



VEJEZ Y RECURSOS SOCIALES EN AMÉRICA LATINA

MARTHA B. PELÁEZ, PH.D¹ Y LAURA RODRÍGUEZ WONG, PH.D²

¹Asesora Regional en Envejecimiento y Salud.

Oficina Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington DC. (EEUU).

²Consultora en Demografía y Salud.

*Oficina Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
Washington DC. (EEUU).*

Introducción

El número de personas de 60 años o más que viven en América Latina y el Caribe aumentará de unos 44 millones en 2002 a cerca de 100 millones en 2025¹. Durante la primera década de este siglo, un millón de personas por año se incorporará al grupo de personas adultas mayores, mientras que durante la década de 2010-2020, el crecimiento será de dos millones de personas por año. Sin embargo, el envejecimiento es mucho más que una

cuestión de cifras. El envejecimiento de la población plantea un cambio de cultura en la sociedad que requiere reflexión y acción.

¿Cómo es la vejez en América Latina? El envejecimiento es todavía el hijastro descuidado del ciclo de vida humano tanto en la literatura como en las políticas de familia y población. Es más fácil discutir los temas relacionados con la muerte y la eutanasia que los temas relacionados con la construcción social de un envejecimiento digno. La muerte es un