que cualquier persona puede tomar casi cualquier empleo de baja capacitación que se le presente.

- 5) Como periodo fijo de inactividad, en la fase final de la vida, la jubilación representa una recompensa por varias décadas de trabajo físico pesado.

La jubilación masiva fue una creación de la era industrial, en la era agrícola la mayoría de las personas trabajaban hasta que ya no podían hacerlo, al parecer la jubilación fue el germen para la idea de pasividad en la fase final de la vida.

Las políticas de la era industrial tenían que ser adecuadas a la dinámica de los tiempos y al cambiar la economía y las condiciones sociales las políticas basadas en el ingreso fueron menos funcionales, y generaron algunas críticas a los sistemas de seguridad social.

- 1) En términos de protección social, la mayoría de los sistemas de seguridad social no han sido muy progresistas.
- 2) Las políticas basadas en el ingreso funcionan como un promotor del consumo masivo más que apoyar el ahorro.
- 3) En las políticas de seguridad social, los pagos en efectivo centralizados, tienden a minar el apoyo intrafamiliar y comunitario.

- 4) En una economía cada vez más global se incrementan los problemas de fronteras nacionales y hay impedimentos importantes para la movilidad en un mercado laboral unificado.
- 5) La mayoría de sistemas de seguro social actuales enfrentan serios problemas fiscales.

Los cambios que se han dado en las políticas del Estado benefactor a fines del siglo XX son compatibles con las tendencias en el mundo que los autores agrupan en cuatro rubros.

- a) Las reducciones en las transferencias para los pobres (lo que políticamente es más fácil).
- b) Un debilitamiento en el dominio de beneficios definidos del Seguro Social conforme aumenta la presión fiscal.
- c) Más sistemas mixtos o bases múltiples en políticas de seguridad social según recomendaciones del informe de 1994 del Banco Mundial.
- d) Un aumento en el uso de políticas con base en activos en forma de cuentas de capitalización.

Los supuestos anteriores, corresponden a condiciones en las que funcionaban los escenarios de la segunda ola, y las críticas correspondientes permiten identificar algunos elementos para delinear los cambios que se han sufrido en el escenario de la tercera ola en México y de la atención a la salud de los ancianos. De hecho estos supuestos ya empiezan a aflorar en la organización y administración de algunas instituciones asilares en México influyendo en la decisión de cómo, de qué tipo y en qué condiciones se abrirían; además, podemos decir que pueden servir como indicadores para definir y tipificar a la población de ancianos a atender.

2.2. Probables escenarios a partir de los cambios económicos que acompañan a la revolución de la información.

Los propios Ruiz y Sherraden hacen una reconsideración de los cambios políticos y económicos que hemos sufrido en México en vinculación con los cambios que se han dado en el contexto internacional y partiendo de ahí piensan

que los escenarios que nos tocarán vivir en México tendrán las siguientes características:

- a) Una economía global con asociaciones comerciales regionales más fuertes.
- b) Ataduras transnacionales más fuertes y una disminución en la influencia de los estados-nación.
- c) Menos empleo masivo, con mayor especialización y producción por parte de empresas pequeñas.
- d) Menos empleo estable, con más trabajo temporal y cambios frecuentes.
- e) Mayor demanda de capacitación laboral y una reducción en la demanda de trabajo físico de baja capacitación.
- f) Mayor movilidad geográfica de los trabajadores.
- g) Mayor número de trabajadores como empresarios vendiendo sus recursos al mercado.
- h) Ingresos familiares de fuentes más variadas.
- i) Menor restricción para la vida laboral con respecto a la localidad, horario o periodo determinado de vida.
- j) Mayor número de familias e individuos en circunstancias divergentes y necesidades divergentes.
- k) Mayor longevidad de la gente, más sana y en mejores condiciones para participar de los desafíos de los procesos de la información.
- l) Redefinición drástica del retiro demandándose mayor compromiso social y productividad económica durante los años avanzados.

Muchas de estas características surgen, entre tantas otras cosas, a partir del impacto de la revolución informática que ha afectado a los negocios y fuentes de trabajo. En función de lo anterior se plantean tres metas generales para las políticas de seguridad social en el siglo XXI:

- a) Metas de protección social con enfoque en el nivel de vida, cobertura, suficiencia y protecciones mínimas para las clases inferiores. El bienestar social se define en términos de ingresos y consumo.
- b) Metas de desarrollo familiar. Promover el desarrollo económico y social de las familias dándole poder a los ciudadanos y promoviendo la participación activa

en el trabajo.

- c) Metas macroeconómicas, fomentar el ahorro, la inversión, una moneda fuerte y estable, buscar el desarrollo de valores y el crecimiento económico.

Se puede ver que los aspectos planteados impactaron de distinta manera a los diferentes grupos de edad de la sociedad mexicana, pero para el caso de los ancianos ser más difícil en la condición de la mujer, pues la mayor parte de la población asilada son mujeres, generalmente con poca o nula escolaridad que además, en su mayoría están fuera del mercado laboral y sin familiares responsables.

Asa Cristina Laurell (18) hace un análisis diferente de las consecuencias y razones de las reformas a los servicios de salud y plantea que estamos presenciando no sólo una enorme ruptura de las instituciones dirigidas a la generación de servicios y beneficios sociales, sino que también asistimos a un intento por suprimir valores muy arraigados de derecho y justicia social.

Laurell desarrolla la idea de que la política social neoliberal busca dar una solución diferente a la contradicción básica del Estado capitalista entendida como la reproducción ampliada del capital y la de legitimar socialmente el régimen de explotación. Ella sume que el neoliberalismo es un proyecto global de reorganización de la sociedad en el que se da una destrucción de los valores, derechos e instituciones que sustenta la forma actual de generar el bienestar y la satisfacción de necesidades que se dan en un Estado Benefactor o Populista.

Para los liberales el intervencionismo estatal resulta antieconómico y antiproduktivo al desalentar a los empresarios a invertir y a los trabajadores a trabajar. Es inefikaz porque tiende a un monopolio estatal que atiende a los intereses particulares de grupos de productores organizados en lugar de responder a la demanda de los consumidores dispersos en el mercado, y es inefikaz porque no ha logrado eliminar la pobreza y, además, ha generado conductas dependientes.

Los liberales sostienen que el bienestar social pertenece al ámbito de lo privado incluyendo la familia, la comunidad y los servicios privados. Pero el Estado sólo debe asumir aquello que los privados no quieren o no pueden

producir, o sea, los bienes públicos. En otras palabras, la crítica al Estado neoliberal está orientada contra los elementos de la política social que implican desmercantilización, solidaridad social y responsabilidad pública. Al respecto Laurell escribe textualmente: "Condena los derechos sociales, la universalidad y el acceso a los servicios-beneficios, la disociación entre los beneficios y la prestación laboral, al igual que la administración y la producción pública de los servicios; de hecho, todos los elementos que caracterizan sobre todo un Estado Social pleno. Por ello, la aplicación consecuente de sus planteamientos implica la destrucción de las concepciones que la fundamentan y las instituciones que la materializan." (pag. 17).

Esta concepción ideológica tiene una intención de extraer su financiamiento y su producción del ámbito público e imprimirles una lógica mercantil privada para convertirlos en actividades económicas rentables, y la razón de esto se basa en que la administración y la producción del bienestar social representan, hoy en día, actividades económicas que abarcan del 20 al 45 % de Producto Interno Bruto (PIB). Para las instituciones asilares en México esta es una condición de desventaja; a lo largo de la investigación encontró que cinco asilos cerraron sus puertas, dos privados que no resultaron en negocio y tres religiosos cuyos costos fueron enormes.

Laurell plantea que la reestructuración profunda y el parcial desmantelamiento de las instituciones públicas de salud y seguridad social son tanto un objetivo como una condición de éxito del proyecto neoliberal. Es un objetivo porque las instituciones públicas constituyen un obstáculo para la expansión del mercado privado y además son una condición concentradora de recursos considerables; son una condición de éxito porque esto implicaría el desmantelamiento de las organizaciones de las clases trabajadoras.

El primer blanco de la política de mercantilización-privatización de la salud y la seguridad social son los fondos de jubilación que permitirían a los grandes grupos financieros privados controlar los fondos financieros más importantes de un país. Además, los servicios de salud son el segundo gran ámbito del proceso de privatización porque representan una actividad económica que constituye entre

el 5 y el 13% del PIB. Así, podemos ver que la privatización en salud se da de manera selectiva y sobre la base de la constitución de los sistemas privado y público con la gestión del financiamiento y la producción de los servicios. Sin embargo, Laurell piensa que estos criterios tienen un contenido histórico, valorativo y ético y no pueden ser reducidos a meras consideraciones pragmáticas y técnicas pues reflejan lo que se espera de la sociedad y los medios para alcanzarlo.

Para evaluar la eficacia de las acciones realizadas por los servicios de salud se debe considerar el logro de sus objetivos en términos de curar una enfermedad, prevenirla, incrementar los años de vida, mejorar las condiciones de salud, y crear condiciones óptimas de desarrollo de capacidades tanto colectivas como individuales. Pero para lograr este último objetivo se requieren tres condiciones; la primera se refiere a la relación entre fines y recursos; la segunda se refiere al costo total que tiene alguna política en particular considerando los costos tanto públicos como privados; y por último se debe considerar la distribución de este costo entre distintas personas y grupos. Laurell señala permanentemente que el derecho a la salud y a la seguridad social son instancias escritas en nuestra Carta Magna y por eso son aspiraciones y valores sociales compartidos y prioritarios.

En el caso de México los principios fundamentales de la seguridad social son la integridad y la amplitud de los servicios y beneficios, la solidaridad y la redistribución de recursos, y el carácter obligatorio y público del aseguramiento. La existencia de varios institutos de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, y otros) se ha traducido en una diferenciación en lo referente a la amplitud de los beneficios.

La institución más importante en términos de cobertura es el IMSS, es también la primera instancia dentro de la cual se presentan los cambios en el sector salud. Su esquema de aseguramiento incluye cinco tipos de seguros:

- a) Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM).
- b) Riesgos de trabajo.
- c) Enfermedad general y maternidad (SE)

d) Guarderías.

e) Retiro.

La integridad del sistema y la amplitud de los servicios y beneficios incluyen la protección económica en casos de invalidez o edad avanzada mediante el pago de una pensión; el acceso tanto del trabajador como su familia a los servicios médicos preventivos y de alta especialización; la compensación económica, atención médica y rehabilitación por accidentes o enfermedades de trabajo; guarderías para los hijos de trabajadoras, y toda una serie de prestaciones sociales, culturales, recreativas, deportivas y de capacitación; y todo esto se complementa con el derecho de los trabajadores a la vivienda por medio del Infonavit.

El IMSS ha usado sus recursos para impulsar políticas en las que destacan la construcción de la red de infraestructura sanitaria más importante de América Latina, la administración del sistema de servicios de salud rural más importante del país contando al IMSS-Coplamar, el fomento cultural y deportivo, la capacitación, y la investigación entre otros.

Laurell señala que la tendencia ascendente de la cobertura se interrumpió cuando se impuso el proyecto neoliberal, básicamente por el impacto que tuvo sobre el empleo y no por problemas propios de la seguridad social pública.

De hecho, fue a partir de 1983 que las instituciones públicas de salud y seguridad social se empezaron a erosionar por diferentes vías. Esto llevó a marcar una vía institucional, social y políticamente a las reformas al sector salud pues ya se veía el desfinanciamiento y el deterioro de las instituciones públicas y la consolidación del sector privado mediante los seguros de vida de mayor monto como primera alternativa.

Así los ejes instrumentales de la política social neoliberal fueron:

a) El recorte presupuestal y su distribución.

b) La descentralización.

c) La promoción de la mercantilización-privatización de los beneficios-servicios.

Estos tres ejes fueron la base para las reformas de la seguridad social y salud presentadas y legisladas en 1995 y 1996.

Uno de los principales problemas de las instituciones públicas de salud y seguridad social es su desfinanciamiento en buena medida provocado por la necesidad de racionalizar el gasto para evitar un desequilibrio presupuestal; el otro aspecto es la transición epidemiológica caracterizada por la emergencia de las enfermedades crónico-degenerativas y el aumento de la población anciana.

A la primera condición va asociada una política que responsabiliza crecientemente a los usuarios del financiamiento de los servicios-beneficios, y esta política desencadenó un proceso de deterioro de las pensiones y de los servicios. Este proceso tuvo dos efectos, el primero fue que por un lado generó las condiciones necesarias para legitimar social y políticamente una futura privatización de la seguridad social debido al desgaste de las instituciones responsables de ella. Por el otro, sirvió de plataforma para impulsar el aseguramiento y la prestación de servicios privados como alternativas a una mejor atención.

En el caso de la segunda condición, según datos del Sistema Nacional de Salud 1992, los datos de la morbilidad hospitalaria demuestran que las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio son las principales causas de hospitalización y, por lo tanto, no podemos asumir que la transición demográfica o el envejecimiento de la población mexicana explica la situación de los fondos de pensiones, que además se vieron afectados por la depresión salarial y la baja en el empleo formal.

La información disponible hasta el momento hace suponer que una motivación importante de la reforma a los sistemas de pensiones es instrumentar mecanismos que restrinjan el derecho a la pensión y fijen su monto en equivalencia con la contribución.

En el contexto del creciente desfinanciamiento de los fondos de pensiones y de la lucha de los jubilados por una pensión digna se tomó en 1992 la decisión de incrementar la cuota patronal para las futuras pensiones de trabajadores, pero este incremento fue la base para la creación del sistema de ahorro para el retiro (SAR). Al respecto Laurell dice "El SAR representó la primera gran ruptura con los principios constitucionales de seguridad social y anticipó la reforma de 1995.

Sustituyó, por un lado, el principio de solidaridad intergeneracional, concretado en el fondo colectivo de reparto, por el principio de equivalencia entre el pago y el monto de la pensión, circunscrito en las cuentas de capitalización individual" (pag. 35)

Lo planteado por Laurell deja la impresión de no tomar en cuenta varias cosas, una es el impacto tecnológico y sus consecuencias sobre la dinámica del trabajo y el mercado, el replanteamiento de los sindicatos y su negativa a la actualización en el caso de varios de ellos, y las consecuencias de la globalización y el papel de México en este proceso. Esto tiene que ver con lo que el Dr. Garrido habla acerca de la evolución del Estado en el llamado Megaestado y Estado Posmoderno de lo que Laurell no menciona nada.

Podemos decir que en la estructura política y el cuerpo político de la nación estamos pasando de un estado postsoberano a uno posmoderno, ya conocemos las fuerzas y son muy distintas de las que gobernaron la estructura y el cuerpo político de la nación durante los últimos cuatrocientos años. Existe un cambio muy notable entre lo que era el estado ayer y lo que es ahora, hay mucha diferencia. Los textos de historia enseñan que éstos últimos cuatrocientos años han sido los siglos del Estado Nación y esto ha conducido a estados cada vez más grandes. Se ha pasado del gobierno de feudos pequeños a gobernar un Estado mucho más grande (no es lo mismo gobernar Suiza, que es pequeña en extensión, que gobernar a los EUA, que es mucho mayor en extensión y en habitantes).

El Estado-Nación tenía por objeto ser el guardián de la sociedad civil, (esta es una diferencia muy marcada), tenía por objeto proteger la vida y la libertad del ciudadano, así como su propiedad contra los actos arbitrarios del soberano, este es un punto clave.

Para la concepción capitalista, el punto más importante es la existencia de la propiedad privada. La existencia de la propiedad privada hace que el hombre tome conciencia de sí mismo como individuo. Favorece una posición individual o egoísta de los individuos que, como Druker señala, es básicamente occidental. Según él la primera generación de economistas, los mercantilistas, decía que "la

riqueza es poder adquisitivo".

Esta visión nos ha causado problemas en lo que respecta a nosotros, en los sistemas de salud, ya que tendemos a imitar el modelo chileno, que no está apoyado en una concepción humanista, sino economicista. En México se sigue que la distribución adecuada de los servicios de salud se da en la medida de la Oferta y la Demanda y del modo en que se muevan estas fuerzas. Drucker nos plantea que si la economía es la clave de la riqueza de las naciones, y que esta riqueza es la que explica si un país es pobre o no, entonces surgen dos teorías que eran las más importantes antes, el capitalismo y el socialismo. Tanto uno como el otro son visiones de economistas. Drucker hace una crítica a los economistas de qué es lo que han hecho para resolver esta condición del estado posmoderno, esta es una cuestión en que se encuentran enfrascados los países actualmente.

Volviendo a los mercantilistas, ellos dicen que la riqueza es poder adquisitivo, su meta era la de aumentar la riqueza monetaria con la acumulación de metales preciosos mediante una balanza comercial favorable. Esto llevaba a la riqueza a un país y, hasta hace poco se considera verdad; por ejemplo los EUA acumulaban una tremenda cantidad de oro en Fort Knox. Esta visión del Estado mercantilista, ya no puede ser válida en la actualidad. Ahora las transacciones ya no pueden realizarse con oro. Desde el punto de vista financiero no es un buen negocio comprar oro, aunque está más o menos asegurado, pero falta el efecto multiplicador que tiene el dinero bien manejado. Esto cambia la visión económica de la gente y los países modernos no acumulan oro. Laurell no menciona nada de esto en su texto, y de lo cual Drucker amplía más la información, pues siguiendo su línea es fundamental observar que la teoría macroeconómica no le puede servir de base a la política económica, porque nadie sabe lo que va a suceder, es decir, existe incertidumbre económica.

Drucker (19) dice que lo que realmente va a funcionar o ser rentable en el mañana es el conocimiento. Un enfoque que haga a la economía más humana y una teoría que la relacione con los valores humanos y que le dé una indicación al hombre de negocios para saber si se está moviendo en la dirección adecuada o

no; y una medida que le indique si sus resultados son reales o ilusorios. Nos hallamos frente al umbral de la teoría posteconómica. Esta teoría no utiliza las teorías económicas clásicas y ya no se utiliza la idea de un Estado, sino la idea de un post-Estado.

Drucker nos plantea que la única posibilidad de ser competitivos es mediante el conocimiento y la innovación. No hay una teoría económica que fácilmente resuelva las cosas, porque también habría que estudiar las condiciones del Estado.

El Estado-Nación buscaba proteger al individuo, y a su propiedad privada, es decir, era un Estado protector, buscando la protección civil, en especial en época de guerra. La mutación del Estado-Nación en el Megaestado empezó en los últimos decenios del siglo XIX. El primer pequeño paso fue la invención del estado paternalista por Bismarck en los años 80 del siglo pasado. Bismarck buscaba combatir la creciente ola socialista, pero "a los diez años de la quiebra de Viena, el canciller alemán Otto von Bismarck había inventado el seguro nacional de salud y el seguro obligatorio de la vejez. En el lapso de 20 años, los socialistas marxistas se habían convertido en el mayor partido político en todos los principales países de Europa continental" (pag. 2). Fue una respuesta a la amenaza de la lucha de clases. Hasta entonces, el gobierno se había visto exclusivamente como una entidad política. Bismarck hizo del gobierno una entidad social. Para ello llevó a cabo varias reformas (beneficencia, seguro de salud, seguro contra accidentes) eran modestas, pero el principio era radical. Y ese principio tuvo mayores efectos que las acciones individuales.

En un artículo de enero de 1996 de la revista "Expansión" (20) se plantea la idea de que ante la inminencia de más acciones gubernamentales para privatizar empresas públicas y abrir nuevos campos, y además del aparente interés por el capital especulativo para darle apariencia de estabilidad, es fundamental detenerse y analizar a qué podrían obedecer esas medidas y qué efectos han tenido hasta ahora, la conveniencia de seguir en ese camino y la manera de mejorar los resultados.

La globalización había ido presionando, y este fenómeno se estaba

introduciendo a nivel mundial (Alemania hace 20 años). Las empresas se vieron obligadas a formar uniones. En Europa el proceso de globalización se desarrolló de manera espontánea, pero en los países en desarrollo el proceso se impuso. En México, las empresas que se privatizaron, por problemas de financiamiento aún no se habían desarrollado, no eran competitivas y sin embargo se vendieron.

Algunas personas todavía creen que una de las ventajas competitivas es el salario, pero ya hemos visto anteriormente que el salario no es una ventaja en el libre mercado. México es un país que debe responder de algún modo a las exigencias del exterior. Un argumento que se usó para justificar el proceso de privatización de empresas paraestatales se dio como una alternativa al problema de la corrupción, vendiéndose estas empresas y dando grandes beneficios a unos cuantos, resultando buenos negocios a aquellos que la habían administrado, pero no se crearon instrumentos para combatir los desvíos de fondos y tampoco se tomaron medidas para castigar a los culpables. En algunos casos bastó con modificar el régimen fiscal de dichas empresas, pero sin nuevas inversiones que las hicieran altamente rentables.

Desde la década de los 80's, los países desarrollados, rescatan al liberalismo y aprovechando su situación financiera, imponen la apertura y una política de privatizaciones para mejorar su situación en vista de la creciente participación de las economías asiáticas. Las empresas latinoamericanas, que se llegan a vender muy baratas y en condiciones casi irrisorias, son adquiridas por los países desarrollados. Los países asiáticos han podido ser competitivos por un importante esfuerzo educativo en el que se recrean sus tradiciones y raíces con una pragmática combinación de inversión pública y privada, usando recetas importadas sólo si les conviene. Esto les ha permitido invadir, primero con insumos y posteriormente con artículos terminados, los mercados de los países desarrollados.

Actualmente el modelo neoliberal globalizador y moderno ha sido llevado a sus extremos en los países latinoamericanos en condiciones mucho muy desventajosas para su población. Hemos visto que no les resultó el experimento en México como se deseaba. En México, un equipo de gobierno lo inscribió en un

modelo en el cual se han tenido que pagar altos costos por mantener una imagen de buenos consumidores, como se vio durante 1995.

Podríamos decir que la crisis fue el resultado de una pésima estrategia, que buscaba insertar al país en la economía mundial, como fue el caso en Argentina. La diferencia con México radica en que, en Argentina no han devaluado su moneda tanto como la nuestra, pero también allá están presentes el desempleo, la quiebra de empresas, y el recorte de salarios para los trabajadores. En Argentina ha sido tan drástico, a grado tal que las fuerzas armadas en competencia con empresas privadas han organizado actividades para poder cubrir sus gastos, (rifas, tómbolas, etc.). Mientras se presenta la inevitable devaluación, continua el endeudamiento en dólares, y cuando se presente la paridad la crisis adicional a la actual será mucho mayor. En este sentido vale la pena recordar que los movimientos de jubilados y pensionados en el mundo, y las demandas de muchos directivos de instituciones asilares en México, tenían mucho en común al demandar el retorno a condiciones previas en las que se había vivido y, quizá, el ejemplo más claro ha sido el caso de la ex-Unión Soviética.

La salud pública mundial ha mejorado ya que ha tenido avances debido a las nuevas tecnologías, la educación, etc. Pero vemos que es demasiado costoso lo que se invierte en hospitales, médicos, tecnologías, y que casi nadie ha podido entrar a resolver esos problemas precisamente por los altos costos. Existe una gran influencia de las variables macroeconómicas dentro de las actividades de un país, ya que actualmente sólo ganamos la cuarta parte de lo que se ganaba en el 80, o incluso se podría decir que los salarios han disminuido hasta en una sexta parte.

El Estado Posmoderno, no maneja los mismos valores que el Estado Moderno; por ejemplo, en el Estado Moderno se daba importancia a la soberanía en el Estado Posmoderno esta idea ya no es tan socorrida. El gobierno en un Estado Posmoderno se auxilia en las ONG's para cubrir muchas de las demandas de salud y asistencia social que de otra manera no podría satisfacer. El funcionamiento, la operación y las organizaciones del estado postmoderno son muy diferentes a las del estado moderno. El ex-gobernador del Estado de Puebla,

Manuel Bartlett, expone la interesante idea de que los gobiernos en la actualidad, cada vez tienen menos credibilidad, ya que se les presentan numerosas demandas que no pueden resolver, actualmente esta política no puede sostenerse porque las condiciones son diferentes y Laurell tampoco dice nada al respecto. Druker piensa que después de la Segunda Guerra Mundial, los países desarrollados, y muchos en vías de desarrollo se han convertido en estados fiscales, llegando a creer que no existe límite económico a lo que el gobierno puede obtener por impuestos y por el endeudamiento y que por consiguiente, no hay límite a lo que puede gastar. Se daba por sentado que todo pertenece al individuo, a menos que se haya traspasado expresamente al gobierno por los representantes políticos de los contribuyentes, bien sea un gobierno absoluto, o bien un parlamento. Pero todo le pertenece al gobierno, a menos que algo haya sido específicamente destinado a ser retenido por el contribuyente, y lo que el contribuyente puede conservar lo conserva sólo porque el gobierno, en su sabiduría y su generosidad, se lo permite. De esta manera, cuando alguien evade pagar impuestos está desposeyendo al Estado de algo que le pertenece.

En 1960 el Mega-Estado ya se había convertido en una realidad política en los países desarrollados, en todos sus aspectos. Druker (21) escribe que "...También es muy interesante ver lo que sucedió con el Japón después de la Segunda Guerra Mundial. No adoptaron el Estado de Guerra Fría. Su gobierno no trató hacerse amo de la economía ni tampoco intentó hacerse amo de la sociedad; se reconstruyó a sí mismo después de la derrota de lo que eran en el fondo las líneas tradicionales del siglo XIX. En lo militar no tuvo opción y Japón no instituyó programas sociales, siendo la gran excepción el 'Seguro Nacional de Salud', que fue impuesto por los norteamericanos victoriosos. Es decir, el modelo de seguridad social fue implantado desde afuera. El Japón no nacionalizó industrias; fue el único de los países desarrollados en que las industrias que habían sido nacionalizadas con anterioridad fueron devueltas a la propiedad privada" (pg.142).

En México se da el fenómeno que comenta Drucker en que el Estado fiscal se convierte en un Estado despilfarrador. No hay disciplina fiscal ya que la

elaboración del presupuesto se inicia por los gastos y no por los ingresos. El gasto público se convierte en el medio por el cual los políticos compran votos y no es de sorprender que mucho del contenido de los discursos de campaña de los últimos tiempos vayan dirigidos a grupos concretos de personas necesitadas, dentro de las cuales se incluyen a las de la tercera edad. Laurell hace una crítica a la reforma de los servicios de salud argumentando que no ha sido del todo satisfactoria pero sin mencionar para nada la idea del Estado Posmoderno. Todo este modelo de Estado Posmoderno, que eventualmente creímos que iba a ser bueno, vemos que no resultó. El combinar la estructura gubernamental con la economía han causado problemas. El sector salud y la asistencia social parecieran verse arrastrados por este modelo económico, y ante las nuevas reformas, habría de conocer cómo nos vemos enganchados o afectados y si existe alguna posibilidad de oponerse y las consecuencias que estos modelos económicos tienen.

2.3. Prospectiva México 2021.

En el número 197 del 15 de septiembre de 1995 de 'La Carpeta Púrpura' (22) se publicó un artículo titulado Prospectiva México 2021 con relación a que esa sería la fecha en la que nuestro país cumpliría doscientos años de independencia (en 1810 se inicia el movimiento independentista y se consolida en 1821). En este documento se plantea la idea de que nuestro país requiere tres consideraciones básicas para crecer:

1. Un sistema de leyes concensadas, planteando una nueva Carta Magna que sea una nueva basa jurídica y que se modifique lo menos posible.
2. Un sistema de seguridad social que garantice la vida, los derechos y las propiedades de los mexicanos. Se deberá incluir la apertura de los juicios a la opinión pública con la participación de todos para normar las condiciones de justicia.
3. Un modelo de convivencia política en el que se respete la constitución, la soberanía y el federalismo.

Lo anterior permitiría que se disminuyeran las desigualdades sociales, pues

todos tendrían la opción de participar según sus posibilidades, y se pondrían restricciones a la acción de los grupos de presión. En este sentido se debe entender que los grupos de jubilados y pensionados, así como los servicios de salud serán considerados pensando en sus necesidades. De ser así, no existirían condiciones para los movimientos de presión de las personas de la tercera edad.

En el documento aquí citado se dice que México ser un país débil mientras tenga 40 millones de marginados, 16 millones en la pobreza extrema, 10 millones de indígenas expulsados del desarrollo y casi siete millones de población anciana que cada día crece más en condiciones poco favorables para sobrevivir. Como muchas de estas condiciones se deben a modelos extranjeros se recomienda que los tecnócratas aprendan a gobernar con principios más sencillos.

Pero a pesar de estos análisis, en la literatura consultada solamente se encontró un artículo en el que se estudiaba el financiamiento de los servicios de atención a la salud de la población anciana en México. Luis Durán y colaboradores (23) realizaron una investigación en la cual trataban de determinar el financiamiento directo de la atención a la salud de los adultos mayores en México haciendo una estimación de los gastos que implicaban estos servicios considerando la información de la Encuesta Nacional de Salud II. Partiendo del desarrollo de una fórmula que incluye ingresos, costos día-cama y días de estancia; así como calculando el gasto de hospitalización y consulta a partir del número de egresos, desarrollaron cuatro líneas de estudio:

1. Discutieron las posibilidades de atención a la salud de los ancianos sobre la base de sus necesidades actuales.
2. Exploraron la atención a la salud de los ancianos considerando la infraestructura disponible en México.
3. Consideraron las proyecciones de la demanda de atención a la salud, retomando el financiamiento directo que se recibe y la estimación de los gastos de atención.
4. Hacen una serie de planteamientos que consideran ser n prioritarios en la salud de los ancianos dentro del Sector Salud en un futuro cercano.

Dentro de estas líneas de estudio incluyeron tres dimensiones de análisis:

a) la atención integral, preventiva, considerando la complejidad de la patología, el estado biológico de los ancianos y la necesidad de una respuesta adecuada a su salud; b) el tiempo de hospitalización justificado por los costos directos de los servicios y las tasas de complicaciones de la salud de las personas de edad; c) los costos en los que se considera la escasez de recursos, la utilización eficiente y el análisis de los servicios de salud de la población en edad avanzada.

En sus resultados encontraron que en distintos modelos que existen para la atención de la salud de los ancianos se tiene un debate en los siguientes temas:

- a. Los beneficios del modelo considerando la satisfacción, la sobrevivencia, el estado funcional y mental.
- b. La conveniencia del modelo en términos de aceptación por parte de usuarios y prestadores de servicios.
- c. El carácter integral de la atención.
- d. El énfasis en la atención preventiva y de primer nivel como la más oportuna en relación a costo-efectiva.
- e. La disminución en la estadía hospitalaria para los casos agudos.
- f. Las formas alternativas para la atención crónica.
- g. La contención de los costos.
- h. El financiamiento de la atención.

El panorama que plantean no es muy alentador de seguir las cosas como están. Estos autores estiman que la necesidad de atención de los ancianos en México presenta múltiples dificultades pues "...no sólo los sistemas de salud no están organizados para dar atención a los problemas de salud de los ancianos, sino que los sistemas de información presentan serias limitaciones para determinar con mayor firmeza la utilización de servicios por parte de este grupo de edad. Aunado a esto, **existen pocos estudios que nos provean información para analizar las necesidades y los problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad.**" (pag. 504, las negritas son mías).

Esta observación coincide con algunos de los señalamientos de Cristina Laurell, pero ella no hace mención a los datos de la Encuesta Nacional de Salud II, ni hace las respectivas diferencias entre los ancianos y otros grupos de edad considerando sus

respectivas condiciones, posibilidades y necesidades de atención. Cae en la misma visión en que han caído los diferentes prestadores de servicios para ancianos y otros grupos necesitados.

Durán y colaboradores señalan que solamente se cuentan con servicios de geriatría, y otros servicios especializados que pueden requerir los ancianos, en siete hospitales en la ciudad de México. Estos son el INNSZ, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, el Hospital General Gustavo Baz Prada, el Centro Médico La Raza, el Hospital Adolfo López Mateos, el Hospital de Magdalena de las Salinas y el Hospital de Petróleos Mexicanos. Pero todos estos centros se encuentran en la Ciudad de México, y fueron creados para la atención curativa aguda y no crónica o preventiva que es y será la de mayor demanda de la población anciana.

En México no es fácil estimar el presupuesto para la atención a la salud de la población anciana, por un lado debido a la diversidad de instituciones que atienden a este grupo (incluidos el DIF y en INSEN, además del incremento de organizaciones no lucrativas que también atienden ancianos), y por otro, porque en las publicaciones oficiales no viene especificado el gasto de atención médica que se destina a la población anciana en las diferentes organizaciones de salud. Esto es importante por que refleja una falta de información verídica acerca de lo que se destina para la atención de los ancianos, y no parece existir una base racional para la planeación y programación de este tipo de asistencia.

Si retomáramos esta última información veríamos que el escenario más cercano para la atención de la salud de la población anciana es un escenario confuso y de mucha incertidumbre para quienes se ven afectados de manera inmediata y cercana por los cambios que se viven. Sin embargo hay propuestas tanto gubernamentales como de particulares que son dignas de tomarse en cuenta.

CAPITULO 3.
CONDICIONES PARA LA ATENCION DE LA SALUD DE LOS
ANCIANOS EN MEXICO.

3.1. Condiciones de la transición demográfica y epidemiológica de los problemas de la vejez.

3.2. Políticas en atención a la vejez.

3.3. Características de los sistemas de salud.

3.4. Condiciones de salud de los ancianos en México.

CONDICIONES PARA LA ATENCION DE LA SALUD DE LOS ANCIANOS EN MEXICO.

A fines del año de 1982 se estableció por parte de la OPS el Programa Regional de Salud de los Ancianos (24) que retomó diferentes reuniones realizadas en 1980 y 1981, con demandas para una rápida atención a la población. Diez años después presentaron una serie de propuestas para la atención de los ancianos, éstas eran:

- a. Protección de la salud de los ancianos. No favorece la institucionalización, pero apoya la evaluación y clasificación de los hogares de ancianos y asilos, ya que encontraron que la mayoría no cuenta con las características estructurales y funcionales adecuadas a la atención de los ancianos. Actualmente el Programa Regional prepara un paquete metodológico para ser aplicado en los sistemas locales de salud (SILOS) que se compone de instrumentos de identificación para la población anciana según riesgos y padecimientos.
- b. Capacitación. Se reconoce la carencia de una preparación integral de los profesionistas dedicados a la atención de los ancianos, pero se ha dado mayor énfasis a la actualización de la enfermera.
- c. Promoción de la salud de los ancianos. El Programa Regional retomó la información disponible en censos, investigaciones, registros y otras fuentes para impulsar la propuesta de promoción de la salud de los ancianos; en 1990 presentaron en Guayaquil, Ecuador, las consideraciones a las que llegaron, y a pesar de haber sido bien recibida se reconocieron algunas dificultades para promoverla, tales como: dificultades para identificar indicadores concretos; falta de credibilidad en los miembros del equipo de salud y la sociedad en el sentido de que los ancianos puedan en realidad beneficiarse de esas consideraciones; dificultades para obtener fondos y resultados a corto plazo; y la falta de personal especializado en la atención a un grupo que no se considera prioritario.

El trabajo realizado tuvo éxito en su metodología y alcances, para 1988 y con apoyo del Gobierno del Estado de Morelos, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia por medio de su Casa Hogar para Ancianos "Olga Tamayo", el IMSS y la

Universidad Autónoma del Estado de Morelos se coordinaron para encuestar a 10 000 ancianos en cuestiones de promoción de la salud en el Estado de Morelos.

- d. Políticas de atención a los ancianos. El Programa Regional reconoce que las principales debilidades para el desarrollo de programas coherentes para la atención de los ancianos son por un lado el bajo nivel de conocimiento científico acerca de la vejez y sus necesidades de atención por parte de los diferentes profesionistas, desde los especialistas de la salud, pasando por los de las áreas sociales, hasta las económicas y administrativas, como resultado de una falta en su formación profesional; por el otro, hay una ausencia de políticas y planes nacionales, estatales y locales que estén orientados al apoyo solidario y realista para el bienestar de un grupo que ha sido actor central en el progreso social y que rechaza las acciones de beneficencia y humillación que generalmente reciben.

Este punto es importante para el tema de este trabajo pues proporciona los primeros datos para conocer las condiciones institucionales para la atención de los ancianos.

Kevin Kinsella (25) escribe que en la década de los noventa las continuas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han elevado el fenómeno del envejecimiento de la población a un nivel de importancia jamás alcanzado.

El incremento de ciudadanos ancianos en la población ha provocado intensos debates públicos sobre temas como los costos del seguro social, atención a la salud, inversión educativa y condiciones laborales. A pesar de que estas condiciones cambian según el grado de desarrollo de los países, la proporción elevada de población de más edad en los países industrializados muestra algunos indicadores de la magnitud potencial del cambio que pueden experimentar los países menos industrializados.

En términos absolutos, para América Latina y el Caribe el incremento neto de la población de ancianos aumenta en más de 80 000 personas cada mes. Se estima que para el año 2000 el aumento mensual neto pasará de 115 000 ancianos.

3.1. Condiciones de la transición demográfica y epidemiológica de los problemas de la vejez.

El envejecimiento de la población se refiere al incremento cada día mayor de la proporción de personas de edad dentro de la población general. Este proceso se determina por las tasas de fecundidad y de mortalidad; también se considera la "transición demográfica" considerada como un proceso gradual mediante el cual una sociedad pasa de una situación de fecundidad alta/mortalidad alta a una situación de fecundidad baja/mortalidad baja. Cuando desciende la fecundidad y las tasas de mortalidad continúan mejorando la población empieza a envejecer.

En el caso de América Latina y el Caribe se estima que la población anciana pasará de un 5.5% del total de la población en 1950 a un 12% para el 2020. Los datos del Centro para la Investigación Internacional de la Oficina del Censo de los Estados Unidos proyecta que entre 1991 y 2020 la población de mayor edad aumentará más rápidamente que la población total en todos los países de América Latina; para el caso de México, en caso de seguir las tendencias actuales, se calcula que la población de ancianos para el 2020 será de 15 574 700, solamente superado por Brasil con 28 121 700, y precedido por Argentina con 7 053 900 casos.

Por otro lado, tomando como referencia la edad mediana de la población se reporta que para 1990 la población mexicana tenía una edad mediana de 19 años, para el 2020 será de 38 años, para Brasil los datos respectivos son 22 y 32 años, para Argentina será de 27 y 33 años aproximadamente. Pero en este caso los valores extremos están en Cuba con 28 a 40 años, y Haití con 17 a 23 años. Las ramificaciones de este centro de gravedad tienen gran importancia para el crecimiento económico, la estructura doméstica y familiar, y para el cambio de prioridades dentro de la atención a la salud y los sistemas nacionales de prestación de dichos servicios.

En la población mayor del país, distintos grupos de edad pueden tener tasas de crecimiento diferentes debido al efecto de las fluctuaciones de fecundidad del pasado, los desastres naturales, las epidemias, las guerras, las posibilidades económicas del país y la migración. Pero de todos los grupos, aquel que crece más rápido es el de mayor edad entre los mismos ancianos, que se define como el de personas de 75 años o más. Como los ancianos más viejos necesitan más atención de salud que los grupos de edad más jóvenes,

el rápido crecimiento de este segmento de la población forzar a los países a hacer frente a cuestiones de atención a largo plazo, cambios de condiciones laborales, jubilación e institucionalización.

En muchos países de América Latina la esperanza de vida excede los 70 años y además las mujeres sobreviven a los hombres en casi todos los países del mundo, pero para el caso de América Latina los diferenciales hombre/mujer están cercanos a los 7 años o son mayores en varios países incluido México. Es evidente que esta discrepancia de género ejerce un efecto directo sobre las condiciones de vida y el bienestar socioeconómico de las mujeres mayores en las condiciones y tipos de espacios de salud para atenderlas.

Dentro del análisis de la dinámica de la población en América Latina se debe reconocer el fenómeno histórico de la urbanización. En términos absolutos, la población urbana aumentó cinco veces durante los últimos 40 años mientras que la población rural se triplicó. Las diferencias de las poblaciones en las proporciones de hombres y mujeres ancianos sugiere una diferencia importante en los modelos de migración que tiene consecuencias para los sistemas de salud y de seguro social tanto en zonas urbanas como rurales.

En América Latina la mayoría de los adultos se casan o viven en uniones consensuales, las diferencias de género en la esperanza de vida evidentemente afectan al estado civil más adelante en la vida. Las personas que disponen de pareja viven mejor que las que no la tienen en todas las dimensiones -económica, social, emocional, de cuidado y otras- del ciclo de vida. Kinsela argumenta que debido a que viven más, se casan más jóvenes y se vuelven a casar con menor frecuencia hay mayor probabilidad de que las mujeres mayores latinoamericanas sean viudas o solteras en comparación con los hombres mayores. Es común encontrar que los ancianos casados generalmente superen en número a los viudos, mientras que las ancianas viudas sobrepasan con mucho a aquellas que aun cuentan con pareja.

Tales diferencias de género pueden ser menos destacadas en los países con amplia cobertura de servicios de salud, seguro social generalizado y sistemas de jubilación. Pero el número de ancianas viudas se encuentra en aumento en toda la región y esto se ha transformado en motivo de inquietud para muchos gobiernos pues buena parte de ellas carece de todo tipo de pensión y demanda servicios de salud especializados.

Retomando datos de 1975-1977 de la Encuesta Mundial de Fecundidad, De Vos (26) analizó datos de México, Costa Rica, Colombia, Panamá, Perú y la República Dominicana y encontró que dentro de la organización doméstica hay dos dimensiones importantes, una es la relativa independencia de la unidad conyugal y otra es la importancia de la familia extendida. Sus datos apoyan la afirmación de que tradicionalmente la familia en sus diversas formas ha sido la principal proveedora de apoyo social y económico a sus ancianos. Esto podría dar una idea de los motivos por los cuales los ancianos sobreviven con las pensiones que se les da en su jubilación, y también son evidencia de los impactos de los cambios de la familia en el escenario de la tercera ola, pues en esta etapa la familia no es todo lo que se esperaba, de hecho los Toffler (27) piensan que la nueva dinámica de la familia podría hacer que recuperara su papel de asistente de los ancianos de la población y que la tecnología de las computadoras podría acercar con otras personas a los más necesitados. Consideran que la familia desapareció después de la Revolución Industrial, sino que se hizo más pequeña, y asumió menos responsabilidades perdiendo mucho de su poder frente a otras instituciones sociales.

Hay tres características en las que se conjuntan las experiencias de América del Norte y Europa:

- a) El número creciente de viudas ancianas.
- b) El mayor porcentaje de ancianos que viven solos.
- c) La dependencia de los ancianos de las mujeres de la familia.

Asociado a lo anterior se tiene que los crecientes números de personas no casadas que viven solas coinciden con una fuerte tendencia hacia una mayor participación de la fuerza laboral femenina y reducción del potencial para prestar cuidado a los ancianos, esto ha dado origen al "desamparo de los ancianos". Aunque con ciertas reservas, es posible pensar que las cambiantes estructuras domésticas y las relaciones familiares en los países industrializados han llevado, en parte, a un enfoque de institucionalización de la vivienda y al cuidado de una proporción significativa de los ancianos. Dados los problemas ampliamente divulgados de este enfoque de institucionalización, una cuestión creciente en muchos países en desarrollo es cómo evitar tal respuesta ante tendencias sociales similares.

Más de la mitad de los hombres de 60 años y más siguen siendo económicamente activos en muchos países. Hay que reconocer que en este caso no se incluye a las mujeres

de edad que por diferencias de género no se ven incluidas en la definición de trabajo y en la aportación a la subsistencia del hogar. Las tasas de actividad entre la población más joven son considerablemente mayores, principalmente para las mujeres.

Lo mismo para hombres que para mujeres mayores, las tasas de actividad económica tienden a ser más elevadas en las zonas rurales que en las urbanas, debido en buena medida a la falta de seguro social y a los esquemas de la jubilación con que los trabajadores rurales cuentan en otros países.

En el caso de México, Perú, Brasil, y otros países, los trabajadores mayores se emplean con mayor frecuencia en el sector agrícola, llegando al 40 y 60% de todas las personas económicamente activas. El sector manufacturero es la segunda fuente más común, les siguen las ventas y los trabajos de servicio. Se espera que las tendencias continuas de urbanización y diversificación económica, conjuntamente con mejores niveles de educación, alteren significativamente el perfil ocupacional de los trabajadores mayores en los próximos decenios.

La "transición epidemiológica" permite describir el cambio a largo plazo en los patrones de morbilidad y mortalidad, y acompasa a la "transición demográfica". Las causas de mortalidad se correlacionan en alto grado con el avance de la edad, el conocimiento de estas condiciones permite estudiar las causas de mortalidad, las condiciones de esperanza de vida y permite sugerir metas realistas para mejorar la salud.

A medida que cambian todas las condiciones epidemiológicas y demográficas en la región se darán cambios en la prevalencia de enfermedades y discapacidades. El número de ancianos discapacitados aumentará simplemente como correlación del crecimiento numérico de las poblaciones ancianas, pero es necesario estar atentos a las circunstancias en las que sea posible que las tasas de discapacidad aumenten conforme las economías se modernicen en el contexto del envejecimiento de las poblaciones y la urbanización continua. El cambio de las tasas de prevalencia por condición y por género afectan a las condiciones de vida y a una serie de metas de planificación relacionadas con la salud de las cuales las instituciones asilares no siempre participan, pues generalmente surgen por la voluntad de sus promotores y no siempre por contar con estudios poblacionales acerca de las condiciones de los diferentes grupos de edad en la sociedad.

El envejecimiento de la población implica un aumento de la edad mediana de la población y, con el tiempo, las edades medianas de la fuerza laboral también empiezan a incrementar.

La fuerza laboral en A.L. y el Caribe asciende hoy a un total aproximado de 275 millones de personas; para el 2005 ser de 375 millones y para el 2020 es posible que el total sea de 475 millones, esto significa que los países tendrán que generar 200 millones de empleo en tres décadas simplemente para mantener el nivel laboral actual.

Hay una gran controversia respecto al grado en que el aumento de la futura fuerza laboral ayuda o perjudica al desarrollo económico. En el caso de latinoamericano no ser sino hasta principios del próximo siglo que aumentar notablemente la proporción de ancianos con relación a las personas en edad de trabajar. Es así que hay una base tributaria potencial, aunque frágil, sobre la cual diseñar o ampliar los programas sociales, en este punto podemos hacer mención de que quienes los ejecutan y diseñan desconocen en general estas condiciones, es decir, hay una ignorancia de los escenarios que pueden moldear el desarrollo de dichos programas.

A pesar de que México y varios países de latinoamericanos han tenido sistemas de seguro social por más de 50 años, y cuentan con esquemas que cubren a trabajadores rurales o independientes, la realidad económica actual anula a menudo los beneficios que los ancianos han venido esperando. La mayor parte de los sistemas de seguro social latinoamericano se ven restringidos por un impuesto limitado sobre el trabajo en el sector formal, que en algunos países representa una base mínima y en todas partes está sujeto a contracción durante los periodos de reducción económica. Dentro del marco de "ajuste estructural", las iniciativas para mejorar la protección social de los ancianos deben competir con otros programas diseñados para reducir, en lugar de aumentar, el gasto público. Es así que los niveles de beneficio frecuentemente quedan a la zaga de la inflación, y es por eso que en América Latina el creciente número de ancianos que ha llegado a la edad de percibir su jubilación se ha encontrado en un grave deterioro de su nivel de vida.

En América Latina la verdadera prueba del progreso puede ocurrir en el sector salud. Después de la Segunda Guerra Mundial la planificación de la salud fue impulsada en la mayoría de los países por las estimaciones de las necesidades de salud basadas en el

tamaño de la población. Con un crecimiento económico que generalmente superaba el crecimiento demográfico, el enfoque de planificación a menudo era "hacer más de lo mismo". Pero la declinación económica de los años ochenta y los costos ascendentes de atención de la salud han excluido esta respuesta. Hoy la situación requiere una urgente revaloración de las prioridades del sector salud en la mayoría de los países en el contexto de las tendencias demográficas y epidemiológicas propias de cada uno de ellos; considero que la solución de 'más de lo mismo' tiende a paralizar las alternativas de atención a los ancianos institucionalizados, generalmente esta forma de solución va en contra de la dinámica social y del proceso de modernización.

Jorge Tapia Videla (28) piensa que el proceso de modernización en América Latina se caracteriza por el desarrollo de cambios profundos, ocasionalmente contradictorios y frecuentemente difíciles de interpretar y uno de los factores que poco se han valorado en este proceso es el fenómeno del envejecimiento de la población en general. En un mundo acostumbrado a planificar en términos de explosiones de natalidad ha resultado difícil reconocer y ajustarse a las nuevas condiciones impuestas por una población en rápido proceso de envejecimiento que impacta los patrones de desarrollo de la región.

3.2. Políticas en atención a la vejez.

El envejecimiento de la población es una consecuencia del éxito de políticas públicas adoptadas a partir del término de la Segunda Guerra Mundial y de la aceptación generalizada del papel central del Estado como promotor del desarrollo económico y del bienestar colectivo.

Entre las políticas de mayor influencia destacan:

- a. La de salud.
- b. La de seguridad social.
- c. La de educación.
- d. Las de ampliación de infraestructura de servicios sociales.
- e. Recientemente, las políticas de población orientadas a la reducción de tasas de natalidad.

Con el tiempo, las anteriores políticas ponen a prueba la capacidad de la infraestructura de servicios para atender las necesidades de la población anciana y cuestionan seriamente tanto su efectividad como su relativa viabilidad. La capacidad para

responder a las necesidades de los ancianos depende tanto de las bases ideológicas como de las materiales.

Tapia hace un análisis de la relación existente entre el envejecimiento y las necesidades de los ancianos y los servicios en América Latina partiendo de la siguiente serie de hechos y supuestos básicos:

1. El concepto de servicios para ancianos incluye seis sistemas principales de servicios: seguridad social en su sentido más amplio, salud, educación, habitación, capacitación para el trabajo, y servicios sociales personales.
2. A pesar de que existen diferencias en la Región influenciadas por la ideología y los valores en que se inspiran los líderes político-administrativos, también existen semejanzas derivadas de la situación general de subdesarrollo.
3. Los servicios públicos presentan diferencias en sus niveles de profesionalización y capacidad operativa que condicionan la accesibilidad de servicios, y a la capacidad potencial del sistema de servicios para responder con efectividad a las presiones derivadas de los rápidos y profundos cambios demográficos.
4. En la Región se adoptó un paradigma de servicios para la población anciana originalmente aplicado en el mundo desarrollado y no siempre adecuado como modelo. La población anciana es vista como afectada por problemas que exigen el establecimiento o expansión de servicios sociales de apoyo que le permitan al anciano asegurar un alto grado de adaptabilidad e independencia. La satisfacción de estas necesidades, en condiciones económicas adversas, se caracterizará por altos niveles de conflictos intrasectoriales e intergeneracionales.
5. Los modelos diseminados a través de los mecanismos de asistencia y transferencia técnica influyen en la forma como los países latinoamericanos definen y tratan de solucionar los problemas asociados al envejecimiento de sus poblaciones y esto se refleja en las políticas de servicios adoptadas relativamente de manera similar.

El acelerado crecimiento de la población anciana sorprendió tanto a políticos como a los administradores de programas sociales, a pesar de que algunos aspectos como el cuidado y la satisfacción de sus necesidades en condiciones de crisis o riesgo se consideran responsabilidades propias del individuo o de su familia.

Bajo la presión del proceso de modernización se producen cambios en las políticas sociales, en las cuales el fenómeno de la vejez se define en términos consistentes con las nuevas políticas públicas de retiro o jubilación. Así, el problema de la población anciana pasa a vincularse con la existencia de sistemas de pensiones que evolucionan de esquemas conocidos de seguro social a sistemas más modernos de seguridad social.

En un principio los problemas y necesidades de la población anciana permanecían ignorados, pues las decisiones sobre políticas públicas de servicios favorecían a los grupos más numerosos y con mayor capacidad para articular y promover sus intereses. En los últimos tiempos estas condiciones han cambiado pues el incremento en la proporción de ancianos y su mayor capacidad para movilizarse por sus intereses han precipitado diferentes cambios y formas de presión social; entre estas se incluyen la generación de políticas en las que se consideran factores y procesos que aseguren la calidad de vida de los ancianos, además de que en la agenda política regional se incluyen aspectos que tienen que ver con las políticas de empleo y retiro.

Contrariamente a los estereotipos tradicionales respecto a la vejez, las actuales condiciones sociales han hecho que la tercera edad se reinvente como una etapa de la vida caracterizada por su activismo, autonomía para decisiones y con mayores posibilidades de autorrealización al verse liberados de las responsabilidades laborales y familiares. Esta condición permite entender el caso de los movimientos de los jubilados y pensionados en México de los que se hablará más adelante.

Hay consenso aparente en los objetivos que deben inspirar las políticas de servicios para los ancianos. El logro de su máxima autonomía descansa en una red de condiciones que incluyen su salud, nutrición, retiro, educación, transporte y vida social.

Según el autor, un adecuado sistema de servicios para los ancianos debe incluir tres conjuntos de servicios:

- a. Servicios para atender al anciano relativamente sano e independiente.
- b. Servicios para ancianos que experimentan limitaciones que requieren apoyos que impidan una institucionalización prematura e innecesaria.
- c. Servicios para atender a los ancianos que requieran cuidado institucional o su equivalente.

La resolución óptima para la atención de la población anciana exige cambios profundos en la forma como nuestras sociedades deciden y administran las cuestiones referentes a quien, qué, por qué, cómo, cuándo y a qué costo recibe beneficios principalmente en épocas de carencia y demandas conflictivas crecientes.

El autor señala que el aspecto menos explorado pero igualmente importante es el contexto o marco político-administrativo dentro del cual operan los servicios para los ancianos, y para poder entender esto se deben explorar los aspectos más distintivos en la evolución del sector público latinoamericano. Para el caso de México esta condición se encuentra asociada al origen de los servicios públicos y al de la organización de la Junta de Asistencia Privada y de las instituciones que se encuentran afiliadas a ella, durante mucho tiempo la JAP se ha preocupado por defender su forma de trabajo dentro de la legalidad que la respalda contra posibles abusos del gobierno en términos de expropiación de sus propiedades destinadas a los más necesitados e injerencia en sus decisiones.

La inestabilidad política asociada a los patrones históricos de desarrollo de la Región es resultante de las diferencias que existen respecto a la legitimidad adscrita al Estado y sobre sus representantes. El Estado es el instrumento para el logro de objetivos nuevos y contradictorios formados por factores que condicionan el desarrollo organizacional del sector público en general y de los servicios para ancianos en lo particular, los cuatro factores son:

1. Ante la ausencia de un modelo integrado de desarrollo socioeconómico la red de servicios públicos crece por agregación. La capacidad de los políticos y altos funcionarios administrativos para ejercer algún grado de planificación, control y coordinación es baja. Esta observación coincide con las condiciones del código que los Toffler mencionan como característico de la tercera ola; de hecho varios autores de las nuevas aproximaciones en la administración cuestionan la idea de agregar y plantean la idea de reducir la complejidad de los servicios, esto los hace más funcionales y menos costosos. Precisamente la falta de un modelo integrado de desarrollo es lo que ha caracterizado la organización de muchas instituciones asilares para ancianos.

2. La adopción de enfoques y modernas técnicas para toma de decisiones refuerzan concepciones tradicionales acerca de la naturaleza instrumental de la organización y la gerencia administrativa estatal, hay una ausencia de participación ciudadana en los

procesos de toma de decisiones. Los servicios de seguridad social y de salud se transforman en arenas de conflictos burocráticos entre grupos que persiguen objetivos difíciles de compatibilizar. El número y calidad de los beneficios disponibles son función del poder o influencia política del grupo que los promueve.

3. La modernización del sector público promueve la profesionalización de los servicios mediante la contratación de técnicos y profesionales que permitan la ejecución eficiente y sistemática de los programas. Estos patrones de reclutamiento tienen la desventaja de crear cuadros elitistas desligados de los ciudadanos a los que pretenden servir.

4. Se legitima un patrón de acceso discriminado a servicios cuyo número y calidad varían según criterios de tipo geográfico, de clase social o diferencias de situación laboral o económica. En América Latina y el Caribe hay una tendencia a concentrar los servicios mejor dotados en recursos materiales y humanos en los centros urbanos sacrificando las áreas rurales.

3.3. Características de los sistemas de salud.

Los sistemas de salud más antiguos surgieron como decisiones políticas orientadas a responder a las presiones de grupos políticamente influyentes que permitían asegurar una estabilidad política relativa. Los diferentes grupos de trabajadores que podían ejercer presión de algún tipo aseguraban la creación de una institución propia en la que se incluía de manera negociada una legislación, financiamiento, administración y beneficios políticos. Como consecuencia hay una gran variedad de servicios estratificados que no obedecen a un criterio común, y en un principio estos sistemas tienen una cobertura reducida que les permite ofrecer beneficios sin comprometer su estabilidad financiera. Pero con el tiempo los patrones de desarrollo, socioeconómico y político van a imponer a estos sistemas severas limitaciones para ampliar o mantener su capacidad de servicio, debido en buena medida a los desequilibrios financieros del país, de la Región y del mundo.

Con lo anterior se ha generado una serie de movimientos políticos para unificar o coordinar, incluir o eliminar, esquemas con la participación del sector privado y público; el conflicto político generado no ofrece un balance alentador.

Los modernos sistemas de seguridad social intentan establecer sistemas institucionalmente unificados, caracterizados por una cobertura universal y beneficios

estandarizados. En México esto ha permitido el desarrollo de diversos subsistemas de servicios de salud mediante las aseguradoras, después de establecido el mecanismo unificador, pero los esfuerzos por ampliar la cobertura todavía dejan marginada a una elevada proporción de la población, debido a lo limitado en el ingreso de sus recursos o pensiones. Hay que considerar que, en el caso de los hombres, las pensiones frecuentemente significan un brusco descenso en el nivel de ingresos; para el caso de las mujeres esto puede representar una mejoría económica, a pesar de lo simbólico que puede ser el ingreso, pues la mayoría de ellas no suelen tener un ingreso regular y continuo.

Dentro de toda su diversidad, los sistemas de salud tienen ciertas características comunes tales como:

1. La cobertura, amplitud, calidad y permanencia de los servicios están influenciadas por la edad institucional o programática de los mismos. Los sistemas pioneros proporcionaban servicios fragmentados y los más recientes tienden a proporcionar servicios más unificados.
2. La cobertura de la población económicamente activa en los programas de pensiones es muy irregular, en 1980 se estimaba que en México existían 5 millones de ancianos que no tenían pensión de ningún tipo.
3. Como consecuencia del impacto desastroso de la crisis económica de 1981-1984, en los programas sociales, se aprecia una caída en la cobertura de los sistemas de seguridad social, un incremento en las tasas de desempleo y una caída en las tasas de crecimiento económico.
4. El monto y reajuste de las pensiones varía enormemente entre y dentro de los distintos sistemas de seguridad social. Tasas históricamente altas de inflación, unidas a la inexistencia de mecanismos automáticos de reajuste, reducen la capacidad automática del jubilado.
5. Con el fin de asegurar un grado relativo de bienestar económico, los ancianos dependen en su mayoría de la ayuda de terceros: familia, amigos, instituciones de beneficencia y organismos no gubernamentales, entre otros.
6. Los sistemas de seguridad social controlan recursos y servicios de salud importantes por su magnitud e impacto a nivel nacional.

7. La proliferación de subsistemas y programas de salud exacerbaban las ineficiencias y los costos de una atención que no siempre brinda servicios adecuados de forma continua, eficiente, oportuna y equitativa. La coordinación de estas diferencias afecta intereses económicos y políticos de los participantes.
8. Suele asignarse una mayor cantidad de recursos financieros, técnicos y humanos a los servicios de atención especializada que a los espacios para la medicina preventiva.
9. Los servicios de salud operan bajo condiciones que impiden romper la rigidez que caracteriza los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas de salud. Estas condiciones incluyen tendencias centralistas en los procesos de decisión, la ausencia de participación de los usuarios en el proceso político sectorial, la fragmentación institucional y programática que impide una coordinación mínima a nivel intersectorial, la escasez de recursos legales, administrativos, financieros, humanos y tecnológicos adecuados a las tareas, y la falta de apoyo de las autoridades gubernamentales temerosas de perder el apoyo de los grupos interesados en el mantenimiento del status quo.
10. La naturaleza y características organizacionales de los sistemas actuales de salud reducen el potencial de respuesta a los problemas específicos de los ancianos. El mejoramiento de sus condiciones requiere sistemas de salud integrados de atención primaria, descentralizada y democrática.

Aparte de los servicios otorgados por los sistemas de seguridad social y de salud, existen otros servicios que van desde los tradicionales asilos de ancianos hasta los sistemas de atención personalizada y educación para la tercera edad. Estos servicios se pueden clasificar en tres rubros; según Tapia, los dos primeros tienen un carácter institucional y objetivos formales generalmente vagos y contradictorios por ser insuficientes, limitados e inestables en sus bases económicas, organizacionales, en infraestructura y en niveles profesionales, además de actuar bajo condiciones externas de las que no tienen control. La última, o sea la familia, ha experimentado transformaciones cualitativas, bajo la presión de los cambios asociados con la modernización, que han limitado su potencial efectividad como mecanismo de apoyo no institucional, las tres clasificaciones son:

- a. Asilos de ancianos en América. Los asilos fueron la primera manifestación social de preocupación por la situación de los ancianos marginales y actualmente se han

constituido en el último recurso para el anciano destituido. Generalmente estas instituciones gozan de un alto grado de autonomía operacional y funcionan bajo el control de organizaciones privadas o de beneficencia interesadas en servir a la población anciana. La naturaleza de voluntariado de estos servicios condiciona su carácter temporal e inestable, y su costo relativamente alto limita su accesibilidad a una pequeña proporción de la población anciana.

- b. Los hogares de ancianos y las casas de reposo. Estas instituciones comparten la mayoría de las condiciones anteriores, pero además se estratifican de acuerdo a la variedad de servicios y costos y resulta difícil generalizar su relativa calidad. Tienen también la condición de impulsar modelos y programas generados en países desarrollados y muchos operan con fines de lucro y cuentan con una amplia gama de servicios para los ancianos.
- c. La familia como mecanismo de servicios para los ancianos. La familia se ha constituido como el mecanismo "natural" de atención y cuidado. Los valores asociados a esta creencia, permiten a nuestras sociedades ignorar a la vejez como problema social hasta avanzado este siglo. La familia ha cambiado en su propia naturaleza, bajo el efecto de la modernización la familia extendida se ha transformado en una familia nuclear pero sujeta a la presión, pobreza, crisis en servicios. En la familia era la mujer la que generalmente atendía a los ancianos.

La condición cambia a medida que crece de manera no anticipada la cantidad de ancianos y progresivamente se adoptan criterios institucionalistas que progresivamente relegan a la familia a un plano relativamente menor. Los esfuerzos por establecer políticas de apoyo a la familia requieren recursos legales, programáticos, humanos y económicos que nuestras sociedades no poseen o se resisten a invertir en ellas. Por otro lado, la progresiva incorporación de la mujer joven al mercado de trabajo puede mejorar su condición como mujer anciana en el futuro; pero crea otro problema, niega a los ancianos del mañana la ayuda que tradicionalmente se les ha podido brindar. A este respecto tanto Ackoff como los Toffler piensan que las nuevas formas de organización familiar también son una respuesta a las nuevas condiciones del mercado, y los abuelos tendrán otra razón de ser y otra forma de apoyo, de hecho estas nuevas condiciones fueron la causa de muchas pequeñas empresas y negocios familiares.

3.4. Condiciones de salud de los ancianos en México.

Rafael Lozano-Ascencio y cols. (29) realizaron un estudio de los años de vida saludable perdidos en los adultos mayores en México en 1994. Ponen el ejemplo del Instituto Mexicano del Seguro Social en donde los adultos mayores de 60 años demandaron en 1995 una de cada seis consultas de medicina familiar y una de cada cinco en el segundo nivel de atención, al comparar la información obtenida para diversos estados de México encontraron que las necesidades de salud de los ancianos se clasificarían en dos grandes rubros: a) las que tradicionalmente son de muy elevada frecuencia en esta edad tales como problemas isquémicos del corazón, diabetes y enfermedades cerebrovasculares, y b) las enfermedades discapacitantes tales como demencias, caídas y artritis. También encontraron que para 1994 la población mexicana perdió 1.8 millones de años de vida saludable, de los cuales 59% se debieron a muerte prematura y 41% se debieron a discapacidades que de una otra forma requieren atención institucional. Lo importante de su trabajo reside en que es prácticamente el primero que trabaja con índices compuestos que aclaran algunos de los problemas de distribución epidemiológica que afectan a los ancianos. Los resultados de este trabajo coinciden con el estudio de Roberto Ham-Chande (30) quien señala que los sistemas de salud en México requieren adaptarse a la transición demográfica y epidemiológica que afecta a la población anciana cambiando las prioridades consideradas hasta el momento y que también se encuentra asociado a la feminización del envejecimiento. La atención de los ancianos tiende a recaer más en la familia, con todo el costo económico y emocional que esto tiene, y en el caso de las instituciones estas tendrán que ajustarse a condiciones de terapias y seguimiento a largo plazo y no a condiciones curables a corto plazo. Cabe señalar que a pesar de que esta condición es muy clara en los asilos visitados para el presente trabajo, poco se considera al respecto y esto tiene como consecuencia la falta de previsión en un próximo futuro, la mayoría de ellos cuenta con programas de medidas preventivas, pero hay poco trabajo que se refiera a la prevención a largo plazo de los problemas financieros y administrativos que se pueden tener, contados son los casos que anticipan los problemas y han hecho algo al respecto, pero ellos se financian con capital extranjero.

En 1991 la ONU presentó una resolución para las personas de la tercera edad en la que se incluía propuestas para la independencia, participación social, cuidados,

autorrealización y dignidad, sin embargo esas consideraciones no son factibles de realizar en las condiciones que hoy vivimos. De hecho la ONU señala que el buen resultado biológico de los avances tecnológicos se puede ver opacado por la mala calidad de vida de los ancianos.

Parte de la forma con la cual se presentan diferencias en la atención a los ancianos la podemos ver en el trabajo de Olivia López Arellano y cols.. (31) quienes señalan que la conformación de secretarías de salud y el establecimiento de servicios médicos gubernamentales, permite la institucionalización de diversas actividades y las valida socialmente a través de legislar, regular y definir políticas, preparar especialistas, y abrir espacios para la generación de consensos y controles de la sociedad. Se puede ver así que los servicios de salud organizados por el gobierno cuentan con una información estadística y demográfica que permite ver panoramas y evolución para la salud de los diferentes grupos de edad, pero los recursos con los que se cuenta tienen que ser distribuidos entre todos los casos necesarios; en el caso de la creación de los centros particulares y religiosos para la atención de ancianos, como lo veremos posteriormente, solamente se contaba con la buena voluntad y no se tenía un sistema de información social que permitiera anticipar los problemas económicos que se tendrían, y se actuaba bajo los supuestos de que todos tenían las mismas necesidades, los asilos deberían ser enormes para atender mejor a la población, los costos serían más o menos estables y la sociedad se movería bajo criterios más o menos conocidos. Pero estas condiciones no se han cumplido y, desafortunadamente, muchas instituciones asilares son administradas en el supuesto de que las personas apoyarán la labor realizada con los ancianos, se trabajará por la buena voluntad y de manera voluntaria. Se busca respetar su razón de origen, pero no siempre se reconoce que las condiciones ya no son las de hace años, y que los ancianos de esta época tienen otro tipo de demandas o necesidades que los ancianos de antes no tenían. No solamente han cambiado las condiciones de la sociedad sino que también han cambiado los propios ancianos.

CAPITULO 4.
HISTORIA Y ORIGEN DE LOS CENTROS DE ASISTENCIA AL
ANCIANO EN MEXICO.

4.1. Origen de la idea del retiro en la vejez.

4.2. La caridad y el origen de los hospitales.

4.3. Crisis del sentido de los hospitales y asilos.

4.4. Origen de las instituciones asilares en México.

4.5. Los asilos de México en la era moderna.

HISTORIA Y ORIGEN DE LOS CENTROS DE ASISTENCIA AL ANCIANO EN MEXICO.

El historiador Georges Minois (32) piensa que la vejez, en nuestra sociedad, se encuentra atravesada por una serie de ideas encontradas acerca de su naturaleza y razón social de ser, pero queda claro que de todas formas se le considera la última etapa de la vida y siempre se le asocia con las condiciones de salud que se tienen.

El lugar e importancia que se le ha concedido a esta etapa de la vida a lo largo de la historia, son el resultado de varios factores que pueden combinarse entre sí de manera más o menos compleja tales como la estructuración de la sociedad, el lugar que en ella tiene lo oral y lo escrito, la dimensión y organización de la familia así como los roles que en ella se juegan, la condición de trabajo y acumulación de la riqueza, el ideal de belleza, el impacto que tengan o no las ideas religiosas, y el desarrollo científico y tecnológico que se ha alcanzado.

Pero como señala Jean Delumeau, las civilizaciones antiguas coinciden en que tenían un modelo abstracto de la vejez y juzgaban a los ancianos, para bien o para mal, con relación a esa imagen teórica, pero en ellas no se había descubierto todavía la singularidad concreta de la edad del retiro.

La vejez es una realidad difícil de delimitar y el único rito de transición es contemporáneo y artificial: el paso a la jubilación, cuyo momento viene determinado más por obligaciones sociales que por la edad real. La situación social, el modo de vida, el entorno cultural, aceleran o retrasan la evolución bio-fisiológica y nos introducen en la vejez a edades muy diversas.

Minois señala que nuestra época pone de manifiesto una recuperación del interés por los ancianos. Nunca hasta ahora se había considerado a la vejez como un problema importante ni se le había dedicado tanto tiempo. Todas las disciplinas la estudian y parece haber una preocupación generalizada por el problema. Esto es debido en parte al desarrollo de la investigación en las ciencias modernas, pero sobre todo a la presión de las condiciones socio-demográficas. De ser marginal, el anciano está en trance de convertirse en la especie más común de ciudadano en un mundo que no ha sido diseñado para él, y las implicaciones de esto son importantes, ya que obligará a reformular muchas de nuestras condiciones asistenciales con las que hoy contamos.

"...el mundo de la tercera edad ve que se multiplican también en su beneficio clubes y universidades; sociólogos, psicólogos y médicos se dedican atentamente a sus problemas específicos, en tanto que los economistas se inquietan por el aumento del volumen de las pensiones que hay que desembolsar para esta masa de no-productivos, y los demógrafos se asustan ante las grotescas pirámides invertidas de edades que les prometen, para comienzos del siglo XXI, estos 'países con arrugas'."

La vejez humana tal como la conocemos hoy es una creación de la historia y esto justifica la hipótesis de un cambio de estatus del anciano a lo largo de la historia de las sociedades humanas además del cambio de los ancianos mismos.

Desde hace miles de años la medicina intentó remediar los problemas de salud propios de la vejez, y al reconocer su impotencia acabó por limitarse a enumerar las patologías que la caracterizaban, clasificándolas en el terreno de los males incurables, y relegándolos al asilo. Hacia 1950 aparecen las primeras muestras de cambio con el auge de los sistemas de jubilación y la intervención creciente del Estado. La forma tradicional de asistencia se consideró degradante y se impulsaron cambios desde la idea de vejez (convertida en sinónimo de incapacidad) por la de tercera edad (con un matiz de dinamismo y autonomía). Los médicos especializados en el tratamiento de personas de edad comenzaron a discutir la desvalorización de su posición y servicios reconociendo los efectos nefastos del sistema casi totalitario que reinaba en los asilos de entonces.

A lo largo de la historia se asumía que la vida comienza con la incorporación al mercado de trabajo y termina con la muerte, pero como no hay edad legal para el retiro no hay vejez reconocida como tal en los textos. El anciano sólo es un adulto de más edad mencionado en las crónicas y documentos literarios, esta condición se reconoce desde la antigüedad hasta el siglo XVI, y a partir del siglo XVII se entra de lleno al mundo de las cifras, la medicina, la literatura y las encuestas, la vejez se hace evidente con todas sus consecuencias.

Una sociedad totalmente oral necesita a sus ancianos como símbolos de continuidad, como memoria del grupo y como condición de su reproducción. Este papel social tan importante en un principio va a ser reducido constantemente en las sociedades históricas occidentales; algunos historiadores han señalado el impacto que la presencia del libro tiene en los ancianos de sociedades orales de África y América. La aparición de los

gobiernos democráticos y la eliminación de lo sagrado en la política también colaboraron en borrar la presencia de los ancianos de las condiciones importantes de la sociedad.

Cada sociedad tiene los ancianos que se merece. Cada tipo de organización socioeconómica y cultural es responsable del papel y de la imagen de sus ancianos. Cada sociedad segrega un modelo de hombre ideal, y de este modelo depende la imagen de la vejez, su devaluación o su revalorización; pero sobre todo la suerte del viejo depende, finalmente, del nivel de recursos de todo tipo de su comunidad, sin embargo no hay que olvidar que el trato dado a los ancianos no refleja necesariamente la actitud hacia la vejez, el contexto cultural interviene e interfiere con la situación económica. Entre ciertos pueblos se puede tratar bien a los ancianos a pesar de que se les detesta, pero se les atiende por temor a su venganza; en otros pueblos se les puede honrar y respetar pero se les mata porque su incapacidad y dependencia amenazan la supervivencia de su grupo.

En el caso de América Latina se tiene el ejemplo de los incas. Su forma de organización que, a pesar de no conocer la escritura, permitía facilitar la participación de toda la población incluidos los ancianos, a ellos se les integra al grupo, se les ocupa y se les entretiene. Anteriormente los incas mataban a los ancianos y se los comían, pero después de la conquista de Manco Capac, en el siglo XII, se introdujo una nueva organización que daba seguridad a los ancianos. Cada cinco años se empadronaba a la población y se clasificaba según la edad, en el caso de los viejos a los que tenían entre cincuenta y sesenta y ocho años se les clasificaba como "los viejos que aún están bien"; los de mayor edad caen en la categoría de "desdentados", "sordos" y de los "viejos que sólo se ocupan de comer y dormir".

También contaban los Incas con su consejo de ancianos, y las mujeres más ancianas tenían un cargo importante en cuestiones de salud y educación. Los viejos del pueblo eran tomados a su cargo por la comunidad. Los campesinos debían trabajar la tierra después de la de los dominios del Sol gratuitamente. Los Incas pensaban que los viejos, los enfermos, las viudas y los huérfanos tenían suficiente miseria como para preocuparse por el prójimo. Los depósitos públicos suministraban el grano y, a modo de prestación social, se creó un tributo especial que consistía en fabricar vestidos y calzados para los viejos, y los indios mayores de cincuenta años estaban eximidos de pagar impuestos. Incluso los minusválidos tenían tareas acordes a sus condiciones.

El texto más antiguo que se conoce, en el que se hace referencia a la vejez, lo escribe Ptah-Hotep, un escriba egipcio hacia el año 2450 A.C. en ese documento se plasma el lamento de su autor acerca de su salud y condición de viejo, menciona sus debilidades y restricciones.

Desde el milenio II A.C. el viejo solitario es incluido entre los pobres, enfermos y lisiados de todas clases. Hay algunos indicadores de que en esta época existieron en Mesopotamia algunos hospitales de caridad dependientes de los templos que ofrecían asilo a algunos de los más desprotegidos según consta en unos archivos de Nippur que datan del siglo XIV antes de Cristo.

La representación más antigua de un anciano es quizá la estatua de Ebih-il, intendente de la ciudad de María realizada hacia el 2700 A.C. Los viejos tienen tanto más prestigio cuanto menos numerosos son, y en un mundo sin escritura representan el derecho y son los archivos vivientes de su grupo. La consolidación de las instituciones y la creciente importancia de la escritura le hacen perder su papel de guía y tradición viviente.

Una cuestión común a diferentes épocas es que los ancianos que tenían algún tipo de protección son los que habían tenido cierto poder y presencia, pero la gran mayoría de ancianos de origen modesto se les encontraba mendigando por los caminos a pesar de que desde su época el mismo Platón admite que la vejez tiene sus debilidades, y prevé para ella lugares de descanso y de cuidados acompañados de baños calientes.

La historia de las instituciones asistenciales para ancianos parece mostrar que la autoridad del padre de familia disminuyó en Grecia a partir del siglo VII acompañado de intenso conflictos generacionales, y donde se origina la idea que tarde o temprano se materializará en la conquista del nuevo mundo donde el anciano pierde su razón de ser por el mestizaje. Paradójicamente es en Grecia donde se habla por primera vez de instituciones caritativas destinadas al cuidado de ancianos necesitados, en ellas se les daba alimento incluso por el resto de sus días si lo necesitaban, considerando que podían vivir más de setenta años según lo muestra el 10.2% de una muestra de 2022 inscripciones funerarias de los griegos de la época de Hipócrates.

Es posible que el aspecto demográfico desempeñe un importante papel en la visión global que la sociedad tiene del anciano. Por un lado las sociedades con un bajo porcentaje de ancianos respetan a éstos; por el otro las sociedades con un alto porcentaje toman

conciencia de los verdaderos problemas de la edad avanzada y de su importancia económica.

Durante la época de los romanos, se hizo una diferencia entre ancianos (como individuos) y vejez (como etapa de la vida) el problema de la vejez se hace abstracto y simbólico, y el cristianismo no hace evolucionar mucho la condición del anciano: así, al anciano se le ve como un ser débil, y en los hospicios no se le diferencia de los mendigos, lisiados y enfermos.

Numerosas historias romanas dan testimonio de diferentes formas de organización social de distintas tribus en las cuales se acostumbraba matar a los ancianos, o bien ellos pedían que así se hiciera, cuando estaba en peligro la supervivencia del grupo.

4.1. Origen de la idea del retiro en la vejez.

En la alta Edad Media los celtas, los germanos y los escandinavos asumen los problemas de la vejez de diferente manera. La familia podía auxiliar en la primera condición, pero poco nada podía hacer en la segunda. A partir del siglo VI el anciano rico puede asegurar su salvación poniendo los últimos días de su vida a salvo del desprecio retirándose a un monasterio.

Con esta decisión se marca una pauta importante en la historia de la vejez ya que por un lado se introduce la idea de una ruptura fundamental en la vida humana ayudando a que se tome conciencia de la particularidad de la vejez; por el otro, la vejez se identifica con el cese de actividad, con la ruptura con el mundo profesional, y el término "retiro" se irá cargando poco a poco de diferentes sentidos. Los líderes romanos también podían retirarse a sus tierras para terminar tranquilamente su vida en ellas, pero no se desprendían de sus amigos y familia, y vigilaban por su propia cuenta la explotación de sus propiedades.

De ninguna manera esta condición era comparable con la del aislamiento que representa el monasterio, en este caso la ruptura con el mundo es mucho más radical. Según lo reporta Minois, aquí se encuentra uno entre viejos; es el primer esbozo del asilo de ancianos, que al mismo tiempo era refugio y ghetto a la vez. Así surge la concepción moderna de aislamiento de los viejos y se da el germen de la desunión de generaciones. Esta forma de retiro sólo afecta a una escasa minoría de grandes personajes.

La moda del retiro voluntario se extiende en el siglo VII, y principalmente en el IX con la proliferación de los grandes monasterios en los que hay alojamientos para los ancianos. Los monjes se ven beneficiados con generosas donaciones de los ricos retirados, y esta idea es importante ya que gracias a esta condición los monjes y monjas contaban con instalaciones donadas que podían explotar para su beneficio aun en nuestros días, por esta razón se alentaba este movimiento entre la sociedad. Es importante reconocer que en estas condiciones se prevén dos tipos de regímenes totalmente diferentes que marcan aun la organización de muchos asilos religiosos de nuestros días, unos llevan una vida casi monástica participando en los oficios de la comunidad y viviendo con los monjes; otros son alojados aparte y reciben una pensión alimenticia.

Para los ancianos pobres no hay posibilidad de retiro voluntario. Hasta el siglo XIX éste será privativo de los privilegiados. El pobre debe continuar trabajando mientras sus fuerzas se lo permitan y después su comunidad familiar lo mantendrá como pueda. Si vive solo, su situación lo llevar a ser catalogado dentro de la mezcla indistinta de inválidos, enfermos, huérfanos, locos, ancianos y pordioseros de todas clases.

En el siglo X se menciona a las viudas, huérfanos, cautivos, vencidos, lisiados, ciegos, cojos, tontos, pero no se ve a los ancianos como un grupo aparte ya que la clasificación no se hace por categorías patológicas o de disfuncionalidad sino por razones de pobreza. Hay quienes en estas condiciones dicen que los pobres no tendrán edad. esta es una de las diferencias importantes en relación con las clases privilegiadas, en las que comienza a surgir la noción de retiro, es decir, de clases de edad. Esto corresponde a la idea de la tercera ola en la cual se clasificaba todo lo clasificable, y con los de la segunda ola en la que se da la revolución industrial. En este sentido, cualquier historia de la vejez en el mundo campesino es una tarea que podíamos calificar de imposible.

La Iglesia no admite en un principio que la vejez constituya una condición particular que justifique ciertos favores y una actitud especial. En el siglo IX había un sermón en el que se pide que los viejos no se aprovechen de su edad para librarse de ir a matiné cada domingo, aunque no vivan cerca de la Iglesia. Los ancianos en la población no son muy numerosos como tales, y tampoco se les diferenciaba particularmente de otros grupos, pero donde sí eran numerosos como población era en la Iglesia. Los historiadores mencionan que los eclesiásticos conceden poco lugar a la vejez en sus escritos pero

conocen en carne propia lo que significa ser viejo. Machismos monjes y obispos alcanzan una edad muy avanzada dado que el carácter sagrado de su persona los pone a salvo, en la mayoría de las veces, de los asesinatos que diezman el mundo político, disfrutan de un nivel de vida superior a la de mayoría de la población, tienen una alimentación más equilibrada, son menos afectados por las epidemias y carestías de víveres, y los monasterios son los únicos reductos de paz, prácticamente fuera de las grandes masacres. Un hecho interesante es que en términos de salud, los ancianos residentes en los monasterios tienen una calidad y esperanza de vida superior al del resto de la población, pero actualmente el tiempo de vida de los ancianos en un asilo es de un año a partir de su ingreso, si rebasan este tiempo su esperanza de vida se incrementa.

El campesino medieval, y muchos de nuestros campesinos contemporáneos, no divide la vida en etapas; para él no existen ocupaciones específicas a cada edad de la vida; no hay tiempo de escuela, ni edad de la caza, la guerra o el estudio. Solamente existe el trabajo de la tierra desde el principio y hasta el final, y todo está en función de la fuerza para trabajar. La vejez en el sentido de una época para el retiro, es principalmente un hecho de los medios aristocráticos y literarios.

Quienes visiten los asilos a lo largo de diferentes intervalos se llevarán una sensación de atemporalidad, el tiempo se pierde en ellos. Este señalamiento es compartido con los historiadores que señalan que con la vida en los conventos la Iglesia ha conseguido crear islotes de eternidad sobre la tierra, en edificios sin edad viven hombres sin edad. Los monjes no nacen ni mueren, perduran eternamente porque no son individuos, son una comunidad. Han perdido su nombre y con él han perdido a su familia, su infancia, su pasado y su origen.

Este movimiento que comienza durante la Edad Media se va intensificando. A partir del siglo XI los documentos ya empiezan a hablar de forma concreta sobre la vejez, la describen y buscan sus causas y sus remedios, ya se empieza a estudiar su situación. A comienzos del siglo XII los monasterios pronto se convierten en refugios donde la nobleza envejecida se pone a cubierto del tiempo. Es esta nobleza la que brinda muchos de los recursos con los cuales se pueden mantener los monasterios y que les permiten atender a tanta gente necesitada, pero aun no se podía conocer lo limitado de los recursos.

Hay otra condición que es necesario mencionar para comprender mejor el origen y función de los asilos para ancianos, esta condición es el desarrollo y utilización de las estadísticas demográficas entre los siglos XI y XIII. La mayor proporción de datos conocidos corresponden a las de ancianos de las ciudades o zonas cercanas a ellas, pero poco se conoce sobre las estadísticas de los ancianos campesinos.

Las estadísticas son importantes debido a que dan referencia de las características de la población estudiada, y permiten reconocer la evolución de la reflexión sobre la salud, alimentación, educación y situación sanitaria en general. Pero más allá de los números lo realmente importante es la influencia que en la mentalidad de la época tenían los datos referentes a la cantidad de ancianos en la Edad Media.

En esa época aparece un hecho interesante; a pesar de la falta de datos confiables no se tienen diferencias significativas entre los ancianos campesinos y los de la ciudad en términos de salud. Al contrario de lo que pasa hoy, abundaban más los hombres que las mujeres debido a la gran mortalidad por complicaciones en el parto. También aparecen tres razones que permiten comprender la soledad de los ancianos.

1. Hay una débil tasa de nupcialidad asociada a la gran mortalidad femenina.
2. Hay muchos ancianos solteros y también muchos ancianos viudos. La mortalidad femenina también genera un desasimiento entre edades que reducen las posibilidades de matrimonio al haber un desequilibrio entre los sexos.
3. Hay indicios (por lo menos en algunas zonas europeas) de que una tercera parte de las parejas es estéril.

También se tenía la condición de que la viuda y el huérfano eran la típica imagen del desamparo, pues era común que el anciano casado en segundas nupcias muriera poco tiempo después de éstas.

Por otro lado, el clero es la instancia que comprende a la mayoría de los ancianos. En cada orden monástica, el periodo de decadencia viene marcado por un envejecimiento muy claro de sus miembros, pero también es común encontrar que eran ancianos los fundadores de las grandes obras de sus respectivas ordenes monásticas. Esta condición es común encontrarla hoy en día, y a principios de siglo en México, quienes fundaron los asilos eran personas ancianas igual que los ancianos que atendían, y atienden hoy en día.

En el siglo XIII se ven surgir hospicios propios para sacerdotes ancianos, pues si bien la mayor parte de los eclesiásticos cumplían sus funciones hasta el final de su vida, algunos se veían obligados a retirarse a causa de complicaciones propias de la edad.

El anciano campesino tenía dos aspectos que le daban presencia, uno era el de ser puente entre generaciones, y otro el de ser testigo ante los tribunales y los grandes eventos, pero para decidir pesaba más el saber leer y contar, condiciones que él no siempre tenía.

Es en esta época cuando se empieza a hacer más frecuente el hecho de la pensión. Entre los siglos XII y XIII la condición de compartir un apellido afianza las relaciones entre generaciones pero también hace patente el abandono de los ancianos solitarios.

Los indigentes de la Edad Media contaban entre sus filas una gran cantidad de ancianos sin hijos o abandonados por los suyos, llegando a ser un número tan importante que justificaba la fundación de varios establecimientos de asistencia destinados a ellos. En 1261 el vaticano organiza el concilio de Mayenza en el que se pide que cada monasterio está equipado con una enfermería para ancianos. En la comunidad de Passau, a comienzos del siglo XIII, los integrantes de la burguesía fundan el hospital de san Juan exclusivamente para ancianos y ancianas que ya no pueden trabajar; por otro lado los pensionistas de la Casa Santa Isabel, en Tréveris, se ponían a realizar pequeños trabajos según sus capacidades en su condición de hombres o mujeres. En Lille, Venecia y Florencia surgió la condición de que en las casas pequeñas se daba alojamiento a personas viudas con buena conducta que generalmente eran personas ancianas ricas venidas a menos, es así como surgen las casas de retiro. Principalmente en Inglaterra se adoptó la costumbre de que los dueños de la tierra mantuvieran a sus viejos trabajadores agrícolas, y los ancianos que tenían algunos recursos llegaban a un acuerdo con su heredero, al cual dejaba sus bienes a cambio de una pensión.

La pensión por parte de los hospitales, la construcción de una habitación para los padres, el arreglo entre ancianos y herederos eran medidas completamente insuficientes pero reveladoras de una necesidad real. En general los ancianos eran los dueños de la tierra y líderes políticos; líderes religiosos y fundadores de congregaciones; campesinos y labriegos; comerciantes y mercaderes capaces de vivir de manera más independiente que los otros sin la necesidad del retiro

La noción de vejez es relativamente confusa en las mentes medievales, la vida activa inicia cuando lo permite la fuerza física pero no hay una condición de retiro oficial más que para unos cuanto privilegiados, generalmente comerciantes y caballeros. El envejecimiento es imperceptible y no viene marcado por ninguna ceremonia solamente hay vida y muerte.

En la Edad Media el anciano es lo que ha sido y recoge lo que ha sembrado. El mundo campesino es el más despiadado, en él cada cual vive de su trabajo físico y personal; en el caso del clero éste cuida a sus ancianos, la aristocracia mantiene a lo suyos en el castillo, el monasterio recibe al comerciante retirado, pero el campesino sólo puede contar con sus hijos cuando los tiene, pero ellos no siempre son cariñosos con quienes solamente pueden recibir sin participar. Para el anciano del siglo XIII sólo le es posible vivir si mantiene su puesto o logra encontrar un lugar de retiro.

En los siglos XIV y XV se dio en Europa un fenómeno que cambió de raíz a la sociedad, modificando las condiciones de la salud y la vejez. Fueron los siglos de las grandes epidemias que mataban principalmente a niños, jóvenes y adultos, pero trató con indulgencia a las personas ancianas y a los monjes en los retiros introduciendo un momentáneo desequilibrio entre las generaciones. Fue tal la mortalidad entre los años 1300 y 1450 que las familias europeas se reorganizaron de tal forma que, según consta en registros de la época, vivían ancianos con nietos y vecinos de sus comunidades en un mismo hogar. Las personas ancianas llegaban a casarse hasta dos veces con parejas que tenían una diferencia de edad de más de 20 años. Esto dejaba al anciano como responsable de su condición más tiempo de lo esperado y dejaba sus herencias directamente a sus nietos.

Pero para el anciano campesino las cosas eran más complejas, muchos perdieron a sus hijos y quedaron reducidos a la mendicidad. Esto coincide con la opinión del Dr. Ruiz (33) respecto a que la falta de sostén familiar es la principal causa de las necesidades del anciano. El aumento del número y del papel de los ancianos se tradujo en el avance de la idea del retiro, y esto fue una señal del principio del reconocimiento tanto de la situación particular como de la especificidad de la vejez. Pero la idea de la atención a la vejez en esa época no difiere mucho de algunas condiciones de la época contemporánea, son los ancianos notables los que siembran las iniciativas para pensar en el retiro, sin contar a los

artistas y grandes pintores que buscaban permanecer activos hasta el final de su vida; los ancianos pobres pasan desapercibidos, algunos protegidos por las ordenes religiosas y atendidos en algunos hospitales.

La idea del retiro empieza a extenderse en el final de la Edad Media entre las clases acomodadas de la sociedad. Así, en 1351 Jean le Bon crea la orden de caballería de la Estrella y manda construir una casa de retiro para los viejos caballeros. Algunos historiadores consideran que este proyecto tiene un valor simbólico, pues es fuente de inspiración para otras iniciativas y además es la primera vez que el poder político aporta la idea de que es necesario mantener y corresponder a sus viejos servidores.

También crecen las diferentes ordenes religiosas y hermandades que empiezan a prevenir una cierta asistencia en favor de sus integrantes de más edad. En los hospitales se difunde la costumbre de reservar camas para los ancianos.

Eran pocas las instituciones y muchas las necesidades, y la gran masa de ancianos pobres se veía obligada a la mendicidad. Pero a pesar de esto, los historiadores coinciden en que la idea del retiro iba progresando con claridad. Se comenzaba a reconocer la necesidad y la legitimidad de un periodo de descanso en la última etapa de la vida; el principal obstáculo era material y financiero. El aumento en la proporción de ancianos, como consecuencia de las epidemias, hace que a fuerza de encontrarse con viejos uno termine por plantearse preguntas relacionadas con su naturaleza y necesidades.

La mayor parte de los asilos, hospitales, casas de retiro y pensiones eran atendidos básicamente por personas religiosas que, en cumplimiento de sus principios, creían en la necesidad de cuidar y ayudar a los ancianos, esta fue su idea central y motivo de origen, los ancianos activos eran las excepciones y no la finalidad de dichos centros.

4.2. La caridad y el origen de los hospitales.

Para Josefina Muriel (34), entender la razón de ser de los hospitales y asilos durante el final de la edad media y la época de la conquista, requiere conocer el cómo fue entendida y vivida la idea de caridad, qué modulaciones le fue dando el hombre al transcurrir los siglos y en qué condiciones llegó a América para hacer surgir en la Nueva España la gran obra de los hospitales.

Ella menciona que en los Evangelios hay cuatro ideas que dan sentido a la existencia humana, y son las llamadas postrimerías: la muerte, el juicio, el infierno y la gloria. Escribe que "El Maestro predica una idea de hermandad, basada en la igualdad de los hombres ante Dios y vivificada por la idea del amor. Amor que ha de manifestarse en las obras" (pag. 9). Al haber aceptado estas ideas como verdad, la vida de Europa va a realizarse teniéndolas como horizonte, durante toda la Edad Media.

Es hasta el siglo IV cuando empieza a desarrollarse la caridad con un sentido religioso-social, y se inicia la costumbre de destinar parte de los bienes de las iglesias al auxilio de los pobres, generalmente por medio de organizaciones benéficas que se iban creando.

Por su parte, los particulares levantaban refugios de pobres, orfanatorios, albergues de forasteros u hospitales. En esos primeros siglos aparecen los mecenas o benefactores de las instituciones de caridad, algunos lo son en vida y otros a su muerte.

En la Edad Media las obras de caridad cobran un auge extraordinario, que en línea ascendente desemboca en el siglo XV, al que algunos estudiosos de la historia de la salud llegan a titularlo el 'siglo de los hospitales', aunque la idea de hospital de aquella época difiere mucho de la nuestra. Muriel dice que muchas de las obras que en bien de los menesterosos se realizaban en ese entonces, tenían la denominación común de "hospitales", pues en ellos la palabra y la misma institución tenían una enorme amplitud. Generalmente el hospital era una casa donde se recibía a todos los necesitados; por esta razón en unas ocasiones eran hospitales de pobres, en otras eran hospederías para peregrinos, en otras más eran orfanatos o asilos para enfermos. Frecuentemente dichas instituciones no eran privativamente una u otra cosa sino que podían presentar varios aspectos al mismo tiempo. En ocasiones se denominaban hospicios y realmente eran hospitales.

La confusión se entiende si se piensa que no se trata de una época de especializaciones ni exclusividades, en la vida cotidiana había niños, jóvenes, adultos y ancianos, pero no se encontraban clasificados con un criterio particular ni sus necesidades estaban diferenciadas. Lo que se pretendía con la caridad era dar auxilio a todos los necesitados y siguiendo las enseñanzas de Jesús el enfermo, el pobre y el desdichado eran conceptuados como los dignos de la bienaventuranza sin distinción alguna. Esto incluía

también a los pequeños huérfanos o a los peregrinos que dejan sus hogares para visitar los grandes santuarios de la cristiandad.

El ideal era hospedarlos a todos para atender sus distintas necesidades, pero lo primordial eran sus necesidades espirituales. Esta consideración permite ver que ante los ojos de los religiosos responsables de los hospitales y asilos todos tenían la misma necesidad básica y no había razón para hacer diferencias. En un mundo en que la vida se hacía teniendo siempre ante los ojos la idea de la muerte, del juicio, del infierno y del cielo nada era más importante que darle a la gente los medios para murieran gozando de la mayor tranquilidad posible y del auxilio de la religión. Por esta razón, la vida del hospital siempre gira en torno a una iglesia, a una catedral o a un convento; y la diferencia fundamental entre la obra hospitalaria de la Edad Media en relación con la de la era moderna es que, la misión final de las primeras, es la de conseguir la vida eterna, y las segundas persiguen la vida terrenal. El espíritu que creó las grandes catedrales es el mismo que creó la obra hospitalaria. Por eso el hospital y el asilo es una institución para pobres que no puede ser pensada jamás con el sentido de negocio. Y, como se vio a lo largo del presente estudio, esa idea está en el corazón de muchas instituciones en el umbral del nuevo milenio.

La peste y la lepra fueron dos problemas que en el Edad Media generaron cambios en los hospitales y ciudades. Para evitar los contagios en las ciudades se ponían cordones sanitarios, en los hospitales se creaban salas aisladas de los otros enfermos, y se crearon pequeños centros para leprosos retirados de las ciudades.

En la Edad Media aparte de las movilizaciones militares también se dieron movilizaciones sociales en todas direcciones para visitar los grandes santuarios de la cristiandad. Se les conoció como peregrinaciones o romerías que iban a Tierra Santa, Roma, Compostela, en España; Canterbury, en Inglaterra; o a Dornerey, en Francia. Los viajes a estos lugares hicieron que se levantaran hospitales en la llamada 'ruta de los peregrinos'. Hoy el turismo erige hoteles, en aquella época la fe levantaba hospederías gratuitas u hospitales.

En esa época la Iglesia asumía la obligación de atender a los pobres, se llega a tener una legislación para la construcción de hospitales, estudiando hasta el detalle los lugares donde deben construirse. En los monasterios era parte esencial lo que se llamaba el

hospicio de los pobres y peregrinos, que funcionaba anexo a ellos y era atendido por monjes. Las instituciones como los hospitales van quedando oficialmente incluidos dentro de la vida de la Iglesia sin llegar a ser privativos de ella. Desde la baja Edad Media se tienen hospitales nacidos de una mística religiosa, pero fundado y atendidos por hombres y mujeres seculares.

Alemania tenía desde la baja Edad Media un movimiento hospitalario que se prolongó hasta la época de la Reforma. Destaca el caso de Isabel de Hungría, en cuyo trabajo se refleja el auténtico espíritu cristiano de las obras medievales. Se dedicó en persona a atender a niños desvalidos, hombres sin trabajo, mujeres pobres en cinta, y otros más. Mejoró los hospitales que se encontraban dentro de su dominio y fundó otros con sus propios recursos.

Isabel vive más en los hospitales que en su palacio y es el reflejo fiel de los fundadores de hospitales de aquellos tiempos en los que ellos mismos participan de su obra cuidando, bañando, dando de comer y consolando a los que necesitan. Isabel se entregó de lleno a atender a los leprosos.

Todo el movimiento de construcción de hospitales tuvo alguna repercusión en Italia que la llevó a construir el mayor y más trascendente hospital de la Edad Media, el llamado Santo Spirito de Roma a cargo de la orden hospitalaria del Espíritu Santo.

El hospital del Santo Spirito se convierte en el más importante de toda la cristiandad y se le considera el Archihospital. Diversos Papas van concediéndole indulgencias, jubileos, exenciones y otros beneficios de los cuales otros hospitales desean participar, y es así como a cambio de limosnas sus privilegios se hacen extensivos empezando a establecerse filiales suyas en toda Europa y más tarde en América. Pero su auge se vio interrumpido en Europa por la aparición del protestantismo y su desarrollo se orientó y acrecentó en el nuevo continente particularmente en la Isla Española, Colombia, Perú y muy especialmente en México ya que su orientación, ideas y servicios fueron rescatados por los Reyes Católicos de España.

El territorio español va sembrándose de hospitales conforme avanza la reconquista en los siglos XV y XVI, en ese entonces la obra hospitalaria se encontraba en decadencia en los otros países europeos pero España tenía el impulso del descubrimiento de América y

las ideas del Renacimiento daban origen al mundo moderno del cual México fue un receptor directo junto con las intenciones y mucho de la filosofía del cristianismo.

En Granada se hizo un gran hospital en 1511, en Valencia otro en 1512. En Granada ya había aparecido la obra de San Juan de Dios y pronto se extendería por España y el continente americano.

4.3. Crisis del sentido de los hospitales y asilos.

En el análisis de la literatura sobre el tema de esta tesis llaman la atención tres cosas que se dan casi simultáneamente alrededor del año 1500. La primera es que a ese periodo se le llama la época dorada de la obra hospitalaria, que tomó un gran impulso con el apoyo de España.

La segunda es que también en esa época se da una proliferación del arte, pero sobre todo de la literatura que habla de la vejez y de los cuales los más conocidos son Bacon, Paracelso y Maquiavelo, tocándose todos los temas posibles, desde la medicina hasta la alquimia, la astrología, la filosofía y la religión. Se exponen ideas que tratan de las condiciones para llegar a una vejez saludable. Se critica duramente a la vejez con base a un modelo ideal, mientras que al mismo tiempo se retoma la participación de los ancianos en la vida social y política de Europa. Se deja de criticar tanto la fealdad de la mujer anciana y se empieza a reconocer el papel que puede jugar en la sociedad.

Por último, junto con las dos condiciones anteriores, se cuestiona la razón fundamental de la caridad y la falta de compromiso que llegó a tener con los más necesitados a lo largo del tiempo. Gracias al pensamiento de Tomás Moro los ancianos empiezan a aparecer como una figura social diferente a las demás.

A mediados del siglo XIV y principios del XV se da en Europa una nueva dinámica y empezó a surgir un nuevo pensamiento que cambió a la sociedad y, concretamente, el sentido de las obras hospitalarias. Va surgiendo el racionalismo que renuncia a Dios y le da mayor importancia al hombre y la naturaleza. Al madurar esta forma de pensar se origina la caridad sin el sentido de lo sobrenatural, es así que nos encontramos frente al altruismo y filantropía de la 'época moderna' y a la lucha entre el Papado y el Imperio que da lugar al Estado Moderno.

No es de extrañar que el sentido del asilo y de los hospitales tuviera que cambiar tan radicalmente cuando su origen estaba sustentado en la idea de caridad. Esta condición se había desatado por el movimiento protestante impactando a la obra hospitalaria en dos sentidos.

Uno fue que el espíritu que creó los hospitales había sufrido una verdadera mixtificación y el sentido de sus servicios hizo surgir inmediatamente la crítica pública. Fue una crítica que colocó al hombre al margen de todas las obras de caridad, en el sentido religioso y tradicional.

El otro fue que como la mayoría de los hospitales estaban unidos a los monasterios, atendidos por órdenes religiosas o vinculados de alguna forma con ellas, se les fue separando de esta condición argumentando que la situación hospitalaria había perdido su auténtica mística religiosa del medievo. La mayoría de los gobernadores y guardianes de los hospitales no ejercían la debida autoridad ni gastaban las rentas públicas en limosnas según su fundación. Se había caído en un afán por exhibir una brillante personalidad e interés por lo bello y lo agradable, traídos por el Renacimiento, había nacido un desprecio por el pobre, el enfermo, o aquel que tenía un aspecto repugnante.

Fue San Juan de Dios el que intentó rescatar aquella condición de auténtico amor cristiano y fundó en Granada un hospicio para todos los desamparados, declara que intenta crear un hospital en Granada para poder meter en él a todos los pobres y no para que tengan que salir de ahí.

Las acciones que la Iglesia había venido desarrollando en los hospitales, protegiendo a los necesitados, se había transformado con el correr de los años en una acción en la que se pensaba que había que encerrar a los pobres en el hospital, como una prisión para que nunca salieran de ahí. La construcción de hospitales obedece a otras razones, y por lo tanto tendrán otro aspecto. Se construyen hospitales con los materiales más lujosos de la época cimentados en la ambición de sus autores. Ya no existía el ambiente social de auténtico sentimiento de caridad, y el puesto de administrador de hospital se vuelve uno de los empleos más codiciados.

En el caso de las autoridades civiles, el espíritu de la caridad se ve sustituido por un sentimiento de responsabilidad cívica, de la cual Tomás Moro fue uno de sus principales impulsores, y nacen en Inglaterra los hospitales reales.

En España el movimiento del Renacimiento se dio de manera algo diferente, esto impactaría al desarrollo de la Nueva España, básicamente afectado por dos circunstancias. En la primera tenemos el caso de que el renacimiento español no fue una negación del pensamiento medieval, sino su renovación. Frente a la corrupción religiosa se va a dar un movimiento que va a reformar las costumbres viciosas. Al lado del relajamiento de las costumbres en los hospitales, y en otros sentidos de la vida, se da una reacción depuradora en la que, según Josefina Muriel, San Juan de Dios inicia en Granada uno de los más grandes movimientos hospitalarios de Europa. Es gracias a esto que al descubrirse América, España está en la posibilidad de extender a ella la obra hospitalaria, la cual era considerada la obra por excelencia de la cristiandad.

La segunda circunstancia es la actitud generada por el pensamiento racionalista de Tomás Moro, para quien la obra hospitalaria no es ni caridad, ni altruismo, simplemente es un elemento indispensable en la vida de cualquier ciudad cuya organización se fundamente y le dé lugar a la más amplia justicia social.

Para Tomás Moro el hospital no es ya una institución para pobres que nace de un espíritu de caridad, simplemente es una institución para enfermos que crea el sentido social de una nación bien organizada. En este sentido, dentro de este sistema, el hospital es una institución que tiene tanta importancia como valor tiene la vida de sus ciudadanos.

Para Muriel, estas dos ideas, la tradicional de la renovación de la mística hospitalaria, y la moderna de considerar al hospital como una institución de justicia social, van a pasar a México al realizarse la conquista y va a hacer florecer una obra hospitalaria con caracteres propios, en las zonas rurales con población indígena.

Tomás Moro (35) escribe una novela llamada Utopía. En ella deja ver dos ideas, la primera es que el anciano es confundido con los enfermos, incapacitados, vagabundos y mendigos, incluso se le confunde con los ladrones. Deja ver la supresión de la idea del retiro y emprende la tarea de la 'reinserción social' del anciano. El mismo Moro tenía una casa en Chelsea donde recibía a ancianos achacosos. En su novela Utopía proponía que el anciano conservara su lugar en la familia, que el suicidio fuera una alternativa para acabar con los problemas de la vejez, y que las mujeres ancianas pudieran ejercer el sacerdocio. En resumen, busca darles un lugar decoroso a los ancianos sanos y propone la idea de la

'República del Hospital' que ser retomada poco después por Don Vasco de Quiroga para crear la República del Hospital de Santa Fe de México.

Tras la conquista del nuevo mundo los misioneros extienden sus doctrinas y su filosofía de ayuda al necesitado, es así como llega a América la forma en que los conventos se organizan y brindan atención al más necesitado. De hecho, durante algunas de las entrevistas realizadas para esta investigación se encontró que la mística y forma de organización de los asilos religiosos data de varios siglos atrás y se observa que prácticamente no ha cambiado con el tiempo, ni se le ve posibilidad de cambio, con excepción de la definición de vejez, su problemática y sus propias necesidades.

4.4. Origen de las instituciones asilares en México.

En la antigüedad indígena la organización económico-social se caracteriza por una estrecha relación con la naturaleza y prevalece la comunidad sobre el individuo, de ahí el apoyo mutuo a las diversas generaciones. Ayala Anguiano (36) reporta que entre los olmecas la presencia del anciano era conocida según lo demuestran los restos en cementerios que contienen más huesos de ancianos que de niños, esto indica que hacia el año 1000 A.C. los grupos olmecas instalados en el valle de México tenían buenas esperanzas de vida. Los ancianos llevaban una vida de actividad constante. El Dr. Leobardo Ruiz, quien fuera el director general del DIF en el gobierno del presidente Miguel de la Madrid, escribe que en el mundo indígena se tuvo el acierto de considerar al anciano como un sujeto de vida activa y no como un ser en el umbral de la muerte, era alguien que en la etapa final y en la medida de su aptitud aporta experiencia, orientación, educación y trabajo, esto le da a los ancianos la categoría de componente social, al igual que la niñez y la juventud, con las que tiene una existencia común y hay un cogobierno con el emperador.

Agrega que con la conquista y en la colonia hay otras formas de distribución de la riqueza y de relaciones humanas. Predominan las creencias religiosas sobre la realidad del mundo, la estructura social se sustenta en la propiedad privada y el concepto medieval de las clases sociales choca de frente con el mundo indígena. De hecho, el mestizaje da origen a las castas nobles y privilegiadas de la sociedad lo mismo que al numeroso sector de población postergada. Esto es el principio de la asistencia privada y es un signo de la sociedad colonial y de la que le siguió por casi cincuenta años.

La peste apareció en América al igual que en Europa como uno de los peores azotes. La combinación de viejas y nuevas enfermedades dieron resultados realmente catastróficos agravados por la falta de albergues definitivos, tanto para los emigrantes españoles, como para los indígenas desplazados de sus centros originales de habitación. Las personas se morían en los caminos, calles o chozas, sin recibir auxilio material ni espiritual.

Frente a todos estos problemas surgió como propuesta salvadora la vieja idea cristiana de los hospitales. En esos tiempos estaba grabado en la mente de todos que los grandes problemas de la sociedad tenían solución en la caridad. Para Muriel y otros historiadores los hospitales van a nacer tanto con características muy parecidas a los de la Edad Media, como con las ideas más avanzadas del 'mundo moderno'.

Apenas comienzan a formarse las primeras poblaciones en América también aparecen las primeras obras hospitalarias, principalmente en las Antillas. Conforme las ordenas religiosas penetraban cada vez más en territorio americano se extendía la obra hospitalaria, y de este modo prácticamente cada convento venía a ser un hospital pues en ellos se atendían a los pobres enfermos en todas sus necesidades.

Realizada la conquista de la gran Tenochtitlan empieza a surgir en la mente de los conquistadores la idea de hacer de ella una ciudad tipo español, principalmente por sus instituciones. El propio Hernán Cortes promueve la fundación del hospital de la Inmaculada Concepción y el de San Lázaro; realiza su obra hospitalaria muchos años antes de su muerte, y en el lugar donde se encontraron Cortés y Moctezuma se construyó el hospital de Nuestra Señora.

En la concepción de estas instituciones la fe aun tiene un papel importante, existe una idea de acción de gracias y de expiación, pero ya no existe aquel sentido de la caridad, y es la organización de esa institución la que nace con los rasgos de un hospital moderno. El hospital de Cortés guarda la jerarquía de valores medievales pero tiene implícito el sentido del mundo moderno, pues el hospital ya no va a ser una hospedería, ni casa de misericordia para pobres, ni un orfanato, sino básicamente un sanatorio para pobres enfermos. También se puede mencionar al Dr. Pedro López fundando el Hospital de San Juan de Dios, Bernardino Alvarez con el Hospital de San Hipolito, Pedro Romero de Terreros con la fundación del Monte de Piedad y otros religiosos que eran el conducto para

aplicar los recursos de los personajes pudientes de la Colonia y que a lo largo del tiempo desembocaron en una organización que genera el financiamiento para las modernas instituciones asilares.

Para fines de este trabajo merecen una mención especial los trabajos de Vasco de Quiroga y de Bernardino Alvarez, analizados por el español Pablo Laguarda (37). Don Vasco de Quiroga era un hombre del Renacimiento español, medioeval y moderno, conocedor de la obra de Tomás Moro y otros pensadores de la época. Llega a México y, al conocer las condiciones de los indígenas y de los millares de huérfanos, trata de poner en práctica las ideas de las ciudades utópicas.

Con aprobación de la corona española, Quiroga hace surgir una población en la que se recogerá a los huérfanos, se hospedarán a los peregrinos, se dará albergue definitivo a los indios desvalidos y se cuidará a los enfermos. Los ancianos se diluyen dentro de esta población y no se les ve como un grupo aparte. A este pequeño pueblo lo nombraba como "república del hospital" y fue fundado entre el año 1531 y el 1532 en dos terrenos, donados por la corona. al poniente de la ciudad. Era una pequeña ciudad con organización tutelada y en la cual se tenía una vida de tipo comunal.

El otro caso a mencionar es el de Fray Bernardino Alvarez quien, después de ser soldado, líder de una pandilla y perseguido por la justicia, y haber hecho fortuna en el Perú, se encuentra con la miseria de los enfermos, locos y ancianos. Curiosamente es uno de los pocos en observar la condición de los ancianos y la falta de asilos para ellos. Los ancianos generalmente eran pobres y vivían de las limosnas que se les daba en la calle; los convalecientes, aun incapacitados para trabajar, eran víctimas de la miseria y no pocas veces recaían en sus males nulificándose la obra hospitalaria. Pero para él, la situación de los locos era aun más dolorosa pues los que eran tranquilos y pacíficos eran tratados con humillación vagando por las calles; los violentos eran reclusos en las cárceles públicas y recibían castigos como criminales.

Por esta breve mención se observa que la acción asistencial se orientaba al cuidado de los enfermos, a la protección a la infancia, al socorro de los necesitados, pero no se acudía expresamente a la ayuda de los ancianos que por la nueva organización social había dejado de tener las consideraciones del pasado.

La guerra de independencia y la lucha entre liberales y conservadores por imponer el régimen federalista o centralista, pusieron sobre la mesa las ideas de soberanía, supresión de la esclavitud, la igualdad de los hombres, la libre exposición de las ideas, la búsqueda de leyes que impidan al clero tener el monopolio en la educación pública y otras más que culminan con el movimiento y formulación de la constitución de 1857 en la que, en materia de asistencia, las acciones de la reforma se dirigen a precisar su ejercicio, con disposiciones para la secularización de hospitales y establecimientos de beneficencia, la capitalización de montepíos y pensiones, y la exención de contribuciones a los establecimientos de beneficencia, sus fincas y capitales. También surge la ley que establece una dirección para que administre los bienes de los establecimientos de beneficencia y caridad, y comienza a perfilarse la asistencia pública simultáneamente a la ejercida por particulares. Los beneficios propuestos por la Reforma no llegaron a los grupos más necesitados de la población, pues continuaron las luchas internas y la intervención extranjera. Pero la estructura social heredada de la época de la colonia sufrió cambios notables en la que se desconocieron los títulos de nobleza y los honores hereditarios; esto amplió los intereses y profundizó en las necesidades de los desposeídos.

4.5. Los asilos de México en la era moderna.

En el último cuarto del siglo XIX, la condición del liberalismo había propiciado que el dominio del capital extranjero se extendiera a las principales ramas de la actividad económica y de los servicios públicos.

La asistencia pública perdió vigor al considerarse que la beneficencia no era misión del Estado sino de los individuos, así floreció la asistencia privada apoyada por el clero y las autoridades civiles. En el Distrito Federal los servicios de beneficencia pasaron a manos del gobierno local, pero en esos y otros establecimientos tanto públicos como privados el anciano quedó confundido entre mendigos y minusválidos que solicitaban ayuda, por los criterios que prevalecían y por que no era posible darle un tratamiento particular ya que el presupuesto destinado por la federación y los estados a la atención de estos problemas era insuficiente.

Tal como lo dice el Dr. Bravo Williams (38), el Asilo de Ancianos se creó en México al igual que como se crean en cualquier otra parte del mundo. El momento de su

aparición es el mismo en que el fenómeno social del anciano es significativo como para atender las necesidades que ya no pueden ser cubiertas por la familia por la circunstancia que sea. En un principio casi nadie alcanzaba a enterarse de los hechos que el fenómeno producía. El anciano desamparado era recibido por la parroquia del lugar; a otro le asistía una familia con posibilidades; a algún otro se le internaba en cualquier hospital o amanecía muerto en cualquier rincón o cuartucho debido a lo frío de la noche.

Conforme aumentaba el número de ancianos, estos hechos se multiplicaban y se tomaba conciencia social de su condición. En México es la figura religiosa a quien más se dirigen en busca de ayuda y consuelo, pues las autoridades civiles, militares y políticas no manejan estos conceptos y tienen que poner en orden al país. Así, los primeros asilos en México se encuentran a cargo de las ordenes religiosas, y según datos del Dr. Bravo Williams el más antiguo es el de la llegada de la congregación española Hermanitas de los Ancianos Desamparados, que fueron solicitadas por doña Luz Romero en 1899. Era un grupo de seis religiosas que el 21 de noviembre del mismo año fundaron en Tacuba D.F. una Casa de Ancianos en forma provisional, y se cambiaron al siguiente año a otra que llamaron "Matías Romero". Al poco tiempo el mismo grupo de religiosas fundó "El Buen Retiro del Salvador" con el apoyo de doña Guadalupe Sánchez.

Al paso del tiempo, en 1901 se llevó a cabo en México D.F. la tercera fundación conocida como la "Beneficencia Española" fundada por una orden diferente recién llegada a América. En 1904 se fundó otra casa en Popotla (Tacuba, D.F.) con cuatro religiosas y dos ancianas, una de cien años y otra de sesenta y nueve.

Ante este estado de cosas en la época porfirista se tuvo la necesidad de realizar reformas políticas, sociales y económicas que culminaron con la constitución de 1917 en la que se da fundamento a las garantías sociales entre las que se incluyen la prestación de servicios de seguridad social. En 1911 se abre un Asilo en Orizaba Veracruz; nuevamente en México, en 1919 se inaugura la institución denominada "Asilo de Ancianos" en la calle de San Salvador el Verde de la Ciudad de México.

Dentro de la dinámica social que se venía viviendo desde los últimos años del siglo XIX, el gobierno se había apropiado de varias construcciones y propiedades de diferentes ordenes religiosas y con esto les había quitado una fuente importante de financiamiento,

pues cada día eran menos las persona pudientes que podían hacer fuertes donativos para el mantenimiento de asilos y ancianos.

La asistencia social al anciano en México surge en 1919 a través de un grupo de personas encabezadas por Don José Estrada, quien recoge ancianos de la indigencia y desamparo asistiéndolos en las instalaciones de la antigua cárcel de Belén. En 1927 se inicia la construcción y adaptación para necesitados, iniciándose la Asistencia Social formalmente, también en este año el asilo "Nicolás Bravo", fundado en 1925, pasa a la beneficencia pública, dando cabida a mendigos y desamparados, se llamó "Hogar Tepeyac".

El 27 de mayo de 1927 el Sr. Enrique Hernández Alvarez, Presidente de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública coloca la primera piedra para el asilo "Arturo Mundet" en el casco de la hacienda Guadalupe Inn siendo donación del español Arturo Mundet. Este edificio es considerado como la primera institución oficial construida especialmente para ancianos a pesar de que desde fines del siglo XIX ya existían algunos asilos religiosos que los atendían. El 23 de abril de 1930 fue puesta a disposición de la Asistencia Pública y se incorpora a la Secretaría de Salud en 1940.

Partiendo de reformas administrativas, el Estado racionalizó los servicios oficiales de asistencia, buscando darles una mayor extensión y eficacia creando la Secretaría de Asistencia Pública. Como resultado del derecho a recibir protección y ayuda del Estado, la asistencia pública se había transformado en asistencia social.

En 1934 el señor Vicente García Torres dona la hacienda "Torre Blanca" en Tacuba, el 28 de noviembre de 1934 inaugura el asilo que llegó a atender 500 personas por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. De hecho las actividades de la Secretaría de Asistencia Pública y las del Departamento de Salubridad Pública quedaron comprendidas en 1943 dentro de lo que llevó el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia o SSA.

Aun con todos estos cambios, no había en México un espacio formal para la educación de los médicos que atendieran a las personas ancianas, por esta razón el Dr. Manuel Payno promovió la realización del Congreso Panamericano de Gerontología efectuado en la ciudad de México en 1957. Veinte años después, en 1977, se funda la Sociedad Mexicana de Geriatria y Gerontología, y con ella se inicia la apertura de un

espacio profesional para el estudio y atención a la población anciana, y la actualización de profesionales de la salud y en este sentido se busca tener una orientación y apoyo a los asilos y otras instituciones de atención a los ancianos.

El Dr. Bravo Williams señala que el Asilo para Ancianos en México es una obra social que se ha duplicado copiando el mismo patrón que otras sociedades establecieron y bajo las mismas características de hace muchos años. Esta observación nos va a permitir comprender y comentar posteriormente algunas de las condiciones de los asilos en México.

En 1979 nace por decreto presencial el Instituto nacional de la Senectud con la finalidad de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para entender las soluciones adecuadas.

En 1982 la Asistencia Social es responsabilidad del DIF y se cambia la palabra asilo por Casa Hogar, con una nueva visión y organización. Estas condiciones sentaron las bases para que se pusiera mayor atención en la investigación para la asistencia de los ancianos, pero fue hasta 1991 que se empezaron a reportar los primeros trabajos, metodológicamente sustentados, que muestran las condiciones institucionales para la atención de los ancianos en diferentes partes de la república mexicana.

En 1986 se inician a la par el primer programa de entrenamiento formal en el 'Hospital Adolfo López Mateos' del ISSSTE y otro en la universidad de Nuevo León. Uno de los primeros trabajos reportados fue el de Salinas Martínez Ricardo y colaboradores, (39) quienes consideran que a pesar de requerir instituciones asilares para ancianos, su funcionamiento no era del todo conocido en forma objetiva, solamente había impresiones subjetivas y anecdóticas, favorables o no a dichos espacios que no alcanzaban a reflejar "la verdadera situación del paciente asilado". Aun cuando existe una norma técnica para casas hogar para ancianos que otorga ciertas capacidades de supervisión a los programas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) los autores reportan que se desconoce el cumplimiento de la misma por parte de los asilos y albergues, por esta razón realizaron su investigación en el Estado de Nuevo León en el año de 1989 a 1990.

En su investigación utilizaron un instrumento para encuestar seis áreas: servicios de enfermería, médicos, nutrición, actividades, reglamentos internos, y características de las instalaciones de 11 asilos registrados en el programa del DIF en Nuevo León.

Entre sus resultados encontraron que hay pocas instituciones que cuentan con equipo para realizar reanimación cardio pulmonar, y evaluación en el estado de conciencia, estado mental y funcional y solamente una institución cumple con la realización de cursos periódicos de las especialidades con las que cuenta, tal como lo estipula la norma técnica para casas hogar para ancianos.

La finalidad de su investigación es la de informar sobre el estado de los asilos para ancianos y consideran que la mayor parte de los responsables entrevistados en los centros merecen un profundo respeto por su trabajo a pesar de sus carencias. Consideran que es responsabilidad de todos determinar con claridad qué tipo de servicios deben ofrecerse en dichas instalaciones y legislar al respecto. Se deben proporcionar servicios escalonados, institucionales y comunitarios que cubran un mayor número de ancianos.

Es evidente la falta de personal actualizado y de cursos para la atención al anciano (con contenidos más acordes a las condiciones sociales), pero a pesar del entusiasmo con que se brinda el servicio médico, su intervención no ha provocado cambios en las condiciones de los ancianos. También hay una ausencia de programas geriátricos de asesoría y rehabilitación en el Estado, servicios que ayuden al anciano enfermo a recuperarse volviendo a su hogar y comunidad.

Los autores señalan que en una casa de reposo se consideraba a todos los pacientes como terminales y no se les trasladaba al hospital, ni se intentaban tratamientos más completos, pues se suponía que el paciente moriría pronto. La literatura y la experiencia muestran que dos terceras partes de los ancianos asilados viven más de cuatro años, lo cual está muy lejos de ser algo terminal médicamente hablando. Según los investigadores, en este asilo la documentación médica y de enfermería era nula, y los pacientes se volvían terminales al dejarse morir por su condición social de abandono y no por una realidad médica.

Los reglamentos internos constituyen un problema para los ancianos; aunque parecen ser necesarios para vivir en una comunidad cerrada, sobre todo para el control de problemas de juicio y función. Se reconoce que existen referencias acerca de la utilidad de encontrarse preparados para las caídas, infecciones, úlceras de decúbito, agitación e incontinencia evitando la improvisación y el error. En general los asilos no cuentan con las medidas especificadas por OMS, y el diseño de estas instituciones debe seguir ciertos

parámetros y medidas, pero la mayor parte de los asilos han seguido un modelo arbitrario y desorganizado.

Se recomienda la creación de asilos de enseñanza para que los profesionales del área de la salud en pre y posgrado conozcan los muy particulares y complejos problemas del anciano que han hecho que en la demografía se vuelva una prioridad el cuidado geriátrico, y esta observación se ve respaldada por las propuestas que se han hecho en la Casa Hogar "Vicente García Torres" del DIF el proponer la creación de la clínica gerontológica dentro de sus instalaciones (propuesta que no se ha logrado consolidar del todo).

En 1993 comienza el 'Programa Universitario de Especialización en Geriátria' en la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con sede en el Instituto Nacional de Nutrición 'Salvador Zubirán', lugar de donde también se han generado varios de los artículos de investigación disponibles sobre la población anciana en México.

En 1995 se realiza en México el 'Seminario Internacional: Hacia una Visión Global del Problema del Envejecimiento en México', y fue organizado por la Organización Panamericana de la Salud, la Université Internationale Itinerante de Gerontologie (UNITAGE) de la Universidad de Grenoble en Francia, y el servicio de geriatría del Instituto nacional de la Nutrición 'Salvador Zubirán'.

Todos estos esfuerzos, tanto de México como de otros lugares del mundo, llevaron a que se considera al año 1999 como 'Año Internacional de las Personas de Edad', planteada en la resolución 46/91 de la ONU. También se puso en evidencia que para los primeros 25 años del siglo XXI México ocupará el segundo lugar latinoamericano y el noveno a nivel mundial según la población de la tercera edad que se proyecta.

En plática personal con el Dr. Williams (40) él comentó que actualmente la condición de los ancianos ya nos ha rebasado, ya no tenemos control sobre las condiciones de atención a la vejez, que esto no se ha manifestado aun debido a que México no es un país de viejos, pero las transiciones económicas y epidemiológicas ya permiten anticipar el escenario.

El mismo comentaba que muchas Casas Hogar no se encuentran registradas ante la Secretaría de Salubridad pero que aun así cumplen una razón social que hay que respetar,

se espera que se disciplinen y se vayan incorporando a los criterios establecidos, y para eso se requiere capacitación del personal. Esas Casas Hogar son piratas, pero aun con las carencias que tienen ayudan a proporcionar algunas de las camas que se requieren para la atención de ancianos, pues hay un déficit de camas y espacios censados para su atención.

Otro de los problemas es que en un sólo centro se atienden a ancianos de diferente clase y problemática, legado de los primeros asilos y hospitales de la Edad Media y de la Conquista. Se requieren espacios distintos con diferente arquitectura para los distintos grupos de ancianos. En alguno de sus artículos comenta que es necesario que los asilos sean tecnificados y actualizables, pero esto no es tan sencillo, requiere generar una nueva forma de cultura no solamente entre usuarios sino también entre servidores. La tecnología no solamente queda reducida al equipo básico de terapia, diagnóstico y rehabilitación; se incluye equipo de la vida cotidiana y la comunicación.

Con lo mencionado hasta el momento, puede verse que es mucha la historia de la vejez y sus problemas de salud pero es poca y reciente la atención que hasta el momento se le ha proporcionado, analizar sus posibilidades es la finalidad del siguiente capítulo.

CAPITULO 5.
PROBLEMATICAS Y PERSPECTIVAS DE LOS ASILOS Y CASAS
HOGAR EN LA CIUDAD DE MEXICO.

5.1. El origen de la gerontología.

5.2. La atención primaria.

5.3 Atención en segundo y tercer nivel.

CAPITULO 5.
PROBLEMATICAS Y PERSPECTIVAS DE LOS ASILOS Y CASAS HOGAR EN LA CIUDAD DE MEXICO.

Anzola P. y Morales ME. (41) ha señalado que los Países Latinoamericanos se han perdido en el mito de los países "jóvenes" cuando en realidad la mayoría de ellos tiene una población muy joven y una población anciana que crece con relativa rapidez, matizada por la pobreza y la falta de educación.

El diseño y la planeación de recursos de atención al anciano, en América Latina, deben ser únicos, originales y apegados a su contexto, pues las experiencias en otros países sólo sirven de ejemplos.

La geriatría mexicana se ha desarrollado en forma bizarra y desmembrada, y paulatinamente ha tomado un cauce único y totalmente diferente al del resto del mundo, también promete mayor flexibilidad y más opciones, siempre y cuando se le vea como una responsabilidad ante la comunidad.

Se señala que los diferentes problemas de salud de los ancianos se deben considerar desde las diferencias del abordaje geriátrico y del de otras especialidades. Una visión holística y totalmente diferente de la atención médica es la que constituye la esencia de la práctica profesional entre la geriatría y la gerontología.

Para Peers, J. (42) la organización y la atención de la salud son el resultado de influencias históricas, culturales, políticas y económicas. En las naciones industrializadas de Europa occidental se le dio mayor importancia a la atención hospitalaria y a los casos agudos. Durante años no se le dio importancia a la atención primaria y preventiva, o a la atención a largo plazo para la autonomía o independencia de los ancianos.

La evolución del sistema de atención de salud en el futuro se basará no en el crecimiento, sino en el cambio, y en esto coincide con lo dicho por diferentes autores mencionados en los primeros capítulos de esta tesis. Los recursos son cada vez más limitados y este cambio necesariamente significa reasignar a la atención primaria los recursos de una costosa atención institucional. Por esta razón se hace necesario definir nuevamente la función de la atención institucional dado que ésta debería considerarse como un último recurso.

Es la familia la que frecuentemente se hace cargo tanto de la atención física como del apoyo material y de vivienda, siendo un elemento central en la atención comunitaria a las personas de edad avanzada. El desafío que se presenta a los servicios de la comunidad es el proporcionar apoyo adecuado a las personas mayores y a los familiares que las cuidan a fin de mantener su independencia y permanecer en su propio ambiente el mayor tiempo posible. Al evaluar las condiciones institucionales el anciano debería participar activamente en la selección y preparación del ingreso a la institución.

Hay muchos tipos de instituciones residenciales para ancianos, que comparten criterios generales.

- Una institución pequeña situada en el barrio donde vivía la persona anciana es el mejor sustituto de la situación hogareña. La comunidad sería más sensible a su bienestar.
- En los hogares residenciales y de convalecencia para ancianos inválidos debe generarse una atmósfera estimulante y de mayor autoatención.
- Los residentes deberían participar en la planificación de las actividades cotidianas del hogar. Se hace necesario trabajar en espacios centrados en el anciano.

El autor se pregunta ¿por qué fracasan los hospitales en su función dentro de un sistema integral de atención de salud a los ancianos? y nota que hay poco interés en examinar la importante labor en la atención a la salud primaria y comunitaria.

También se pregunta cuáles son las razones del uso excesivo y del abuso de la infraestructura institucional y plantea ocho posibilidades.

1. La falta de atención primaria adecuada y de servicios de apoyo además de que los servicios hospitalarios se han convertido en salas de convalecencia a largo plazo.
2. La falta de políticas establecidas sobre ingresos y altas en los hospitales, en combinación con una evaluación deficiente de la salud de los pacientes.
3. Hay una ventaja económica en la permanencia hospitalaria cuando es pagado por el seguro.
4. La mayoría de las instituciones tienen largas listas para ingreso.
5. Aun es reciente el interés de los profesionales de la salud por la atención al anciano.
6. Hay poca colaboración entre hospitales e instituciones residenciales..
7. Es común el retraso para ingresar a atención geriátrica lo que acentúa el deterioro del paciente.

8. Las normas de atención en muchas instituciones para ancianos son de nivel inaceptable en comparación con las de otros grupos de pacientes.

Estas consideraciones también coinciden con lo mencionado en el capítulo anterior en el sentido de que muestran de alguna forma los problemas que se han detectado en los centros de asistencia al anciano en México.

En un número especial de la revista de Salud Pública de México, de 1996 el Dr. Guillermo Ortiz Fajardo (43) analiza un documento del Banco Mundial en el cual se propone que para saber que papel juega el sector público y privado en el financiamiento a los ancianos, buscando aprovechar los mecanismos económicos, familiares y públicos, para dar protección a la vejez y recurrir a nuevas reformas; en ese documento se considera que se debe buscar la participación del ahorro público, el seguro personal y el ahorro personal generando cuatro principios: establecer una red de seguros económicos, favorecer medidas que promuevan el trabajo y el ahorro, evitar la manipulación mal intencionada de los mecanismos de ahorro, estructurar los planes estratégicos para cinco o seis décadas.

En ese documento se señala que algunas acciones para hacer frente a los riesgos que se han tenido son:

- a. No otorgar grandes beneficios que no puedan mantenerse a largo plazo.
- b. Otorgar jubilación justa sólo en edad avanzada.
- c. Determinar normas equitativas en servicios.
- d. Crear organismos sociales que sean ligeros, reguladores y estables.

5.1. El origen de la gerontología.

En ese número especial se señala que actualmente se le reconoce a Inglaterra ser la cuna de la medicina geriátrica, pero desde fines del siglo pasado hasta los últimos años de la Segunda Guerra Mundial, la situación de los asilos para ancianos en Inglaterra fue mala y poco fue lo que cambió. En ese periodo los asilos para pobres prevalecieron como un último recurso para muchos ancianos desamparados. Era absoluta la carencia de recursos para su atención, y la carga de padecimientos no diagnosticados ni tratados que sufrían en esos centros era enorme. Pero en 1935, la Dra. Marjorie Warren (44) asumió la dirección de uno de esos centros y por primera vez se organizó un enérgico abordaje diagnóstico, rehabilitatorio y terapéutico llegando a poner en pie, e incluso a egresar, a un número

significativo de ancianos. La importancia de la evaluación global y la rehabilitación en su contexto del enfermo en edad avanzada se estableció como rutinaria en los primeros años de la posguerra. El primer artículo sobre el tema se publicó once años después, en 1946, siendo directora de dicho centro, el West Middlesex Hospital, en él se hace la diferenciación de la atención médica institucional a los ancianos, caracterizando sus problemas y padecimientos, siendo así como se inicia en Inglaterra el desarrollo de la geriatría como una rama de la medicina. Lo interesante del documento es que en 1946 hace señalamientos que son válidos para el México contemporáneo tales como el que los ancianos crónicamente enfermos deben ser diagnosticados y atendidos en reas especiales de los hospitales generales y con sus equipos correspondientes. Señala que los ancianos crónicamente enfermos no deben ser admitidos en un asilo sino es después de haber pasado por una unidad hospitalaria de geriatría. También se resalta la idea de que las casas hogar para ancianos deben estar estrechamente vinculadas a las unidades hospitalarias para un seguimiento estrecho de los casos.

La carencia de recursos en instituciones o asilos hace imposible el tratamiento enérgico y oportuno; es así como una cama más es bloqueada por un enfermo que hubiera podido ser atendido.

Por primera vez se esboza en un artículo el proceso de evaluación geriátrica global, se introduce el estado funcional como un concepto útil para la clasificación y el abordaje diagnóstico y terapéutico del anciano. Pero una idea notoria de la autora es que fue la primera en advertir la importancia que para la salud pública tienen la transición demográfica y la epidemiológica.

El Dr. Luis Miguel Gutiérrez R. (45) señala que en dicho artículo se constata que la situación que prevalece hoy en día en los ancianos mexicanos es muy cercana a la de los ancianos de la posguerra en Inglaterra. Textualmente menciona "Cómo hoy sucede en México, en Inglaterra hace exactamente 50 años se contaban 6 millones de personas en edad avanzada, que vivían en condiciones de desamparo institucional y precariedad económica. Un abordaje enérgico, ordenado y justo del problema desde sus orígenes, convirtió al Reino Unido, al cabo de 60 años, en patrón de referencia internacional para el desarrollo de modelos asistenciales dirigidos a la atención de las personas mayores" (pag. 523). También señala que en México apenas se inicia el trabajo para la atención de los

ancianos, que los servicios especializados aun se cuentan con los dedos y no existe aún una política nacional orientada para atender el problema de la transición demográfica y epidemiológica hacia el envejecimiento poblacional, y piensa que estamos a buen tiempo de reorientar nuestros servicios de salud para hacer frente a estos problemas.

Miguel Krassoievitch (46) escribe que en México no existen estadísticas precisas acerca del número de ancianos internados en instituciones. En nuestro medio existen tres tipos de instituciones asilares destinadas a la tercera edad: las del Estado, las religiosas y las particulares, que pueden ser IAP's o sociedades civiles. El ingreso a cualquiera de ellas está determinado por factores económicos y está vedado a las personas ancianas que se encuentran en estado de invalidez o de enfermedad y las que presentan trastornos de conducta.

En el país, según el autor, existen 150 asilos, de los cuales 50 están en la ciudad de México, 17 en Jalisco, 12 en Guanajuato, 10 en Michoacán, y en los demás estados hay de uno a cuatro centros por entidad.

La mayoría de los asilados viven esta situación debido a las dificultades que se generan en la familia para atenderlos incluyendo tanto cuestiones de seguridad como económicas. La gran mayoría de ancianos prefieren otra vida que la de asilado, en muchos casos el motivo por el que acuden al asilo es la falta de un alojamiento adecuado y un subsidio para sus necesidades básicas, además tarde o temprano llegan a necesitar cierto tipo de ayuda médica.

La mortalidad es más elevada en el asilo que en la comunidad, básicamente en el primer año de admisión llega a ser del 50% en los medios más desfavorables. Hay mucha discusión respecto a si esta elevada mortalidad corresponde a los factores ambientales o a condiciones de salud precaria desde el ingreso, en general se acepta la idea de que lo extraño y lejano del ambiente es la principal razón de esta mortalidad.

El ambiente puede ser tan extraño que en las relaciones interpersonales prevalece la desconfianza y la hostilidad. En varios centros, principalmente los de tipo religioso no se permiten la convivencia entre hombres y mujeres y mucho menos cualquier intento de acercamiento erótico o sexual, y es frecuente que los cónyuges sean separados a su ingreso.

En general las actividades se hacen rutinarias y la presencia del personal de salud llega a ser un acontecimiento cuando se centra en alguna persona, lo mismo pasa con las salidas ocasionales con algún familiar, los días festivos o la muerte de algún asilado.

A pesar de sus dificultades, hasta ahora el asilo cumple una función social y sería un grave error tanto tratar de desaparecerlos como el fundar y poner en marcha más asilos como medida para favorecer a los ancianos. Con toda seguridad, la necesidad de la institución social del asilo se sustenta en una ideología en la que se justifican las condiciones de inseguridad e inferioridad asignadas al grupo de la senectud. En la base de esta institución había un discurso cuyo objetivo es convencernos de la necesidad de recluir a los ancianos. Este discurso penetra todos los espacios de la vida social, ya que el ser humano es educado sólo para el periodo llamado productivo, es decir, hasta su jubilación y su vejez. Después de eso el individuo debe ser eliminado, independientemente de todos sus recursos aun disponibles.

La problemática de los asilos es común tanto a los países desarrollados como a los subdesarrollados, con la diferencia de que en los primeros hay más recursos materiales, pero los ancianos comparten el abandono, la soledad y el deterioro por problemas de salud.

Para Muir Gray J.A. (47) es común debatir sobre los tipos de servicios más adecuados para el anciano antes de llegar a un acuerdo acerca de la naturaleza del problema que hay que resolver. Los cambios que se producen en la vejez no se deben exclusivamente al proceso biológico normal de envejecimiento sino a la combinación de cuatro procesos interrelacionados:

- a. Envejecimiento biológico normal.
- b. Enfermedades.
- c. Pérdida de aptitudes.
- d. Cambios sociales que acompañan al envejecimiento.

y podríamos agregar como quinto punto el momento histórico que se vive.

De esos procesos, el que ha recibido menos atención en los últimos años es el de la pérdida de actividad física, pues la disminución de la capacidad que tiene lugar con la edad es consecuencia, en buena cantidad de casos, no solamente del envejecimiento biológico sino también de la pérdida de actividad. Por esta razón es prioritario evitar que se impida

prematuramente al anciano realizar actividades o tomar decisiones sin la información completa que se le pueda proporcionar.

El autor también señala que ante el fenómeno del envejecimiento es común emprender actividades bien intencionadas pero mal dirigidas, por esto la OMS adoptó el siguiente conjunto de objetivos para la atención de la vejez.

1. Prevenir la pérdida innecesaria de aptitudes funcionales.
2. Mantener la calidad de vida.
3. Mantener al anciano en su hogar si así lo desea.
4. Brindar respaldo a la familia del anciano.
5. Proporcionar asistencia de buena calidad a largo plazo.
6. Contribuir a que el anciano tenga una buena muerte, así como una buena vida, suministrándole los cuidados terminales humanos y adecuados que requiera.

El conjunto de servicios para la atención del anciano se divide en institucionales y comunitarios, pero a menudo se les trata como dos componentes mutuamente excluyentes cuando en realidad hay cuatro tipos de servicios generales para el anciano. El primero y más importante es la autoatención. El segundo es la atención informal a cargo de parientes, amigos, vecinos y asociaciones de voluntarios. El tercero es la atención domiciliaria (o para población ambulante) que se proporciona a los ancianos en sus propios hogares, clínicas y centros de salud. El cuarto tipo es la atención institucional en la que se incluye la atención hospitalaria y la atención a largo plazo en el hogar.

En los servicios de atención primaria a la salud los principios que revisten mayor importancia para el anciano son:

1. Los servicios deben abarcar a la totalidad de la población.
2. Hacer un uso adecuado y eficaz de la tecnología y los recursos para la atención del anciano.
3. Debe existir planificación intersectorial.
4. La comunidad debe participar en la planificación y administración de los servicios.

Con frecuencia al anciano se le considera como destinatario pasivo de los servicios de salud (esta ya ha generado problemas en México), ha menudo se les priva de las posibilidades de decidir y actuar y se les suministra servicios que consisten en realizar

tareas para él, en lugar de brindar servicios que restauren su capacidad de realizarlas por sí mismo.

Gray menciona que en los países desarrollados los profesionales suelen decir que las familias no se ocupan del anciano como la hacía antes de la era industrial, pero esto no se ha probado. La industrialización si hace más difícil que las familias den apoyo a sus integrantes ancianos, pues generalmente va acompañada por la urbanización, el aumento de la movilidad social, la mayor participación de las mujeres en las condiciones laborales, y otros aspectos. Sin embargo esto no hace que los ancianos sean menos atendidos por sus familias, permite que también las familias sean atendidas cuando lo requieran. En estos aspectos coincide mucho con lo planteado por los Toffler al hablar de la estructura familiar de la tercera ola.

El autor señala que es esencial comprender que muchos de los problemas existentes para la atención del anciano se deben también a la acción de los propios profesionales.

Las diversas profesiones de todos los países no constituyen partes de una estructura de servicios profesionales que se haya desarrollado conjuntamente, sino que son el producto final de las décadas de evolución independiente de cada una de ellas, son el resultado de la especialización de la que hablan los Toffler. Esto ha generado el surgimiento de grupos de poder entre profesiones y un desfase de su formación entre las universidades y el campo profesional; además se desconoce la importancia de complementar la formación con dotes tanto administrativas como clínicas, basarse tanto en la investigación como en la experiencia y el abarcar a profesionales de diferentes disciplinas.

Por último, la omisión quizá más importante en la atención a la vejez sea la evaluación de los servicios. Es de vital importancia que ante el envejecimiento de la población no se reaccione con pánico sino con planificación. Cuanto mayor sea la presión que experimentan los servicios de salud de un país a causa del envejecimiento de la población, tanto mayor será la importancia de evaluar el funcionamiento de los servicios existentes y su evolución; la evaluación no es solamente un ejercicio académico, es el medio para que más ancianos reciban asistencia con el mismo monto de recursos y para que cada anciano reciba una atención más eficaz.

5.2. La atención primaria.

Bryant, Jack (48) resalta la condición de que en todo análisis sobre la salud del anciano es importante considerar el tema más general de la atención primaria, incluidos los aspectos que se relacionan con la comunidad; al mismo tiempo, cualquier análisis sobre atención primaria debe empezar con la idea de "salud para todos".

Se requiere que los servicios en la atención primaria a la salud sean significativos, eficaces, aceptables, costeables y de cobertura universal. La universalidad del acceso a un sistema de atención de salud que no sea significativo ni eficaz en relación con los problemas imperantes en un contexto local supone una distorsión del concepto de salud para todos. La eficacia constituye la médula de los servicios cuyos fines son fomentar, curar, servir y rehabilitar. La diferencia entre prevención y fomento consiste básicamente en que la primera tiene que ver con la enfermedad y el segundo con la salud.

El autor plantea que para comprender más claramente los requisitos de salud para todos es conveniente incluir esa noción en un contexto que abarque tres elementos principales tales como servicios de salud, los recursos humanos necesarios, y educación superior; al mismo tiempo tienen que considerarse tres errores cometidos en el curso de los últimos 40 años.

El primer error fue el resaltar el predominio de la atención individual que caracterizó al periodo que antecedió a la Segunda Guerra Mundial y en el cual se le daba más importancia a la atención de las personas en hospitales o centros de salud y, particularmente a los médicos asistidos por otros en los servicios. La educación de los profesionales de la salud se centraba en los servicios curativos y no se puede negar que en el campo de la salud pública se lograron resultados sobresalientes.

El segundo error ocurrió después de la Segunda Guerra Mundial y se refiere a la forma en que fue abordada la atención comunitaria. La cobertura fue más allá de la atención de individuos en hospitales y centros de salud extendiéndose a la comunidad, pero el error fue que la cobertura tenía carácter selectivo pues o se atendía a grupos o comunidades escogidas o solamente se consideraban para toda la comunidad programas particulares (nutrición, vacunación, etc.). En esta época se fue dando la idea en diferentes universidades de incorporar a sus planes de estudios la formación de los profesionales en el

campo en función de la prevención y control de las enfermedades dándose la entrada a la medicina social preventiva. Los temas de investigación también se ven afectados por esa concepción de la atención de la salud de sectores sociales determinados y en relación con el desarrollo del país.

El tercer error tiene que ver con la atención basada en la población en la que la mayoría de los países se han comprometido a llevar adelante el principio de "salud para todos", se tiene una visión en la cual la idea de "salud para todos" no es equivalente a la de "servicios de salud para todos" pues el aspecto de la salud se encuentra separado del aspecto más general del desarrollo.

En resumen, Gray señala tres aspectos que pueden ser de utilidad a la atención a la salud de los ancianos:

- a) Aunque en la mayoría de los países rara vez ocurre que se dé prioridad a los ancianos, el conocimiento y el debate sobre sus necesidades actuales y futuras van en aumento, hay una tendencia a anticiparse a los acontecimientos en una o dos décadas, estimar qué prioridades habrá en ese tiempo y tratar de prepararse para afrontarlas.
- b) Hay que dar mayor importancia a la acción de la comunidad incluyendo la participación individual, la autosuficiencia y la reducción de la dependencia dando preponderancia a la salud y no solamente a la enfermedad.
- c) Contar con un firme respaldo gerencial y medios de investigación vinculados a la elaboración de políticas. No solamente hay que considerar problemas para programas determinados sino que también se tienen que considerar los problemas de la totalidad del sistema.

El énfasis en la atención primaria a la salud es muy importante, pero no siempre es suficiente, y generalmente cuando se presenta esto es cuando se requiere atención institucional y ésta constituye una parte crítica de todo el sistema de atención de las personas ancianas.

Al respecto Marthin Boekhold (49) señala que el desarrollo económico ejerce presión tanto en la atención institucional a largo plazo como sobre las pensiones de los ancianos; esto significa que cada día habrá grupos de ancianos delicados dependiendo cada vez más de la atención profesional en instituciones de atención a largo plazo.

Es todo un desafío para una institución de atención a la salud hacer frente a una situación como ésta. La solución lógica de aumentar los recursos financieros para construir más instalaciones que incorporen más profesionales al sistema, ya dejó de ser una opción en los Países Bajos (que son considerados como los que tienen la mejor atención a los ancianos), seguramente tampoco será la alternativa en la mayoría de los países del mundo.

También se plantea el problema de justificar la atención institucional a largo plazo. Se han manifestado dudas en cuanto a si la atención institucional a largo plazo sigue integrada a la sociedad en un nivel normativo y cultural tanto en los países europeos como en los de América Latina. Las discrepancias son obvias entre las expectativas de quienes reciben atención y los tipos de atención prestada por los sistemas institucionales. Se oyen críticas a un exceso de tratamiento médico y de servicios que no resuelven los múltiples problemas específicos de los ancianos. Los servicios y los profesionales están muy centrados en sus propias disciplinas y campos de especialización que con frecuencia son motivo de inflexibilidad.

Los cambios son inevitables y existe un verdadero peligro de que en el futuro se ubique a algunos ancianos en instituciones muy caras, mientras que otros carecerán por completo de toda atención. La atención institucional no será accesible a este último grupo, que se verá obligado a permanecer marginado. Tal situación no será aceptable.

La atención a largo plazo tiene que estar orientada hacia las necesidades de los ancianos, no de las disciplinas médicas. La atención institucional debe ser el complemento de otros sistemas de atención.

En resumen, hay tres consideraciones generales en los servicios de atención a la salud para los ancianos.

1. La atención institucional de los ancianos debe derivarse de las demandas de atención que ellos mismos definan y presenten, y no debe surgir de debates entre disciplinas, profesiones o políticas departamentales dentro de prácticas y campos específicos.
2. Considerar que un alto nivel de profesionalismo puede tener efectos muy negativos en la atención institucional. Se tendrá que discutir hasta qué punto y qué tipo de profesiones se necesitan.
3. El último punto se refiere a que la atención institucional deberá ser flexible y abierta. De ser inevitable el ingreso en la institución, se deberá buscar mantener lo más posible

el estilo de vida del anciano. La mayoría de los países poseen una gran variedad de instituciones (hospitales, hogares, residencias de día, y otros) y es importante considerar la clase de función que cada una ha de desempeñar para asegurar el acceso a una atención institucional económica y de buena calidad, (financiamiento a la atención al anciano).

En 1996 el Banco Mundial señaló que para atender las necesidades de atención a la población anciana en el mundo se requiere formular las siguientes preguntas.

1. ¿Cómo aprovechar los arraigados mecanismos económicos, familiares y públicos, que en general son insuficientes y deficientes, para dar protección a la vejez y a la vez utilizar y recurrir a nuevas tendencias?.
2. ¿Es posible para los dirigentes políticos de los países adheridos a costumbres, prácticas y leyes entender integralmente la reformulación de lo conocido para mejorar la situación del adulto mayor en particular, y del desarrollo en general?.
3. ¿Qué papel deben desempeñar el sector público y el sector privado en el financiamiento a los ancianos para otorgarles seguridad económica?.

El Banco Mundial generalmente fundamenta su visión a largo plazo en la modernidad y el progreso técnico. Proporciona una imagen globalizada del problema económico que viven los viejos y sus países en cuanto a su sostenimiento; para esto propone y analiza los pilares financieros público, privado y personal como las tres opciones para solucionar la difícil situación que se vive.

En la actualidad se reconoce que los sistemas que otorgan seguridad económica a las personas mayores van al fracaso tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. En los primeros, las familias extensas y otros medios tradicionales de apoyo a los ancianos van desapareciendo debido al avance de la urbanización, los movimientos migratorios, la hambruna y los conflictos armados. Particularmente en los países industrializados la elevación de los costos está erosionando los mecanismos formales o pensiones, dificultando el desempeño de las actividades económicas. Lo más grave es que todavía existen países que se inclinan únicamente por los mecanismos formales para proporcionar seguridad económica a las personas mayores con el riesgo de que se repitan los problemas que se han padecido en muchas otras partes.

Al analizar las diversas posibilidades de solución se consideraron dos criterios: a) las consecuencias para los adultos mayores, y b) las repercusiones para el desarrollo. Se consideró que el mejor resultado para proteger contra los numerosos riesgos que confronta la vejez y que le ofrece mayor seguridad económica es una combinación de los tres mecanismos financieros.

1. Público. Es de carácter obligatorio, financiado por impuestos administrados por el gobierno y buscando la redistribución de las pensiones.
2. Seguro privado. Es de tipo obligatorio y cuenta con diferentes opciones.
3. Ahorro personal. Es una contribución definida, generalmente voluntaria y existe la tendencia a la obligatoriedad.

Se indica que los mecanismos anteriores deben considerar los siguientes principios:

- a. Establecer una red de seguridad económica para los adultos mayores que ya no pueda mantenerse.
- b. Otorgar incentivos y favorecer medidas que promuevan el trabajo y el ahorro en relación con el desarrollo.
- c. Evitar que individuos o autoridades de diverso tipo manipulen los mecanismos para obtener beneficios de carácter personal.
- d. Estructurar una planeación estratégica de alrededor de cinco o seis décadas ya que los servicios a la vejez necesitan un marco a largo plazo.

Los mecanismos deben orientarse a generar planes estratégicos, económicos, vigorosos y estables que ayuden a los ancianos y a la economía en general en su calidad de instrumentos de desarrollo. También señala que se pueden tener los siguientes riesgos.

- a. Dadas las condiciones mundiales se puede tener una inestabilidad fiscal incontrolada.
- b. No otorgar grandes beneficios mediante los mecanismos públicos en el caso de pensiones y jubilaciones anticipadas que no puedan mantenerse a largo plazo.
- c. Otorgar jubilaciones sólo en edad avanzada y establecer medidas actualmente justas para quienes se jubilen tempranamente.
- d. Determinar normas equitativas en los seguros privados ocupacionales que eviten desviaciones y sean compatibles con los otros pilares financieros.

- e. Crear organismos financieros legales y regulatorios estables en el caso de los seguros privados, ya que si se establecen como obligatorios antes de fijar las condiciones y la estructura normativa se irá al fracaso. (véase cuadro 3)

Estas consideraciones no serán fáciles de realizar si no se toma en cuenta el contexto de la demanda de la atención para su salud que tienen los ancianos en nuestro país.

**CUADRO 3.
CONDICIONES PARA LA PROTECCION DE LA VEJEZ**

<i>MECANISMOS FINANCIEROS</i>	<i>PRINCIPIOS</i>	<i>RIESGOS</i>
- PUBLICO - SEGURO PRIVADO - AHORRO PERSONAL	- RED DE SEGURIDAD - INCENTIVOS - EVITAR MANIPULACION DE FONDOS - ESTRUCTURAR PLANEACION	- INESTABILIDAD - JUBILACION EN EDAD AVANZADA - NORMAS NO EQUITATIVA - FALTA DE MECANISMOS REGULATORIOS.

Relación entre los mecanismos financieros, sus principios y riesgos.

5.3 Atención en segundo y tercer nivel.

En uno de los pocos estudios realizados en 1996 por Aída Borges (50) y un equipo de colaboradores se describe la utilización de los servicios de segundo y tercer nivel de atención por la población anciana, en tres hospitales de la ciudad de México en 1992 y 1993 considerando las características socio-demográficas de dicha población.

De 1969 a 1990, la esperanza de vida en México aumentó 10 años en los hombres y 14 en las mujeres, se estima que para el año 2000 12% de la población total será mayor de 60 años. Debido a la migración de las zonas rurales a las urbanas se calcula que el 75% de los ancianos vivirán en zonas urbanas. Estas nuevas condiciones de salud y sus determinantes socio-demográficas se inscriben dentro del proceso de la transición epidemiológica que se manifiesta en el control de las enfermedades transmisibles y en el descenso en la mortalidad prematura asociada a estos problemas y al aumento de enfermedades crónicas. Hay que considerar que la disminución de las tasas de mortalidad prematura por enfermedades infecciosas abre el espacio para nuevas determinantes de la mortalidad tales como tumores, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.

En términos de magnitud la Ciudad de México tiene una población aproximada de 8 235 744 personas de las cuales 7.1% tiene 60 años o más, y representan el 12% del total

de los ancianos en el país. Estas nuevas condiciones en el perfil de salud nacional, caracterizada por el aumento de la proporción de la población anciana y su concentración en las áreas urbanas, obliga a dar una mayor importancia a las necesidades de salud y atención médica de este sector.

Aunque se espera un incremento en la demanda de servicios no existen suficientes datos respecto a las características socio-demográficas y de la magnitud de la utilización de los servicios hospitalarios por la población anciana en la ciudad de México.

La finalidad del estudio fue recolectar información que ponga de manifiesto lo complejo de la atención curativa de este sector de la población, y alertar sobre el futuro que se avecina en términos de servicios de salud indispensables para una demanda de servicios que va en aumento.

En las pocas investigaciones realizadas en México ya se han identificado algunas diferencias en las razones para la demanda de atención y hospitalización entre hombres y mujeres, así como la presencia de problemas de salud más complejos entre las mujeres, en las cuales se ha encontrado que utilizan más frecuentemente los servicios de salud que los hombres, y que las personas que enviudaron recientemente tienen mayor riesgo de enfermarse y morir que aquellas que siguen casadas y tienen la misma edad.

En general las enfermedades infecciosas aún están presentes y siguen siendo un problema de salud aunque ya no son causa de muerte. Es necesario e importante llevar a cabo más investigaciones que ayuden a describir las características de la utilización de servicios por la población anciana en todos los niveles de atención, investigaciones que permitan analizar y predecir las tendencias de las enfermedades para el futuro. La necesidad de prevenir, pero sobre todo de curar y rehabilitar, puede rebasar en gran medida la capacidad de los servicios de salud; por lo tanto deben estimarse los recursos humanos y materiales, así como las nuevas estrategias de atención para resolver los problemas de salud de esta población. Sin embargo me parece que solamente se señalan y no se cuestionan las condiciones ni se reconsideran a fondo los nuevos escenarios en los que se encontrarán los ancianos ni las estrategias propuestas para atenderlos. Los pocos trabajos que se han realizado en este sentido solamente han sido descriptivos y no rebasan ese nivel de análisis, tal es el caso de la investigación realizada por Gutiérrez Robledo (51) y su equipo, en la cual se analiza la infraestructura, el personal y la organización asistencial de

las instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el D.F. y describe el estado funcional y los requerimientos asistenciales de sus beneficiarios.

La gran mayoría de los ancianos son funcionales e independientes; sin embargo los ancianos dependientes absorben una porción significativa de los gastos en salud, a pesar de ser minoría, y frecuentemente requieren de cuidados prolongados administrados por personal experimentado. Esta población anciana es la que tiene alto riesgo de institucionalización en asilos de estancia prolongada, donde las condiciones suelen ser deficientes y su evolución suele ser desfavorable.

En nuestro país los primeros asilos fundados en este siglo se debieron a la actividad privada y generosa de distintos benefactores. El origen de éstas y las instituciones actuales responde a las necesidades básicas de un grupo de ancianos, que carece de servicios básicos o de seguridad social, y que carecen de familia, además de padecer alguna enfermedad crónica que requiere tratamiento médico continuo y generalmente especializado. Es importante resaltar que aún no existe una definición adecuada de las características y los objetivos que estas instituciones deben ofrecer para resolver las necesidades de sus asilados y permitir su adecuado cuidado.

Las necesidades asistenciales que presenta esta población son de diversos orígenes y complejas relaciones. Básicamente se trata de un grupo con aislamiento social, de limitados recursos económicos y con bajo nivel cultural, en el cual la multipatología, el deterioro rápido durante la enfermedad y una menor capacidad de respuesta ante situaciones de estrés, facilitan una mayor vulnerabilidad, aunado a una mayor frecuencia de complicaciones y de iatrogenia en la evolución de las enfermedades. El abordaje de esta problemática requiere de amplios programas que cada día tienen un incremento en los costos de atención.

En nuestro país el 7.7% sufre de algún grado de incontinencia, y la cifra se eleva a 20% de las mujeres de más de 80 años, la incontinencia es un factor de deterioro de la calidad de vida y una de los elementos de mayor peso de decisión para la institucionalización de la persona.

Actualmente existen más de 115 asilos registrados en el área metropolitana de la ciudad de México, y en el D.F. que cubren diferentes rangos de necesidades de los ancianos asilados; recientemente su número ha aumentado, pero lo ha hecho m s

lentamente que este grupo de población; actualmente en el D.F. Se atiende a .5% de los ancianos. De sus características y funcionamiento conocemos muy poco. Sin embargo, al menos un informe previo ha abordado el problema señalando claras diferencias y algunas alternativas de solución posible en nuestro medio.

En favor de la institucionalización cabe señalar que son numerosos los estudios que han demostrado que la atención del anciano por parte de un equipo multidisciplinario, conformado por trabajo social, rehabilitación, enfermería y médicos geriatras, disminuye las complicaciones en este grupo de personas, permitiendo su rehabilitación y disminuyendo el costo de la atención médica; además eventualmente favorece su retorno al domicilio.

Cada día se ha incrementado el interés por la calidad de la atención en las instituciones de salud, poco a poco esto se ha ampliado a los centros o instituciones de cuidados prolongados para las cuales no existe una norma oficial mexicana aprobada y que asegure un mínimo de calidad asistencial en un ámbito sumamente diversificado.

En su estudio Gutiérrez pretendía cuatro cosas.

1. Caracterizar las instituciones de cuidados prolongados existentes en el D.F.
2. Describir las características de los residentes en ellas, desde el punto de vista de sus necesidades asistenciales.
3. Cotejar las necesidades asistenciales de los asilados contra la oferta de servicios en las instituciones que ocupan.
4. Desarrollar un marco de referencia útil para la planeación de la normatividad.

La hipótesis del estudio de Gutiérrez y colaboradores era que las numerosas instituciones no pueden cumplir con los requisitos básicos para la administración de una atención apropiada al anciano, de tal forma que pueda cubrir sus necesidades asistenciales básicas. Efectuaron una encuesta transversal, descriptiva y confidencial a residentes de una muestra de instituciones de cuidados prolongados para la atención de ancianos en el D.F. y las dividieron en dos grupos.

1. Instituciones gubernamentales.
 - Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
 - Instituto Nacional de la Senectud (INSEN).
 - Protección Social del Departamento del Distrito Federal.

2. Instituciones privadas.

- De beneficencia afiliadas a la Junta de Asistencia Privada (JAP).
- Instituciones privadas no afiliadas a la JAP.

En la encuesta se aplicaron dos escalas, la escala Firevicius de evaluación de Instituciones, y que fue desarrollada por el área de Salud del Anciano y Promoción de la Salud de la OPS. Esta escala consta de seis secciones:

1. Descripción general del establecimiento.
2. Planta física y recursos materiales.
3. Recursos humanos.
4. Procedimientos.
5. Interpelación de actividades y niveles.
6. Actividades programadas.

La otra escala aplicada fue la Escala de Evaluación de Dependencia en Institución desarrollada por Kuntzman. Esta escala consta de cinco apartados que evalúan la dependencia del paciente en cuanto a:

1. Cuidados personales.
2. Necesidades de atención.
3. Control de esfínteres.
4. Transferencias y desplazamientos.
5. Dependencia psíquica

El total de asilos, clubes y residencias de día identificados en el área metropolitana ascendió a 115, de los cuales se trabajó con 96 de esas instituciones.

Cabe hacer la mención de que en este estudio se evaluaron las condiciones físicas de los centros, sus recursos, personal, y nivel de funcionalidad de los ancianos, pero en ningún caso se estudia cual ser el futuro de la institución.

Los resultados de esta investigación ponen en evidencia que no existe ninguna relación entre los puntajes de la calificación global de capacidad asistencial y la calificación promedio de requerimiento asistenciales de los residentes en los diferentes centros. La proporción de asilados dependientes en la institución no guarda relación con la capacidad asistencial de la estructura, tanto física como administrativa, que los contiene y

viceversa. Las instituciones mejor organizadas no están dirigidas necesariamente hacia la atención de los ancianos más dependientes.

Lo anterior es más evidente en el grupo del DIF, donde con muy buenos recursos se concentra una de las poblaciones más independientes de los asilos y esto quiere decir que de alguna forma parte de sus recursos están subutilizados, pero en el caso de las instituciones privadas sucede a la inversa, pues disponen de menores recursos y exhiben una población con alto grado de dependencia y que tienen requerimientos que no pueden cubrirse a satisfacción.

Una información importante para los fines de esta tesis es que en las instituciones revisadas en el estudio de Gutiérrez y colaboradores es los programas de capacitación para el personal existen sólo en 62.9% de todas las instituciones en general; el DIF tiene programas en 100% de los casos; la JAP 53.9%, el INSEN 33% y los asilos privados 64%, pero es necesario señalar que los recursos disponibles para tal fin son diferentes en cada caso, pues el DIF solamente cuenta con dos casas hogar en el D.F. y el INSEN con cinco albergues y seis residencias, además de contar con todo un aparato que los respalda en términos de obligaciones laborales de los profesionales que trabajan en ellos. El caso de las instituciones privadas y religiosas no es igual, pues carecen de muchos recursos económicos y materiales.

La calidad de vida de un paciente depende de al menos dos factores básicos: primero de la descripción interna, subjetiva y personal, del paciente y segundo de la determinación objetiva de diferentes parámetros mensurables o externos que no siempre es fácil definir y medir.

La mayoría de las instituciones tiene normas de admisión relativamente estrictas que, en principio, limitan la admisión sólo a personas en estado funcional independiente y sin evidencia de deterioro cognitivo avanzado. Pero una tercera parte de los residentes son altamente dependientes, debido al envejecimiento de la población previamente funcional dentro de la institución y a la habitual ausencia de cuidados preventivos, y probablemente para los que no se ha previsto una inversión apropiada.

Las importantes carencias detectadas particularmente en las instituciones privadas, ponen de relieve la necesidad de mejorar la normatividad existente. La mitad de las instituciones privadas no pudieron demostrar que cuentan con una autorización sanitaria

para funcionar, también presentan graves carencias en recursos humanos y materiales a pesar de que en su mayoría se trata de instituciones que cobran por sus servicios.

Los autores proponen que es necesario clasificar a los centros de atención para ancianos considerando sus funciones y tipo de atención que pueden proporcionar, y las categorías propuestas son:

1. Residencias protegidas. Serían orientadas a la atención de ancianos funcionales que no requieren de supervisión estricta. Podrían operar con un mínimo de instalaciones y un programa de seguimiento paramédico.
2. Casas de reposo. Atenderían población moderadamente dependiente que necesita vigilancia, disponibilidad de cuidados especializados, programas de rehabilitación, apoyo social y geriátrico y, en su caso, promover la recuperación funcional a nivel previo. Estas casas de reposo requerirían un seguimiento estrecho, un equipo multidisciplinario y médicos especialistas.
3. Hospitales de estancia prolongada. Recibirían a ancianos altamente dependientes, que demandan atención continua de equipos de geriatría, gericultura y enfermería; contaría con apoyo para traslados, alimentación, incontinencia y administración de medicamentos.
4. Una categoría extra serían los asilos de enseñanza que permitan abrir espacios para la formación de recursos humanos.

De antemano toda población de ancianos asilada es de alto riesgo en relación con un deterioro funcional, al que contribuyen la propia reclusión, la baja estimulación, y el estado precario de salud que suele manifestarse en la población.

Con lo mencionado en los tres últimos capítulos se observa que en la mayoría de las investigaciones solamente se han revisado expedientes, se han aplicado escalas, se han entrevistado a los ancianos pero casi no se menciona cual es la postura del personal asistente y autoridades, parece ser que se da por hecho el sentido del trabajo que es necesario realizar y poco se cuestiona la forma en que ha sido abordada la asistencia a la vejez por parte de los responsables de las instituciones de atención a la vejez.

Es necesario que nos preguntemos si la forma en que se ha abordado la atención al anciano realmente ha sido la mejor elección, y se hace indispensable visualizar cual es su

futuro en términos de los nuevos escenarios que nos toca vivir, aproximarnos a estos aspectos es el sentido de la presente investigación.

Para el Dr. Bravo Williams (52) el asilo en México es una institución que se ha multiplicado con las mismas características, y bajo las mismas condiciones, de hace muchos años y resume en tres las razones de esto. La primera es que sigue habiendo un aumento en el número de ancianos junto con la desprotección familiar y social.

La segunda es que hay una desasimilación del anciano por la familia conforme ésta se urbaniza; considera que la idea de que la familia pequeña vive mejor es una mentira pues esto ha contribuido a desproteger al anciano al no haber en la casa un lugar o habitación para él; afirma que las condiciones del nuevo industrialismo han cambiado la estructura familiar asociado a cambios demográficos, avance tecnológico, aceleración de las nuevas industrias, alteración de las distancias y la alta competencia laboral que ya mencionamos en otros capítulos. Piensa que ahora no solamente son los huérfanos de familia los que necesitan protección sino también los ancianos con familia.

La tercera y última razón de la proliferación de asilos es la pobreza, por eso muchos asilos surgen con la intención de atender y proteger a los desvalidos y menesterosos.

También la imagen que se tiene del asilo tiende a ser negativa por diferentes condiciones; una es que en un principio el anciano mismo solicitaba esta atención y hoy se tiende a decidir por él o, si decide él mismo, se defrauda con lo que encuentra; el funcionamiento de muchas instituciones suele ser difícil e inadecuado; los medios de comunicación tienden a difundir una imagen negativa; por su naturaleza, muchas instituciones también se encuentran en la pobreza; hay falta de conocimiento y preparación del personal; es común que después de ser internado en la institución, el anciano no vuelva a ver a nadie conocido; por último, hay una condición de rutina y falta de actividad dirigida para el anciano, hay rutina y monotonía, hay actividad para pasar el tiempo, no hay sentido del trabajo o actividad.

Para una mejor atención de los ancianos el Dr. Bravo Williams plantea la urgencia de clasificar las necesidades de los ancianos y propone la siguiente doble clasificación, una de la población y otra de los servicios, a los que esquemáticamente los podríamos representar de la siguiente forma.

I. Para la población:

1. Ancianos sanos.
2. Ancianos enfermos: a) menores.
b) mayores.
3. Ancianos Inválidos: a) físicos.
b) psíquicos.

II. Para las instituciones asistenciales

1. Asilos: atenderían al grupo 1 en la condición de menesterosos.
2. Residencias, villas, clubes: grupo 1 con autofinanciamiento.
3. Casa de reposo: grupos 2 a) y 3 b).
4. Clínicas y hospitales geriátricos: grupo 2 b).
5. Granjas de dos tipos: granja para el grupo 3 a) y granja para el grupo 3 b).

En consideración a lo anterior el Dr. B. Williams hace un listado de siete puntos en los que resume lo que debe ser un asilo:

1. El asilo debe ser una institución de asistencia para ancianos no enfermos, no inválidos, de escasos recursos económicos, y que requieran ayuda básica.
2. Por sus características, el asilo es una institución que requiere tener un subsidio para su adecuado funcionamiento.
3. Debe ser una institución actual, que evolucione al ritmo de los cambios sociales y técnicos, no solamente en cuanto a instalaciones físicas, sino también en los procedimientos técnicos y de servicio.
4. Deben ser lo menos grandes posible a fin de que sean funcionales, debe considerarse entre 30 y 100 personas. Es preferible evitar que sean para un sólo sexo.
5. Los asilos deben ser centros de enseñanza, práctica e investigación, además de asistenciales.
6. Deben mantener una circulación adecuada de su población según el estado de salud de sus residentes.

7. Por sus características deben existir tres clases de asilos. La primera clase son los que han sido construidos particularmente para esta función. La segunda es la de aquellos en las que se han hecho adaptaciones para cubrir sus servicios. La última, es aquella cuyas instalaciones no son las apropiadas para la asistencia de los ancianos.

A primera vista algunos de estos planteamientos coinciden mucho con lo dicho por los Toffler en cuanto a la necesidad de actualización, pero en una breve plática personal con el Dr. Williams fue evidente que él no conoce esa aproximación, y no incluye la condición del asilo autogestivo y a los ancianos productivos, él también asume como real la idea del anciano asistido. De hecho, en la nota editorial de Directorio Nacional Gerontológico (53) Williams menciona que las Instituciones de Asistencia Gerontológica han llegado a ser el principal recurso para la atención de las diversas necesidades de los ancianos, incluyendo los desamparados, discapacitados, o que presentan soledad o deterioro intelectual. Es en estas instituciones en donde los especialistas técnicos o profesionales han recibido su entrenamiento o adquirido su experiencia práctica.

"Ahora que nuevamente enfrentamos tiempos difíciles, esta obra se verá seriamente afectada y su principal amenaza estará en el cierre de un gran número de las instituciones. Aún las que puedan sostenerse se verán afectadas por importantes recortes de personal y la suspensión de adquisiciones de equipo y materiales indispensables para su progreso" (pag. 3).

A partir de esta consideración Williams propone que es el momento de poner en práctica algunas de las recomendaciones emanadas de la Convención de Instituciones de Asistencia Gerontológica, entre las que se incluyen:

1. Compartir recursos a costo preferencial o compartido entre instituciones. Esos recursos pueden ser unidades móviles, equipos de diagnóstico y terapéuticos, lavanderías, recursos técnicos y personal profesional.
2. Iniciar una apertura de relación o servicio hacia la comunidad, llegando incluso a que las instituciones funjan como Centros de Apoyo Comunitario.
3. Iniciar un programa para interesar al sector público en utilizar a las Instituciones como un sistema formal de apoyo, ya que la demanda continuar creciendo al corto plazo. La renta de los servicios favorecer el desarrollo gerontológico de las instituciones.

Con las reservas que las condiciones permiten Williams hace un cálculo estimado de 18 500 camas censadas que solamente alcanzan a cubrir un .36% (menos del 1%) de la población anciana.

Estas tres consideraciones bien pueden ser vistas como el inicio de alianzas estratégicas entre instituciones y servicios para la atención de ancianos, una idea muy aceptada en el tipo de administración de la tercera ola. En la plática sostenida con él hablamos de los conflictos generacionales pero él los ve más como circunstancias entre grupos de individuos con diferencias sociales y no como una condición humana mundial vista desde la postura del 'Shock del Futuro' planteado por los Toffler y desarrollado con mayor claridad por el Dr. Garrido en sus seminarios, en los que se planteaba la dificultad de los subsidios, pensiones y jubilaciones. Estas divergencias entre las posturas muestran todo el camino que falta por recorrer

CAPITULO 6.
CARACTERISTICAS Y NORMATIVIDAD PARA LA ATENCION
DE LA SALUD DE LA POBLACION ANCIANA EN LA
CIUDAD DE MEXICO.

6.1. Distribución de la población anciana en México.

6.2. La participación de la población anciana en la economía.

6.3. Programas institucionales para la atención de los ancianos.

DE LA SALUD DE LA POBLACION ANCIANA EN LA CIUDAD DE MEXICO.

En el año de 1996 se realizó una alianza interinstitucional que tiene como finalidad llevar a cabo una serie de recomendaciones para la atención de las necesidades más relevantes de la población de la tercera edad, ubicándolas en áreas clave como la salud, nutrición, mercado laboral, familia, violencia, atención jurídica y educación entre otras relacionadas con la calidad de vida. Se consideró que la información es esporádica y dispersa, pero que una manera de enfrentar el problema es "estudiar las múltiples necesidades de la población y el papel de las instituciones sociales" (pag. 5). (54)

La Alianza se formó con la participación del DIF, DDF, INSEN, ISSSTE, IMSS, CDHDF, SEMARNAP, SEP, JAP, Cruz Roja Mexicana, Centro Mexicano para la Filantropía, SSP y muchas otras. En su conjunto se aproximaron al tema del envejecimiento considerándolo como un "proceso demográfico medido a partir del incremento en el número y proporción de la población con 60 años y más" (pg.11)

6.1. Distribución de la población anciana en México.

El proceso de envejecimiento tiene implicaciones en las estructuras económicas, sociales y de salud, que deben hacer frente a un grupo poblacional cada vez más numeroso y con necesidades distintas al resto de la población. Al presentar diferentes datos estadísticos sobre la distribución de la población se observa una redistribución de grupos de edad y con ella se da una redistribución de las necesidades para atenderlos.

Según datos del CONAPO-DIF de 1994 la distribución por grupo de edad de 1960 a 1990 es:

**TABLA 1.
GRUPO DE EDAD POR DECADA.**

GRUPO DE EDAD	1960	1970	1980	1990
0 –14	41	41.5	37	30.5
15 – 59	53.5	53.2	57.3	62.1
60+	5.2	5.3	5.7	7.1
No especificó	0.3	0	0	0.3

Se puede ver como el primer grupo, de 0 a 14 años, incrementa levemente de 1960 a 1970, disminuye en 1980 y tiene una reducción mayor en 1990. El segundo grupo se

reduce ligeramente de 1960 a 1970, y se incrementa paulatinamente hasta 1990. El tercer grupo es el que pone de manifiesto el envejecimiento de la población pues ha tenido un incremento sostenido desde 1960 hasta 1990.

El proceso de envejecimiento de la población es el resultado de la reducción de la mortalidad y fecundidad que se evidencia en los cambios de la estructura por edad y que se traducen en un incremento en la proporción de personas de edades adultas y una disminución en la de personas jóvenes. Este proceso lleva al conjunto de la sociedad a reorganizarse en los ámbitos de la familia, el mercado de trabajo y la atención a la salud entre otros.

El propio desarrollo económico que hubo en México fue fundamental para que se iniciara el proceso de envejecimiento de nuestra población ya que, por un lado, propicio el descenso de la mortalidad en general e incrementó el tiempo de vida promedio; por otro lado, redujo la tasa de fecundidad, lo que provocó la reducción de los individuos de las nuevas generaciones.

TABLA 2.

DELEGACION	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
AZCAPOTZALCO	4908	21263	36171
COYOACAN	18263	26531	44794
CUAJIMALPA	2368	2933	5301
GUSTAVO A. MAD.	38651	51873	90524
IZTACALCO	13709	18213	31922
IZTAPALAPA	30614	40670	71284
MAGDALENA CONT.	4757	6361	11118
MILPA ALTA	1800	1952	3752
ALVARO OBREGON	17364	24167	41531
TLAHUAC	4271	5164	9435
TLALPAN	10396	14591	24987
XOCHIMILCO	6409	8399	14808
BENITO JUAREZ	18308	32007	50315
CUAUHTEMOC	23825	39708	63533
MIGUEL HIDALGO	16579	26142	42721
VENUSTIANO CAR.	18398	26389	44787
TOTAL	24065	346363	586983

Fuente: CONAPO-DIF, 1994. Datos para el Distrito Federal.

En el caso de México también se observan cambios en términos de la distribución poblacional según la región de que se trate, pero la entidad que muestra la mayor

proporción de la población de 60 años o más es el Distrito Federal. Para 1990 la esperanza de vida para las mujeres residentes en el Distrito Federal era de 71.3 años, para los hombres es de 68.4 años.

Según el cuadro anterior las delegaciones con mayor proporción de personas con 60 o más años son las delegaciones Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Cuauhtemoc: por el contrario, las delegaciones con menor población de 60 años o más son Milpa Alta y Cuajimalpa.

TABLA 3
Proporción de personas de edad avanzada con respecto a la
Población total delegacional por sexo, 1990.

DELEGACION	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
AZCAPOTZALCO	3.1	4.5	7.6
COYOACAN	2.9	4.1	7.0
CUAJIMALPA	2.0	2.5	4.4
GUSTAVO A. MAD.	3.0	4.1	7.1
IZTACALCO	3.1	4.1	7.1
IZTAPALAPA	2.1	2.7	4.8
MAGDALENA CONT.	2.4	3.3	5.7
MILPA ALTA	2.8	3.1	5.9
ALVARO OBREGON	2.7	3.8	6.5
TLAHUAC	2.1	2.5	4.6
TLALPAN	2.1	3.0	5.2
XOCHIMILCO	2.4	3.1	5.5
BENITO JUAREZ	4.5	7.8	12.3
CUAUHTEMOC	4.0	6.7	10.7
MIGUEL HIDALGO	4.1	6.4	10.5
VENUSTIANO CAR.	3.5	5.1	8.6
TOTAL	2.9	4.2	7.1

Fuente: CONAPO-DIF, 1994. Datos para el Distrito Federal.

En el cuadro anterior se puede ver como se da la proporción de población anciana por delegación. Destacan las delegaciones de Benito Juárez, Cuauhtemoc, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza como aquellas que tienen un valor superior al promedio de la población anciana. Las delegaciones de Cuajimalpa, Tláhuac, Iztapalapa, Tlalpan y Xochimilco son las que tienen las menores proporciones poblacionales, curiosamente Tlalpan y Xochimilco son las delegaciones que mayor cantidad de asilos y casas hogar tienen en su territorio; estos datos indican que hay un envejecimiento diferencial al interior

del Distrito Federal y también hay indicadores de diferencias en la distribución por sexos de la población anciana. En general hay más asilos y casas hogar donde menos población anciana hay, y por el contrario, hay más ancianos donde existen menos asilos; esta condición se debe a que muchas instituciones fueron creadas en terrenos que les fueron donados y no en espacios donde existe la demanda demográfica.

Desafortunadamente no contamos con más información que nos permita comprender esta diferenciación de la distribución de la población y no se cuentan con datos más concretos sobre sus características. Lo que sí se puede entender es que mucha de la disparidad de la distribución de instituciones para la atención de ancianos en las diferentes delegaciones se debe en parte a que es en esos lugares en donde se contaba con las instalaciones que fueron donadas o rentadas para fundar los diferentes centros o casas hogar para ancianos, y no tanto por contar con un estudio de necesidades de la población en la ciudad de México.

6.2. La participación de la población anciana en la economía.

La participación económica de la población anciana no se ha estudiado con detenimiento y los estudios realizados se han centrado en la población en general. Según la Encuesta Nacional de Empleo Urbana de 1992, la población de 65 años o más tuvo una participación de 24.82% en el área metropolitana de la Ciudad de México. De esta población, las mujeres participaron en un 13.56% y los hombres en un 39.68%.

En general, a principios de los noventa, la participación económica de la población envejecida de la ciudad de México es significativa pero con variaciones substanciales según el parentesco, edad, sexo, estado civil y escolaridad. En el caso de los hombres se resalta su participación cuando son jefes del hogar, casados y con niveles promedio de escolaridad. Las mujeres que participan más son las jefas o hijas del hogar, básicamente solteras, divorciada, separadas o viudas, con bajos niveles de escolaridad (incluida la condición sin estudios) o muy altos (medio superior o profesionista). Según los reportes de la ENEU para los hombres es determinante en su inserción ocupacional la relación de parentesco, el estado civil y la escolaridad; y para las mujeres lo es la escolaridad, el estado civil y las relaciones de parentesco. Se puede ver que hay una relación inversa en los factores que determinan la participación económica en la población anciana.

Según la Alianza para la Tercera Edad en el Distrito Federal las consideraciones anteriores hacen necesario conocer qué rama de actividad absorbe a esta fuerza laboral, qué tipo de actividad realiza, y qué posición tiene dentro del mercado de trabajo en la década de los noventa. Esta alianza también considera que en México se cuenta con una estructura de servicios de seguridad social que tienen que ver directamente con la población de la tercera edad y entre los principales se encuentran:

- a. La Secretaría de Salud.
- b. El Instituto Mexicano del Seguro Social
- c. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- d. El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas.
- e. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- g. El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN).

Cada uno de estos organismos otorga diferentes prestaciones a la población anciana de México. Particularmente el ISSSTE se encarga de pensión por jubilación, pensión de retiro por edad y tiempo de servicios, pensión por cesantía en edad avanzada e indemnización global. En el IMSS se proporciona seguro de invalidez, seguro de vejez, seguro por cesantía en edad avanzada y pago de pensiones de acuerdo a las cuotas que haya aportado el anciano a estas instituciones durante el tiempo que laboró. En el caso de retiro, se beneficiará de los ahorros generados según lo establece el sistema de ahorro para el retiro actual.

En el caso del INSEN se tiene a un organismo de asistencia social a nivel nacional sectorizado en la Secretaría de Salud que presta servicios de asistencia económica, médica, jurídica, social, educativa, psicológica y de investigación, pero según especialistas de la gerontología en México el INSEN no a cumplido con las expectativas que se tenían en su fundación, y el mejor ejemplo de esto es el rea de investigación; según los comentarios de los especialistas en el campo, el INSEN bien pudo llegar a tener una presencia como la ha logrado el Instituto Nacional de Cardiología, el de Cancerología o el de Nutrición por mencionar algunos. Hay quienes consideran que, si bien es necesario el proporcionar orientación legal, apoyo médico, psicológico y educativo, las acciones no han respondido a la demanda de trabajo y vivienda que el anciano requiere, y no se cuenta con los especialistas formados en investigación gerontológica y geriátrica que el país necesita. De

hecho al realizar esta tesis fue difícil entrevistar al personal del INSEN argumentando que este tipo de trabajo sería como evaluar a la institución y por el momento hay cambios que no lo permiten. Aun con todo el INSEN ha impulsado una serie de propuestas para ayudar a la institucionalización de los ancianos, la última que ha formulado al público en general se refiere a la idea de adoptar un abuelo, esta propuesta plantea que cualquier persona adopte alguna otra persona anciana, la visite en la institución y colabore en su atención y gastos personales.

El Programa Nacional de Población 1995-2000 (55) señala que en 1990 alrededor de 2.7 millones de hogares (17.6% del total de hogares del país) tenían por lo menos un residente de 65 años o más, por esta razón, en muchos hogares mexicanos se está dando una sobreposición de generaciones sucesivas. El plan de población señala que es necesario promover una distribución justa de obligaciones y responsabilidades entre todos los miembros, pero esta condición plantea dos grandes problemas de gobierno, por un lado se requiere una planeación y desarrollo de sistemas de seguridad social acordes a las necesidades y características de la población, y por el otro, es necesario emprender una cultura en pro de los ancianos en la que se les considere como generaciones con experiencia, tradiciones y capacidad de vivir integrados en la sociedad económica y políticamente activa.

6.3. Programas institucionales para la atención de los ancianos.

a. El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN).

Carlos González (56), quien fuera Subdirector de Investigación y Desarrollo Social de la Dirección de Asistencia Social del Instituto Nacional de la Senectud escribe que por el año de 1978 nacen en México las asociaciones de geriatría de manera casi simultánea con el mismo INSEN, el cual nació "con un enfoque erróneo y equivocado" por haber surgido bajo un enfoque de atención geriátrica, en una época en la que en el mundo las tendencias eran gerontológicas (más integrales) y en el cual el proceso de envejecimiento demográfico nos alcanza antes de que tomemos las medidas adecuadas para atenderlo. Textualmente escribe "En México no todos los viejos están protegidos, somos uno de los pocos países, si no es que el único en el mundo, al que le sobran instituciones de seguridad social, tenemos El Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y

Servicios Sociales para Trabajadores del Estado... Sin embargo, tan sólo el 20% de las personas de 60 años o más están protegidas por la seguridad social, tienen garantizados sus servicios de salud, de manera sistemática y con equipos altamente especializados, pasando del primer nivel que es preventivo, al segundo y tercer nivel de atención de la salud, a pesar de que existen pocos servicios públicos nacionales, y un 80% de esta población no tiene acceso a ellas". (pag. 194)

El INSEN (57) nace el 22 de agosto de 1979 en México por Decreto Presidencial, y su objetivo es proteger, ayudar, atender, orientar a la vejez y estudiar sus problemas. Es un organismo descentralizado de asistencia social, pero vinculado con la Secretaría de Salud. Cuenta con programas basados en una política educativa, de salud y social; sus actividades están regidas por doce programas específicos que son a) investigación social gerontológica, b) información, c) enseñanza, d) servicios psicológicos, e) educación para la salud, f) servicios educativos, g) actividades socioculturales, h) cultura física, i) turismo social y popular, j) promoción del empleo, k) promoción de la capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre y l) promoción y desarrollo comunitario.

Hasta 1994 el INSEN contaba con 80 clubes con 5000 integrantes en el Distrito Federal que atienden a todas las personas de la tercera edad que lo soliciten.

El mismo González dice que es necesario crear programas diferenciales por décadas, los de 60 a 69 años, los de 70 a 79 y los de 80 años en adelante. Además se deben considerar cuatro niveles de atención a la salud de los ancianos y que son los que se busca cubrir con los programas del INSEN, esos niveles son.

- a. El autocuidado, es el más accesible, económico y efectivo.
- b. Los programas de atención por voluntarios, es un nivel muy valorado en otros países pero poco explotado en México y que pueden fungir como grupos de educación a la vejez.
- c. El desarrollo comunitario, es el más efectivo y también es económico; el INSEN tiene 95 centro comunitarios y cuatro centros culturales.
- d. El nivel de enganche, aquel que se ofrece para llegar a una población que sea potencialmente usuaria, que se pueda retirar pronto para canalizar a los usuarios a otros niveles y servicios.

Ancona (58) señala que la importancia de INSEN se hace evidente si consideramos que, según datos del Colegio Mexicano de Gerontología, en los primeros 25 años del siglo XXI México será el segundo país latinoamericano y el noveno en el ámbito mundial en lo que a población anciana se refiere. Además señala que en las entidades federativas más pobres la esperanza de vida es siete años menor que en la más prósperas, mostrándose así la distancia que hay entre la vejez rural y la urbana en cuanto a los servicios que reciben.

b. El Departamento del Distrito Federal (DDF).

El gobierno de la ciudad de México ha desarrollado el Programa para el Desarrollo del Distrito Federal 1995-2000 dentro del cual se incluyen acciones para la atención de personas de la tercera edad en la que se pretende:

- a) Proporcionar educación para una mayor equidad social considerando la calidad de la educación y la dispersión geográfica y social.
- b) Brindar atención médica integral para elevar el nivel de salud de la población abierta mediante el reordenamiento y atención médica regular de la salud primaria, la actualización de la infraestructura hospitalaria, y poner en marcha un modelo de atención de urgencias en atención a la demanda de zonas marginadas. Además se pretende promover y mejorar la medicina preventiva y la atención de accidentes.
- c) El fomento al desarrollo cultural de la población y a la práctica del deporte.

Pero también existe un área que solamente cubre el DDF, y es la indigencia en la ciudad de México. La indigencia es un fenómeno social que afecta especialmente a los ancianos que para 1996 eran el 50.3% de 12 941 indigentes contados, de hecho se asume que todos los programas en favor de la indigencia desarrollados en la ciudad se destinan principalmente a individuos de edad avanzada con los problemas propios de la senectud.

Según datos del DDF la mayor proporción de ancianos indigentes han sido abandonados o expulsados del hogar por causa de su ancianidad, y se reporta que el 39% de los casos la familia sabe en que albergue se encuentra su familiar anciano pero no hace intentos para reintegrarlo a su seno.

Para brindar atención a la población anciana los programas de la Dirección General de Protección Social del Departamento del Distrito Federal son: a) programas de institucionalización permanente y rehabilitación, b) programa de localización y traslado, c)

programa de trabajo social, d) programa de atención temporal nocturna, e) programa de asistencia a veteranos de la revolución, f) programa de investigación social.

Para los programas de institucionalización el DDF cuenta con dos casas de protección social, pero en ellas no se cuenta con instalaciones propias para la tercera edad, en términos tanto de equipo como de construcción, y no solamente reciben a ancianos sino también a indigentes.

Se les brindan todos los servicios incluidos la alimentación y asistencia médica, pero no necesariamente permanecen ahí las 24 horas del día ni se tienen servicios especializados para ser atendidos en esos centros.

c. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El DIF (59) pretende apoyar a los individuos y grupos marginados en la solución de sus problemas de subsistencia impostergables, incluye el mejorar sus condiciones de vida y ofrecerles la posibilidad de integración social y productiva. Las estrategias de acción para el logro de lo anterior son el esfuerzo integral, trabajo conjunto, apoyo a la actividad regional, coordinación, concertación y participación ciudadana. Los principales programas que desarrolla son: a) programa de alimentación y nutrición familiar, b) protección y asistencia a la población en desamparo para lo cual cuenta, en el caso de los ancianos, con dos casas hogar en el Distrito Federal. Dentro de estos dos programas generales cuenta con siete campamentos recreativos y 79 consejos de ancianos con 4 980 personas de asistencia regular y 4 000 de población abierta.

Para tener una idea del trabajo realizado en las casas hogar del DIF, basta considerar que el año de 1992 la Casa Hogar "Arturo Mundet" contaba con 151 ancianos, 52 hombres y 99 mujeres. tenía un fondo total de \$ 21 946 454.00 y un gasto mensual promedio de \$1 828 871.00, y tuvo un ejercicio presupuestal de \$1 540 498 800.00; tenían ancianos de una edad mínima de 57 años y como actividades importantes para la atención de los ancianos desarrollo la escuela para familiares de ancianos, terapia grupal, programa de garantía de calidad para la atención, el cine debate y la preparación de un equipo multidisciplinario.

Para la misma fecha la Casa Hogar "Vicente García Torres" contaba con 149 ancianos con una edad mínima de 60 y una máxima de 103 años, 60 eran hombres y 89

mujeres. Tenía un presupuesto total de \$498 238 800.00 y un ejercicio presupuestal de \$337 601 830.00. En este caso se desarrollaron programas como la asistencia de día, el fomento de relaciones intergeneracionales, la modificación de hábitos alimenticios, programas de economía de fichas, el video cine, la atención integral al enfermo terminal y a los procesos de duelo, se dio inicio a la especialidad de posgrado en gerontología y geriatría en forma conjunta con unidades de segundo y tercer nivel y se organiza el X seminario de asistencia social al anciano teniendo incluso participación a nivel internacional. Se busca establecer también un programa de control de calidad y se propone la creación de la Clínica de Demencia Senil además de diseñar un programa de formación de personal. Pero hay que tener cuidado con esto datos pues muchas veces se reportan las mismas personas en diferentes condiciones de asistencia.

d. Servicios institucionales para población pensionada y jubilada del IMSS.

Otra forma de asistencia a las personas ancianas entró en vigor en 1997 considerando la Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de septiembre de 1995 y que se enmarca dentro del Plan Nacional de Desarrollo.

Según el documento de la Alianza Interinstitucional por parte del IMSS la atención institucional se dirige básicamente a la población pensionada por invalidez, vejez, cesantía por edad avanzada o viudez, beneficiarios con edad mayor a los 60 años y trabajadores jubilados por la propia institución.

Los programas del IMSS comprenden siete líneas que son a) fomento a la cultura de atención y dignificación de la población pensionada y jubilada, b) promoción de la salud, c) promoción de mejoramiento económico, d) atención en Centros de Día para pensionados y jubilados, e) coordinación y concertación intra y extrainstitucional, f) promoción de fuentes de financiamiento, g) evaluación y control de servicios (incluidos centros de día).

e. Servicios institucionales para población pensionada y jubilada del ISSSTE.

Este tipo de servicios brinda atención a las personas al servicio de las instituciones de la República, que para 1994 eran más de 115 000 pensionados solamente en el Distrito Federal.

En el documento de la Alianza se reporta que el programa para atender integralmente a jubilados y pensionados incluye acciones que son responsabilidad directa del ISSSTE como las gestiones que la institución se compromete a realizar con dependencias del sector público y privado. Las acciones que instrumenta el ISSSTE se clasifican en cinco áreas como son a) atención a la salud, b) apoyo a la economía, c) acción social y cultural, d) orientación y asesoría jurídica y e) orientación y atención a jubilados y pensionados.

f. Secretaría de Salud.

Durante el gobierno del General Manuel Avila Camacho (1940-1946) se formó la Secretaría de Salud y Asistencia, el 15 de octubre de 1943 (60), llegó a contar con instituciones psiquiátricas en las cuales también se atendía a ancianos como otros integrantes de la población general, posteriormente se le denominó Secretaría de Salud, pero bajo ambas denominaciones no contaba con programas propios para ancianos; pero en 1986-87 la Subdirección de Normas de Asistencia Social de la Subsecretaría de Servicios de Salud elaboró un documento en el que se presenta el 'Modelo del Manual para el Funcionamiento de las Casas Hogar para Ancianos', ahí se señala que toda casa hogar debe contar con una dirección, una coordinación técnica de las diferentes áreas, servicio de trabajo social, servicio de psicología, servicio médico y de vigilancia a la salud, servicio de nutrición, actividades ocupacionales y recreativas, coordinación administrativa, de usuarios, de recursos humanos, financieros y materiales. Se especifican sus respectivos objetivos, recursos y condiciones necesarias del personal por área.

g. La Junta de Asistencia Privada (JAP).

Las instituciones de asistencia privada dedicadas a la atención de las personas de la tercera edad, brindan y cubren las necesidades básicas univesales e instrumentales de los ancianos atendidos en las casas hogar tales como la alimentación, vestido, techo, servicios médicos, terapia física, ocupacional, seguridad, higiene, actividades sociales y reintegración familiar. La Junta de Asistencia Privada a buscado que en el caso de las propiedades que se crearon en términos de Fundaciones, sean destinadas íntegramente al

beneficio de sus asistidos y residentes y busca tener su propia autonomía para administrar sus bienes en ese sentido (61).

Según se reporta en el documento de la Alianza en la actualidad, y en el caso particular de los ancianos, la JAP está constituida por 28 instituciones dedicadas a brindarles atención, cuentan con 39 establecimientos. En las casas hogar la población asistida es de 2143 ancianos de los cuales 867 reciben atención totalmente gratuita. Con relación al total de la población anciana en el Distrito Federal y zonas conurbadas, la JAP atiende al 17.34% del total de la población de ancianos.

Considerando la información anterior podemos ver que hay una gran diferencia en entender el envejecimiento de la población y el envejecimiento individual. En el caso de las personas, el envejecimiento es un proceso irreversible, consecuencia del paso del tiempo y cuyo conocimiento depende de los procesos biológicos, psicológicos y sociales que determinan el crecimiento, maduración y declinación del organismo en un determinado medio y contexto. Pero el envejecimiento de la población no es solamente la suma astronómica de casos de envejecimiento individual, es un proceso más complejo en el que se ponen en juego las diferentes proporciones de grupos de edad, incluidos los ancianos, en una población determinada.

El envejecimiento del individuo y de la población tiene consecuencias diferentes en la sociedad. Los efectos en los costos, en la planificación de servicios y la aplicación de las medidas necesarias varían de país a país y de región a región dentro de un mismo país. Los diferentes centros de atención para ancianos ya se ven rebasados en su cobertura y tendrán que atender problemas como la declinación de las funciones intelectuales, el incremento del aislamiento de las personas de edad, el peso económico del mantenimiento del anciano improductivo, los cambios en los modos de vida y conducta de las personas de edad, la prevención de malos hábitos de salud, la violencia al anciano y muchos otros más dentro de un contexto de fuertes problemas económicos y financieros en los que se pretende erradicar la pobreza y el analfabetismo de los países de América Latina.

Según Silvia Braez (62) el costo del mantenimiento de los centros de atención al anciano es muy elevado e irregular en comparación con otros servicios de asistencia social y de salud pues los ancianos demandan mayores servicios y con mayor frecuencia que los jóvenes lo que incrementa el costo de su atención.

Si retomamos la información disponible en este capítulo vemos que, en los diferentes espacios u organizaciones que cuentan con programas o lineamientos para la atención de los ancianos hay una evidente falta de cambio de raíz en las propuestas. Hay muchas coincidencias y soluciones parecidas (brindar atención integral, ayudar en trámites y disminución de gastos para la población anciana, fomentar la educación y otros) pero no se han movido en lo más mínimo los criterios legales para la jubilación ampliando los márgenes de edad; tampoco se ha tocado el rol de la familia en la atención institucional reduciendo su participación a la de reintegrar al anciano en su seno y ha colaborar con algún ingreso para el mantenimiento del residente en la institución, pero nada más.

Cada uno de los tipos de instituciones y organizaciones públicas y privadas dedicadas a la atención de los ancianos surgieron en diferentes momentos para atender a un sector particular de la población; esta condición no permite tener uniformidad en criterios para la atención de una población que comparte las mismas características, la de ser la población anciana de la ciudad de México.

De hecho, parece evidente que las diferentes organizaciones que participan en la Alianza para la Tercera Edad se encuentran atrapadas en el llamado discurso oficial, ninguna presenta una crítica a las formas de intervención para la atención de la vejez que hasta el momento se han realizado, y que en último término son consecuencia de las políticas económicas tanto nacionales como internacionales.

Retomando algunas de las consideraciones de los Toffler, Druker y otros autores revisados hasta el momento, vemos que dentro de la presentación de los programas no se plantea el uso de recursos tecnológicos, la inversión de empresas privadas es mínima y la mayor parte la pretende cubrir el gobierno. Quizá lo más delicado es que no se ha propuesto romper con el esquema proteccionista que a lo largo de la historia a marcado la asistencia a la vejez en el mundo en general y en México en particular.

CAPITULO 7. VEJEZ Y CIVILIZACION.

Para entender la amplitud de la problemática de la vejez, sus posibilidades y alternativas, contamos con una variedad de disciplinas con diferentes enfoques y aproximaciones teóricas y metodológicas, pero considero importante hacer un alto en el camino y retomar la idea de lo que es la civilización. Me parece que no hemos valorado esta posibilidad y por lo mismo hemos caído en una postura lineal, pragmática, concreta y circunstancial en la solución de muchos de los problemas de la población anciana,

En una serie de conferencias y pláticas personales con el Dr. Garrido referentes a los nuevos escenarios sociales y la idea de la presencia permanente de una condición de crisis, se nos presentó una idea que a mí me pareció muy importante y esclarecedora, y es la de que vivimos en un momento de la historia humana que puede ser conceptualizado como el paso de una civilización a otra. Retomando las ideas de Alvin y Heidi Toffler sobre lo que llamaron la tercera ola, el Dr. Garrido plantea la idea de que a nuestras actuales generaciones nos toca vivir en el ojo del huracán, el cual se caracteriza por el cambio permanente de condiciones, valores, modas, organizaciones familiares y sociales, y muchas otras cosas. Pero todos estos cambios han generado una condición permanente de crisis que ha demandado a la sociedad y sus integrantes nuevas formas de respuesta social que les permita ir sobreviviendo. Sin embargo, los ancianos se han visto rebasados por la velocidad del cambio y esto los ha puesto en una condición de una gran desventaja, los ha obligado a pasar, de un salto súbito, de una forma de vida con determinados conocimientos y herramientas a otra forma de vida con nuevos conocimientos y herramientas, de una forma de familia a otra, de una civilización a otra.

Una civilización se define por sus herramientas de trabajo, por las transformaciones que genera con ellas en la naturaleza y el mundo de las ideas, por las condiciones de relación que crea entre los hombres y su medio. Estas tres condiciones moldean las relaciones de tiempo y espacio en las que se mueven y adquieren identidad los sujetos presentes en esos momentos. Estos dos son elementos que participan de la forma en que la persona se construye y es construida, son dos pilares en los cuales los individuos se apoyan para construir su realidad, sus escenarios y "lo que debe ser".

Pero estos recursos no son estáticos, los jóvenes y los ancianos los utilizan y se ven afectados por ellos de distinta manera y, aunque sean contemporáneos, el tiempo y calidad de vida no necesariamente son compartidos por ellos.

Los Toffler presentan la idea de tres grandes escenarios que ha vivido la humanidad. Los definen por su impacto general a lo largo de la historia y los denominan con el nombre de "olas"; la primera ola es aquella condición o momento en que algún antepasado nuestro descubre la agricultura hace casi 10 000 años, es ese momento en que un hombre mete la mano a la tierra, pone una semilla y la ve fructificar, surgiendo la posibilidad de permanecer en un lugar estable, dando origen a los primeros poblados fijos y ampliando la esperanza de vida para que empezara a emerger la imagen del anciano, era el paso del paleolítico al neolítico, fue un movimiento de desplazamiento lento por todo el mundo, un movimiento que aun está presente en nuestros días y que podemos ver con mucha frecuencia en las comunidades del sudeste mexicano; en muchas de ellas el anciano aun es fuente de saber y autoridad, su presencia conserva unida a su comunidad, viven de lo que recolectan y cosechan, sin maquinaria compleja y con la fuerza que les pueden proporcionar sus animales cuando el terreno se los permite.

Los Toffler piensan que la presencia de la revolución industrial, hace casi 300 años, marcó la presencia de la segunda ola, una nueva condición recorre el mundo al mismo tiempo que las condiciones de la anterior siguen tan vivas como antes. La presencia de la tecnología centrada en los combustibles fósiles y naturales altera el ritmo del tiempo y las distancias, surgen las organizaciones sociales con una autoridad máxima y una jerarquía, todo se uniformiza, se hacen enormes construcciones, se centralizan los poderes, se estandarizan las medidas y se organiza la producción en serie, todo esto cambia la organización social y la estructura familiar; pero lo más importantes es que se cambia la escala de valores, se requieren nuevas formas de pensar que cuestionan las prioridades espirituales, políticas y filosóficas.

Pero la presencia de esta ola trajo un conocimiento que se acelera como nunca antes se había imaginado, también surgen problemas de una magnitud inimaginable y se pone en riesgo la sobrevivencia social con un aumento desmedido de grupos de ancianos que pasan a engrosar las filas de los desocupados, de aquellos que requieren atención institucional y condiciones de sobrevivencia que, aun en los países más desarrollados, se ha visto que no se puede mantener y los gobiernos no pueden cubrir indefinidamente.

Estas condiciones son la cuna de diferentes categorías de ancianos; categorías que incluyen a aquellos que trabajaron esperando a llegar al momento para vivir un merecido descanso, otros que dedicaron su vida a la ciencia y al arte, y por lo tanto no se podían "retirar" de ejercer su derecho a pensar, educar y crear; otros más se veían en condiciones irrecuperables, lo habían perdido todo, y las ancianas veían pasar su vida como personajes en segundo plano. También había el grupo de ancianos que forma las élites de los grandes empresas, los dirigentes más importantes de sus países, los responsables de la sobrevivencia de su sociedad. Pero hay también una clase de ancianos poco reconocida en nuestro país, y es la de los ancianos indígenas, aquellos que no viven en las ciudades, que no reciben "el beneficio" de la jubilación, que no se dedican al arte y mucho menos a la ciencia; que son el puente viviente entre generaciones a las que les transmiten los secretos de la pesca y el cultivo, son los que no tienen el poder político pero tienen toda la historia de su comunidad grabada en cada una de sus arrugas, son los que han sobrevivido a desastres y a las inclemencias del tiempo, no son un grupo de personas ancianas con educación formal, también ofenden, gritan se emborrachan y siguen trabajando hasta edades muy avanzadas, son las personas ancianas que siguen viviendo como han vivido sus antepasados desde hace décadas, y en algunos casos, siglos. Esta última categoría es la menos conocida y sigue siendo la más olvidada por quienes nos dedicamos a la atención de la tercera edad.

Todos estos grupos de ancianos tienen algo en común, comparten una época, una cultura y una visión de lo que es la vejez. Tanto los países capitalistas como los del exbloque socialista veían a los ancianos como una categoría social que arbitrariamente habían definido como iniciada en los 60 años. Pero también comparten una condición de crisis recurrentes generadas muchas veces por la carencia de recursos para seguir dando satisfacción a las demandas sociales. Se puso en evidencia que las decisiones tomadas para atender las demandas sociales no pueden mantenerse indefinidamente.

Aun nos encontramos en un momento de choque entre las dos olas cuando a partir de la década de los 50's surgen los avances en las telecomunicaciones, la informática y la computación, las tecnologías del mar y las fuentes de energía alternativas, los avances en la ingeniería genética y las investigaciones espaciales. Estas condiciones son tan comunes para quienes tenemos acceso a los nuevos programas de educación que nos parecen

naturales, éste es precisamente la condición que señala el Dr. Garrido al decir que somos la primera generación de una nueva civilización. La confusión y crisis sociales que estos cambios generan es lo que los Toffler llaman el Shock del Futuro, un choque cultural que a nuestros ancianos contemporáneos los ha rebasado imposibilitándolos para adaptarse a las nuevas condiciones.

a) Choque cultural e ideológico entre las experiencias del anciano y su sociedad.

Los cambios que se han dado en el mundo moderno han puesto al anciano en una condición que implica un encuentro entre, por lo menos, dos mundos, el muy particular mundo de la persona anciana y el de la comunidad que le rodea con los cambios psicosociales y económicos que presenta; tal como lo escribe Toffler, "el shock cultural es el efecto que sufre el visitante no preparado al verse inmerso en una cultura extraña... El shock cultural se produce siempre que un viajero se encuentra de pronto en un lugar donde 'sí' quiere decir 'no',... Es lo que ocurre cuando los conocidos procedimientos psicológicos son retirados de pronto y sustituidos por otros nuevos, extraños e incomprensibles." (ps.16 y 17). La condición del shock o choque cultural produce una ruptura de la comunicación y distorsiona la interpretación de la realidad generando una incapacidad para enfrentarse a ella. Es por esta razón que quienes viven un choque cultural responden con asombro, frustración, desorientación y demanda de estructura u orden del nuevo contexto en el que se encuentran. El choque cultural puede ser altamente agresivo y desorganizante para el individuo; de ahí que no es de sorprender que muchas personas que llegan a un asilo o una comunidad diferente a la de su origen se sientan perdidas en su existencia y sean absorbidas por las fuerzas psicosociales que no pueden percibir, controlar ni asimilar.

En el choque cultural se viven tiempos distintos, significados diferentes, los espacios tienen otras dimensiones y las relaciones interpersonales están cargadas de distintos niveles de afectividad que aquellos a los que se está acostumbrado originalmente.

Un choque cultural puede ser constructivo y trascendente, o también puede ser destructivo y bloqueador. Pueden manifestarse en distintas intensidades según la variedad de los escenarios a los que los ancianos se hayan enfrentado, por ejemplo los choques culturales que se dan en los ancianos en las ciudades, pueden ser menos frustrantes dado que son condiciones en las que se vive más cotidianamente en comparación con los ancianos que viven en el campo; pero conforme se van incorporando nuevos cambios a las comunidades, digamos más primitivas, el choque cultural es más intenso cuando esto se hace de manera súbita; no es una condición que pueda ser controlada, planificada, el choque cultural no se presentaría si se tuviera el tiempo de dejarse asimilar por la comunidad, visitarla receptivamente, dejarse envolver por ella, darle su tiempo a todos los recursos y condiciones, regresar y retirarse conforme vayan surgiendo las necesidades personales del propio anciano. La mayor parte de los cambios que viven los ancianos suelen ser drásticos, es decir, muchas veces ellos no están acostumbrados a vivir en esa magnitud la intensidad de los cambios. El choque cultural también afecta a los integrantes de la propia comunidad que se siente invadida por extraños viajeros del tiempo, que se mueven con otros ritmos y en otras dimensiones de pensamiento y afecto. Hay distintas concepciones de lo que es la familia, las caricias, el trabajo, las personas o el individuo, algunos se moverán en condiciones más místicas y mágicas y otros se moverán en condiciones más materiales y concretas. La asimilación de esto requiere tiempo, madurez personal y una estructura de autocontención que permita funcionar de manera realista.

Para muchos ancianos el choque cultural (o shock del futuro) se da en aquellas condiciones donde existe una incongruencia entre los valores, conceptos y vivencias con los que el anciano fue educado, y con los cuales construyó su mundo, en relación con los valores, conceptos y vivencias que hoy se dan en la sociedad. Para poder facilitar la adaptación del anciano a los nuevos tiempos el mismo Toffler recomienda la creación de "grupos de transición", grupos con la tarea específica de proporcionar al anciano apoyo y guía para una vida diferente, y esto es muy distinto de la propuesta de los consejos de ancianos que el DIF impulsó en su momento. El cambio de valores y de conceptos pone en tela de juicio la validez y alcance de las experiencias, no es de extrañar que los ancianos no entiendan como es que la familia ha cambiado tanto; ellos asumían que sus valores eran permanentes, pero como dice el Dr. Garrido, lo cierto es que vivimos en una sociedad de lo temporal, lo desechable y perecedero. El mismo Alvin Toffler comentó en una entrevista realizada en 1997 que nuestras escalas de valores ya no nos sirven para seguir sobreviviendo en la nueva sociedad.

b) El impacto de la tecnología en el mundo del anciano.

A lo largo de una investigación que realice en 1998 respecto a las posibilidades futuras de los asilos y casas hogar para ancianos fue interesante encontrar que la tecnología de tipo asistencial y la de cómputo e informática, iban de la mano pero no necesariamente eran explotadas en la misma medida.

En diferentes entrevistas realizadas tanto a las autoridades como a residentes de esas instituciones encontré que la tecnología del cómputo y las telecomunicaciones se veían como algo lejano y ajeno a su mundo. No tenía sentido usar equipo de cómputo si había personal que podían hacer el mismo trabajo. Sin embargo poco a poco fue necesario ir adquiriendo equipo de ese tipo y ninguna persona anciana participaba de éste, fue necesario contratar gente joven para trabajarlo, los ancianos lo consideraban algo muy complicado.

Es evidente que esta condición no siempre será así, los jóvenes de hoy son los ancianos del mañana, para ellos tendrán más sentido las computadoras y sus posibilidades. A pesar de que hay ancianos que manejan estos recursos en la política, la ciencia, el arte y los negocios, no son el grueso de nuestros ancianos los que pueden encontrarse en estas condiciones. Ellos viven este cambio y desarrollo de manera amenazante, difícil de entender y en su vida no tienen sentido pues la gran mayoría vivió sin conocerlos.

Sin embargo, pienso que serán precisamente los ancianos los que más tendrán que recurrir a la tecnología, pues muchos de los problemas de salud que les afectan tienen que ser abordados con esos recursos. Los equipos de telemetría serán algo común en los asilos y casas hogar, el personal se capacitará para utilizarlo y los ancianos, al igual que cualquier otro tipo de enfermos se encontrarán más protegidos en este sentido.

También encontré que aquellos centros para ancianos que ya contaban con equipo de cómputo y comunicación a distancia eran considerados como los más seguros y protegidos de posibles carencias. Sus autoridades habían formado una red de apoyo mundial que de otra forma no habrían podido desarrollar, consideraban que sus posibilidades se habían amplificado y sus fuentes de apoyo se habían diversificado. Empezaron a surgir servicios asistenciales a distancia para ancianos institucionalizados.

También empezaron a construirse casas de reposo o residencias para ancianos con recursos económicos que pudieran pagarlos. Lo interesante es que para construirlos fueron pensados en términos de las necesidades de los ancianos que vivieran ahí y que pudieran

apoyarse en los recursos del correo electrónico e Internet para comunicarse y atender sus negocios. Se asume que estas condiciones disminuyen de manera considerable el sentimiento de aislamiento en el que se pudieran sentir.

En estas condiciones, la tecnología va a ser parte de la nueva realidad de la nueva vejez, de aquella que vive en las grandes ciudades y que envejeció durante el desarrollo y socialización de esos cambios tecnológicos.

Considerando que para el año 2000 se tiene calculado que en México se contará con la presencia de siete millones de ancianos, y que si solamente el uno por ciento de ellos quisieran ser atendidos con los recursos disponibles el problema sería enorme. El total de centros, asilos y casas hogar para ancianos que existen hasta el momento en la ciudad de México solamente puede cubrir un monto aproximado a los 2500 ancianos. En México no contamos con los recursos para atenderlos, no contamos con una cultura de la atención al anciano.

Nuestra civilización le ha dado a los ancianos unas posibilidades y les ha quitado otras, nos ha hecho entender y atender a los ancianos de una forma que no ha sido satisfactoria, ellos mismos son tanto actores como espectadores de las condiciones a las que han llegado, esto nos hace pensar que ante las nuevas condiciones de vida que tenemos, la nueva civilización que estamos construyendo, no podemos seguir interviniendo con alternativas caducas para atender a nuestros ancianos, ellos nos ayudaron a construir el mundo que hoy tenemos, correspondámosles en su justa medida.

COMENTARIOS Y DISCUSION.

Elementos faltantes en la atención al anciano.

Propuestas para futuros estudios.

COMENTARIOS Y DISCUSION.

A partir de la información obtenida hay una cuestión que resalta en términos de la organización de las instituciones asilares y es el hecho de que hay una polarización de tendencias, esquemas y filosofías asistenciales. Las instituciones con mayor antigüedad suelen ser más conservadoras y su infraestructura es más difícil de manejar; las instituciones más jóvenes son más manejables y flexibles, pero sobre todo reúnen los avances arquitectónicos, técnicos y asistenciales enfocados según las condiciones de sus residentes.

Dada la naturaleza de la población anciana en México y la falta de información más consistente y organizada, tendremos que sugerir algunas propuestas para la atención de los ancianos.

1. Primera propuesta.

Las autoridades institucionales de los asilos y casas hogar desconocen las condiciones del cambio a los nuevos modelos de administración de servicios de salud. De hecho la mayoría de los cursos de actualización y formación que toman los responsables de las instituciones y servicios son sobre gerontología y geriatría, casi no se actualizan en cuestiones de administración u organización de servicios de salud y asistencia social; es por eso que podemos suponer que esta falta de información favorece las soluciones tradicionales de modelos pasados para cubrir las necesidades de los ancianos. Es necesario señalar que solamente dos de los directores entrevistados planteaban la necesidad de la participación de la sociedad y de los propios ancianos, sugerían descargarle al gobierno mucha de la carga de la asistencia social y que se convirtiera en un mediador y vigilante de la atención proporcionada; esta idea encaja perfectamente con el enfoque de los modelos administrativos de la tercera ola en los cuales el Estado ya no sería paternalista y la sociedad tendría un papel más activo, quienes opinaban de esta manera son personas con formación en las reas económicas y administrativas, y además eran unos de los que señalaban con mayor preocupación la dimensión de la carga social que la población anciana representa actualmente.

Esta condición puede ser abordada partiendo de la capacitación del personal y autoridades institucionales, una capacitación que incluya cuestiones económicas,

administrativas y organizacionales para la atención del anciano, que cambien la orientación básicamente clínica, técnica y asistencial que ha predominado hasta el momento y que ha mostrado no ser siempre la alternativa más viable en el supuesto de que la solución sea "más de lo mismo".

2. Segunda propuesta.

Las autoridades de las instituciones asilares mantienen el mismo enfoque asistencial que le dio origen a la institución. Esta condición es mucho más clara en el caso de las instituciones religiosas, la constante era que tenían que cumplir su misión y lineamientos de su orden, que eran condiciones que ellas no podían romper. En las instituciones de gobierno cuentan mucho los acontecimientos políticos y económicos para realizar o no algunos programas o acciones para la población anciana, simplemente cumplen las funciones que por ley les corresponde. En el caso de las IAP's hay la misma tendencia, pero con algunas excepciones como son la fundación de los 60's que ha crecido como empresa y que mantiene a otras casas hogar, es un claro ejemplo de como los ancianos ayudan a los ancianos; otros casos son las instituciones de la fundación Bringas-Haghenbeck en las que los residentes tienen sus propios espacios con todos los servicios incluidos el correo electrónico e internet, estas condiciones permiten que los residentes sigan siendo activos y productivos, pero estas instituciones no se encuentran al alcance de cualquier persona.

En este sentido podemos asumir que es necesaria una evaluación y actualización de la misión institucional, en el caso de las instituciones de gobierno y las IAP's se observa mayor apertura y disponibilidad al cambio, el mismo INSEN, el DDF y el DIF cuentan con personal preparado en investigación para realizar los estudios necesarios. Pero esta condición no es la misma en las instituciones religiosas, replantear su misión es cuestionar su origen y principios.

3. Tercera propuesta.

Las instituciones atienden principalmente a población funcional, también podemos considerar que se confirma, pues de todas las instituciones visitadas solamente una institución religiosa aceptaba principalmente a residentes que pudieran presentar alguna discapacidad o problema serio de salud, esta institución es la que más carencias y problemas económicos tiene corriendo el riesgo de cerrar en cualquier momento. Otras dos instituciones IAP tienen población funcional y también permiten el acceso a personas ancianas con discapacidad, aun cuando no es su principal criterio de ingreso. De manera paradójica podemos ver que las instituciones de gobierno, que se considera fueron creadas para atender a los más necesitados, también tienen como criterio de ingreso el que sean personas funcionales las que solicitan sus servicios. Esta condición genera una contradicción que no ha sido resuelta aun de manera satisfactoria, y las propias instituciones públicas dejan fuera de sus servicios a la población de los ancianos discapacitados e indigentes que cada día aumenta más.

Podemos asumir que mientras no se cuente con una red de servicios de apoyo, tanto de instituciones como de voluntarios, la atención a la vejez seguirá siendo selectiva. Considero que nosotros podemos organizar actividades de apoyo desde las universidades, recurriendo a la formación de los estudiantes, pero teniendo claro que las soluciones serían a mediano y largo plazo pues no contamos con los recursos o medios para reorientar la dinámica social en forma inmediata.

4. Cuarta propuesta.

Existe una condición de asistencia pasiva en la atención de los ancianos y podemos decir que es parcialmente aceptada. Hasta el momento la fundación de los 60's, la Bringas-Haghenbeck, y una de las residencias Cossio Ducoing buscan tener población activa y fomentan la participación de sus residentes en actividades para la satisfacción de sus propias necesidades. Las instituciones de gobierno han considerado otra forma de atención que muestra un cambio en los intentos por abordar las necesidades de la población anciana y han organizado cursos y talleres para la tercera edad en las distintas delegaciones, de hecho la Casa Arturo Mundet, perteneciente al DIF, cuenta con programas para población abierta que se realizan dentro de sus propias instalaciones.

Periódicamente se organizan bazares para la venta de productos elaborados por las personas de la tercera edad, pero en pláticas sostenidas al respecto se me informó que los ingresos generados no son suficientes, no reeditúan la inversión de tiempo y dinero que se realizó por parte de los ancianos, y en parte esta condición se debe a la falta de cultura de la población en general para valorar estas actividades como alternativas a la incorporación del anciano a un mercado de trabajo. Quizá los medios de comunicación podrían ser una ayuda en la difusión de los bazares y los lugares donde se realizan las ventas de productos de las personas de la tercera edad.

Por otro lado no podemos olvidar que la misma población asilada, si bien en su mayoría ingresó siendo funcional, el tiempo ha hecho su labor y no todos cuentan con las condiciones físicas para participar de una posible incorporación a una forma de trabajo reedituado.

5. Quinta propuesta.

La capacitación del personal de las instituciones carece de un enfoque económico-administrativo y predomina la salud, lo espiritual y lo social. Según la información disponible el personal se capacita según la institución a la que pertenece. Es así que en las instituciones religiosas las integrantes de las diferentes congregaciones se preparan básicamente en enfermería y trabajo social, algunas en medicina, pero principalmente lo hacen en cuestiones de teología y filosofía. En las instituciones de gobierno y asistencia privada la capacitación es más diversificada, pero falta mucho la actualización en temas de mercadotecnia, administración y economía aplicadas a problemas de salud y atención a la vejez; abundan los aspectos de actualización en cuestiones de medicina, psicología, grupos, rehabilitación y técnicas terapéuticas para ancianos. La capacitación en este aspecto queda más orientada a nivel clínico, y no se identificó algún interés por impulsar programas más orientados a las comunidades que pudieran apoyar a los ancianos. Estas condiciones parecen indicar una mayor preocupación por la vejez individual y no por el envejecimiento social.

Mientras se siga viendo a la atención a la vejez como un conjunto de acciones de ayuda a los más desprotegidos, se seguirán buscando soluciones clínicas, terapéuticas y proteccionistas, que por su propia naturaleza no incluyen las dimensiones económicas,

política y de administración pública tan necesarias para entender la dinámica social del envejecimiento poblacional de nuestro país.

Es posible aprovechar la participación en congresos, seminarios y cursos de actualización a los que asisten los responsables de las instituciones asilares. En dichos eventos se pueden presentar conferencias o debates en los que se aborden los aspectos referentes a la economía, la organización, la administración de centros para ancianos y otros, en forma conjunta a los temas de diabetes, infartos, ética, intervención psicológica, cirugía y programas de trabajo social que tanto se presentan en esos eventos. Al realizar una revisión general de los temarios de los congresos de gerontología y geriatría en los últimos cinco años, incluyendo el del congreso de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de México de febrero de 1999, los grandes temas ausentes eran los económicos, políticos y de administración pública, y cuando se presentaban solamente se planteaban aspectos operativos u organizacionales sin profundizar en las implicaciones que se tenían, sigue predominando la información clínica y asistencial.

Podemos decir que la educación y la capacitación son dos aspectos centrales para poder comprender y cambiar muchos de los aspectos revisados hasta el momento.

6. Sexta propuesta.

Existen diferencias en los servicios que proporcionan las diferentes instituciones, y según la información obtenida también puede ser aceptada. Un resultado de la presente investigación ha sido la detección de la atención diferenciada por el tipo de institución que se estudia, este hecho no se encontró reportado en la literatura consultada y por lo general aparecían de manera uniforme los resultados en las diferentes instituciones. Esta observación permite anticipar que también se presentarán de manera diferenciada los problemas de salud en las poblaciones de ancianos de las distintas instituciones.

Las instituciones públicas suelen contar con mejores recursos pero la mayor parte de la población que atienden es funcional; las atendidas por el DIF son unas de las más grandes y pobladas en comparación con las del DDF o las del INSEN, pero dado su origen todas estas instituciones han sido acondicionadas para ancianos y esto ha incrementado el costo de su mantenimiento y readaptación. Todas las personas entrevistadas en este tipo de instituciones no conocen muchos de los cambios que socialmente se han presentado y que

impactan a la vejez, siguen pensando que es el gobierno el responsable de atender y satisfacer las demandas de la población anciana; de hecho, solamente los administradores de las instituciones tienen formación como tales pero no han actualizado su información y el resto de los entrevistados tienen una orientación clínica asistencial.

En las instituciones religiosas las condiciones son totalmente diferentes a las de otros tipos de instituciones, sus criterios y normatividad se fundamentan más en el sentido de la misión de su congregación o atienden solamente a integrantes de la misma. No cuentan con todos los servicios y, en la mayoría de los casos, no cuentan con personal médico de planta pero muchas religiosas son enfermeras de carrera.

Las IAP's son las que mayor diversidad presentan, las de mayor antigüedad son más grandes y con población más numerosa, suelen contar con todos los servicios aun cuando tienen problemas de financiamiento. Las instituciones más recientes son más funcionales, menos pobladas, mejor equipadas y con una filosofía que busca que el anciano sea más participativo. De hecho en varias de las entrevistas se me decía que el reto era que el anciano recuperara, en la medida de lo posible, la dinámica de su vida cotidiana.

Las autoridades de este tipo de instituciones tienen una formación más heterogénea, algunos no tienen formación profesional o la tienen incompleta, pero participan de manera permanente en cursos, seminarios, talleres y congresos.

Aun cuando no sea esa la intención, el hecho de institucionalizar a una persona implica aislarla de su contexto social. Esta circunstancia se hace más evidente en los asilos de las congregaciones religiosas; si bien es cierto que donde hay religiosas hay seguridad, orden, disciplina y limpieza también es verdad que las personas ancianas tienen menos opciones para ejercer su vida, más si son principalmente mujeres. Hay instituciones tipo IAP que tienen una gran sensibilidad y apertura como es el caso de la Casa de Salud Mier y Pesado, la Casa Hogar Reina Sofía, y algunas otras.

La atención diferenciada es una característica de los servicios de salud y asistencia social de los escenarios de la tercera ola. Se busca brindar una atención centrada en los usuarios según sus condiciones y no tanto en las propias instituciones o servicios. Las diferentes instituciones visitadas atienden a poblaciones distintas, de hecho una propuesta de varias personas responsables de las instituciones tipo IAP eran que se buscara reunir, en la medida de lo posible, a personas del mismo tipo de condición social, y que se evitara lo

más que se pueda formar una población de condición mixta, su experiencia ha sido que al combinar en un mismo centro personas de diferente condición social se presentan fricciones personales que repercuten hasta en el personal que trabaja ahí.

Esta observación me lleva a señalar otro aspecto frecuentemente ausente en la atención institucional, y es el de la falta de un programa, servicio o espacio para el propio personal que labora en la institución. Trabajar con ancianos y pacientes terminales genera condiciones de desgaste emocional que tarde o temprano repercute en la salud del personal asistente; bien podemos decir que es un riesgo de trabajo para el cual no contamos con ninguna medida de atención.

El personal de las congregaciones religiosas cuenta con sus espacios de oración, retiro y confesión que termina por ser un recurso terapéutico personal, pero el resto de personas de instituciones de gobierno e IAP's carecen de este apoyo u otro parecido que bien vale la pena proporcionarles. Considero factible que en el caso de abrir un servicio propio para ancianos en centros de salud y hospitales, se pueda contar con un espacio de apoyo particularmente para el personal que los atienda.

7. Séptima propuesta.

Los responsables de la atención a la población anciana desconocen el escenario de la tercera ola. Podemos considerar que la propuesta se plantea con ciertas reservas. En primer lugar no tienen la obligación de conocer en qué consiste el escenario de la tercera ola, pero si podíamos suponer que quienes dirigen y tienen la responsabilidad de brindar servicio a una población en constante crecimiento tendrían que conocer el escenario social en el que se encuentran. Conocer este escenario es entender qué cosas son el libre mercado, la globalización, la ruptura de fronteras nacionales, y sobre todo el impacto tecnológico en la vida cotidiana; las pláticas que se podían tener con los ancianos proporcionaba indicadores de lo difícil que les resultaba a ellos entender todos estos cambios. Algunos decían que se sentían agredidos o amenazados con tantas cosas nuevas, no solamente viven a la institución como un espacio para ser atendidos, también la viven como una protección contra los cambios históricos que vivimos actualmente.

En segundo lugar, el escenario de la tercera ola es una propuesta de los Toffler que en este trabajo presento como un elemento de análisis para entender, tal como lo dice el Dr.

Garrido, la gran diversidad de cuestiones que parecen tan disímiles e inconexas, pero que tienen elementos en común que permiten entender las sutiles relaciones existentes entre ellos. Al realizar el trabajo de campo visitando los diferentes centros fue evidente las diferencias que existían entre ellos; por ejemplo, varios asilos religiosos se niegan a contar con equipo de cómputo conectado a internet y con correo electrónico argumentando que no lo entendían o eran muy caros, la excepción a esto es la Residencia Mater, un lugar que cuenta con equipo de cómputo y que les brinda conexiones con todas partes del mundo, y principalmente con comunicación directa con el Vaticano, lugar de donde obtienen buena parte de los recursos para su financiamiento. Otras instituciones de asistencia privada contaban con equipo de cómputo y correo electrónico argumentando que eso había abaratado los costos, tenían recursos que de otra forma no podían obtener y eso les permitía financiarse contando con donativos del extranjero y podían mandar a su personal a capacitarse fuera del país.

Algo que los entrevistados resaltaban mucho era que el contar con equipo computarizado permitía destinar más recursos a la atención de los residentes y menos recursos para pagos de personal, con esto se podía tener mayor funcionalidad en la institución.

En tercero y último lugar tenemos que retomar el código de la tercera ola para poder comparar algunos cambios que se han dado en las propuestas para organizar las instituciones de atención al anciano.

- a. En lugar de maximizar las dimensiones de la institución lo que se ha hecho es reducir a algo más funcional, donde el diseño y adaptaciones se han realizado para población de riesgo potencial como lo es la de la tercera edad.
- b. En lugar de centralizar las decisiones las instituciones tipo IAP han buscado tener mayor autonomía permitiendo y fomentando la participación de la ciudadanía, pero las religiosas y las de gobierno siguen funcionando básicamente igual que hace tiempo.
- c. En lugar de uniformizar las instituciones tipo IAP se han preocupado por personalizar la atención que brindan, procurando no dejar al descubierto a ningún tipo de persona, por lo general se busca atender a las personas de acuerdo a sus necesidades particulares. Esta condición no se cumple de manera satisfactoria en las instituciones

gubernamentales y religiosas, en ellas se mantienen ritmos y horarios de trabajo en los cuales la población residente no puede intervenir o cambiar.

- d. El criterio de la especialización de la segunda ola es muy relativo. Como alternativa a un criterio de la tercera ola se ha planteado la multifuncionalidad del personal de las instituciones de asistencia privada de fundación más reciente. Su cuentan con personal con una formación determinada pero en general buscan que el personal se encuentre capacitado para poder realizar diferentes funciones y los mismos directores han cambiado mucha de su formación de origen.
- e. El mayor ejemplo de la sincronización de la segunda ola lo encontramos claramente representado en los asilos religiosos y los de gobierno, los horarios se encuentran organizados más con criterios administrativos y en términos del personal que labora más no en las necesidades de los ancianos. En general las instituciones más recientes de asistencia privada tienen horarios más flexibles y realistas, solamente trabajan con horarios restringidos para la población con mayor deterioro, y haber abierto un espacio con esta flexibilidad es considerado como un logro importante si es que se desea que los ancianos se consideren como en su casa.
- f. El criterio de concentrar también tiene como alternativa la de dispersar los espacios para brindar servicios, solamente las instituciones religiosas han planteado que se requieren más instituciones del mismo tipo y que el gobierno no les expropie las propiedades con las que se mantienen. Muy pocos entrevistados en las instituciones de gobierno consideran que es necesario cambiar los enfoques asistenciales (debo recordar al lector que estamos hablando de personas responsables de los centros de asistencia para ancianos que funcionan las 24 horas del día todos los días del año), dándoles mayor oportunidad a las propuestas de la no-institucionalización y educación tanto de la sociedad en general como de la familia en particular.

Pero debemos considerar que el escenario de la tercera ola puede tener otros elementos que conformen el nuevo código que está surgiendo. Recordemos que en diferentes entrevistas los mismos directores de los centros, que también pertenecen a la tercera edad, demandaban apoyo de los jóvenes de diferentes profesiones para poder mantener el funcionamiento de la institución. Un elemento nuevo es que la autoridad no la

da solamente la edad sino la información. Se puede tener mucha edad pero no tener ni experiencia ni información.

Una cosa considero cierta, tarde o temprano se irá haciendo cada día más presente el uso de recursos tecnológicos, y las instituciones religiosas no podrán quedar al margen de esta presencia; aquí también se abre otro aspecto interesante a considerar en cuestiones de capacitación, el impacto de la tecnología del cómputo y la informática en las instituciones de asistencia al anciano.

8. Octava propuesta.

Para la última propuesta según la información proporcionada por los entrevistados no se anticipan cambios importantes para la atención del anciano. Esto muestra una visión estética de los problemas, como si se pensara que las causas son siempre las mismas y no cambian con el tiempo, y también se asume que la propia población de ancianos no cambia

Es necesario considerar que la población de ancianos también cambia, ya no es la misma de hace varias décadas, tienen otras costumbres, necesidades y deseos. Los niveles educativos se han incrementado y con ellos hay individuos con otra cultura y preparación, y estas características propiciarán que en el momento que se encuentren ante la posibilidad de ingresar a un asilo busquen otro tipo de atención y una mayor libertad de elección. Mientras siga creciendo la población de personas de la tercera edad también se tendrá un elemento de presión social que demanda ser atendido en las mejores condiciones, pero también se tendrán a personas con iniciativa, que se negarán a vivir pasivamente el resto de sus vidas, que buscarán tener una presencia social y económica. La mujer ya no será la simple receptora de las buenas intenciones, y no tendrá segura su sobrevivencia por medio de la familia.

Otra cuestión interesante es que los costos de asistencia han generado que surja lo podríamos llamar como "red social de asistencia en especie", esta red se compone del apoyo que se proporcionan entre sí las diferentes instituciones asilares, se apoyan prestándose personal, equipos, recursos y otros. No se cobran más que lo elemental cuando se pueda pagar, y se puede pensar que esta condición se irá incrementando con el tiempo y puede llegar a reconocerse como una forma de trabajo formal que se da entre ellas.

También se ha dado una participación de los particulares como nunca se ha dado antes, esto coincide con las propuestas de la sociedad y gobierno para atender la problemática actual en la cual por un lado se tiene que cuidar a la población de niños y jóvenes contra las adicciones, la violencia y el maltrato; por otro lado se tiene que atender a los ancianos con mayor esperanza de vida pero menos oportunidades de trabajo.

El futuro de los servicios de salud y la asistencia social se encuentra en la asistencia privada, en las aseguradoras y en los recursos personales. Pero la indigencia crece cada día y no se le ve final. La mayor parte de la población anciana se encuentra en la frontera de la indigencia, no podrán pagar un seguro de vida o una institución particular. No veo solución a corto y mediano plazo. De hecho los especialistas en demografía y dinámica social plantean que ser hasta mediados del siglo XXI cuando se vean las consecuencias de la planificación familiar y no se cuente con el tamaño de una población tan joven como que la tenemos ahora, ese panorama cambiaría mucho el rol del anciano en nuestra sociedad, se plantearía la necesidad de nuevas formas de legislación social que respondan a esas condiciones y no a las de ahora.

Reconsiderando lo que plantean Garrido, los Toffler, Druker y Ackoff, podemos decir que requerimos una forma diferente de abordar los problemas sociales; que tenemos que replantear los modelos y posturas como las que presenta Laurell y otros autores que proponen rescatar una mayor participación del Estado en la atención a la salud. Que todavía no contamos con modelos completos y actualizados para poder comprender muchos de los problemas de salud que tenemos, estamos en el momento histórico en que nos toca elaborarlos y que requieren una reorientación del sentido institucional con el que hemos venido trabajando en la atención al anciano.

En resumen, podemos considerar que las aportaciones del presente trabajo al campo de la atención institucional a la vejez se delimitan entre los servicios de salud y la asistencia social resumiéndose en cinco puntos:

- a. Se logró una integración y actualización de la información disponible pero dispersa sobre la atención institucional a la vejez en el Distrito Federal.
- b. Se identificó una atención diferenciada a la vejez según el tipo de institución existente en el Distrito Federal y que no se reporta en la literatura.

- c. Se evaluaron algunas de las condiciones reales y potenciales de las instituciones para la atención de los ancianos. Se identifica la atención diferenciada de la cual es objeto el anciano según la institución a la que pretenda ingresar.
- d. Se plantea el escenario de la tercera ola como propuesta y aproximación diferente a las realizadas hasta el momento para entender algunos de los problemas de atención a la salud de la población anciana en México.
- e. Por último, y no por eso menos importante, se logra identificar una línea histórica en la atención a la población anciana mexicana, considerando información de la que no se dispone hasta el momento en los acervos bibliográficos de las diferentes instituciones visitadas y de la cual ha sido difícil salirse para cambiar el enfoque de atención proporcionada.

Elementos faltantes en la atención al anciano.

Para entender la naturaleza de cualquier problema de salud o asistencia social es necesario reconocer la lógica de la dinámica social en la cual surgen hoy en día; no podemos retomar soluciones que han funcionado en el pasado para atender problemas actuales, necesitamos identificar cuales son los posibles escenarios futuros y las perspectivas que se plantean para los diferentes grupos de riesgo.

Recordemos que una crítica que se a realizado al INSEN, según lo plantea González Llamas, es que surgió con un sentido clínico geriátrico cuando en el mundo se buscaban alternativas gerontológicas y preventivas.

No basta reconocer cuales fueron los aspectos que se encontraron para la atención al anciano, también es necesario reconocer qué cosas faltan por realizar, y en este sentido podemos mencionar los siguientes puntos:

- a. Falta claridad, por parte de los responsables de las instituciones, acerca de la forma de organizar los servicios que se requieren en las instituciones asilares para la atención de los ancianos, se tiene el equipo físico pero no siempre se cuenta con la organización necesaria y mucho menos el personal indispensable.
- b. Cómo lo menciona González Llamas falta un enfoque más gerontológico y menos geriátrico, un enfoque que sea más integral y menos parcializado, que permita la participación de diferentes especialistas y al mismo tiempo genere mayor demanda de

formación en diferentes campos profesionales, tanto de la salud como de la economía, que tengan que ver con el estudio e investigación de los problemas propios de la tercera edad.

- c. Aun no se logra una adecuada coordinación entre instituciones y los programas asistenciales que se realizan para la población anciana, hay un desfase entre los programas existentes en salud y asistencia social para el anciano y las instituciones que pueden acceder a ellos por los problemas de salud de la población que atienden.
- d. Hace falta una visión de apertura a la sociedad por parte de las instituciones asilares, la mayoría de ellas se organizan encerrándose en sí mismas, no hay un flujo natural de contacto social entre sus residentes y su comunidad. Esta condición aísla al anciano funcional e independiente y lo rezaga más de la evolución de su sociedad.
- e. En el caso de las instituciones de salud de los diferentes niveles de atención tampoco se tiene una diferenciación de los servicios propios para ancianos. En el caso del ingreso de una persona de la tercera edad se le coloca en un espacio compartido con otro tipo de pacientes, que si bien son adultos tampoco se les puede considerar ancianos; podemos pensar que esta condición es un reflejo de como surgió la atención a la salud del anciano a lo largo de la historia.
- f. Es necesario formalizar algunas acciones que hoy en día se realizan de manera voluntaria y esporádica en las diferentes instituciones, acciones tales como las visitas de estudiantes y la organización de actividades recreativas. Muchas de las actividades de apoyo que se reciben de las universidades por medio de las prácticas y servicio social tienen el inconveniente de que les falta continuidad, esto dificulta la realización de programas más consistentes y de mayor alcance tanto en la atención a ancianos como en la formación de los estudiantes.

Propuestas para futuros estudios.

Al iniciar la presente investigación daba por hecho que se contaba con más información de la que había logrado recolectar a lo largo del tiempo, pensaba que la investigación en este campo se encontraba más avanzada y la información era más actualizada, pero esto no era así y fue necesario explorar aspectos que se daban por sobreentendidos. Es por eso que si hubiera alguien interesado en este tema sería recomendable que investigara la otra parte, la referente a qué piensan los ancianos

funcionales y de población abierta respecto a las posibilidades de la institucionalización, cómo esperan ser atendidos, qué es lo que ellos podrían aportar para poder atenderse a sí mismos.

Otra línea sería investigar cuáles son las alternativas que se han planteado en otros lugares dentro y fuera del país, y cuáles han sido sus consecuencias.

A los interesados en el tema también se les puede sugerir que incluyan aspectos como la mortalidad institucional y su relación con la demanda y calidad de los servicios proporcionados a los ancianos.

También se tiene que seguir investigando la evolución de la ancianidad en el sentido romano, el envejecimiento de la sociedad. La evolución social de la vejez se encuentra vinculada a la de la asistencia social y a la de los servicios de salud, lo mismo que a las condiciones económicas de la época, el brindar servicios de salud es una condición ajustable a la demanda social y a los recursos disponibles, de ahí que lo encontrado en un momento dado se tenga que tomar con las reservas que el caso amerita.

La mayoría de las instituciones asilares se encuentran en un momento de cambio que no pueden dejar pasar y quizá la esperanza mayor se encuentra en las instituciones de asistencia privada dada su organización, propuestas y alcances; no así en las religiosas y en las de gobierno, unos por conservadoras y las otras por que no han mostrado los resultados que de ellas se esperaba, la demanda las ha rebasado y los vicios sindicales también afectan a la asistencia social, los sindicatos se han convertido de una u otra forma en espacios para tolerar la falta de compromiso de sus agremiados en la atención a la vejez.

Al parecer, mucha de la respuesta para la atención de los ancianos no se encuentra en la institucionalización, se le ve con más posibilidades en la orientación familiar y comunitaria. En México todavía no contamos con programas sólidos y establecidos, pero ya se empiezan a ver las primeras propuestas en el D.D.F, el INSEN y el DIF. Quizá no sean las mejores propuestas, pero es lo que se puede hacer considerando que los ancianos no son el único grupo social que requiere atención.

En resumen, también podemos considerar los siguientes puntos como indicadores de la posible tendencia de los centros para la atención para ancianos:

- a. Más que la institucionalidad la alternativa para la atención de los ancianos queda también en una participación más activa de ellos para atenderse a sí mismos.

- b. Parte del financiamiento de futuros centros asilares se dará por la participación de ONG's.
- c. La incorporación de personal joven y profesional para trabajar en los asilos y casas hogar terminará por llevar a una dinámica de actualización tecnológica y organizacional de los centros asistenciales.
- d. Mucho del trabajo para la atención de ancianos en los centros será a manera de red de apoyo en especie.

No creo que los resultados obtenidos nos permitan concluir algo definitivo dado el tipo de investigación que se realizó, si considero que los resultados y la información recolectada nos permite tener un panorama más completo de cómo está la atención al anciano en México, las posibilidades son preocupantes y muchas las acciones a realizar sobre todo las de tipo comunitario, las de intercambio institucional, la capacitación y el trabajo en equipo donde los ancianos también sean agentes activos de su propia atención buscando desarrollar nuevos modelos de organización y administración.

Sí creo que la vejez contemporánea sea una muestra social que se formó en otro universo de herramientas, muchas de las cuales ya no existen en nuestra vida cotidiana. También comparto la idea de que ese nuevo universo de herramientas es un indicador de otra forma de organización social o civilización que nos ha tocado construir, de la que los ancianos se han ido transformando en los últimos sobrevivientes, y creo que la vejez del nuevo milenio seguirá padeciendo los problemas que ha tenido durante siglos. El panorama parece sombrío por un buen tiempo, las decisiones que se tomaron en otra época ya no son funcionales para los tiempos modernos, espero que cada uno podamos hacer lo que está de nuestra parte y que el presente trabajo pueda ser de utilidad a los interesados en el tema.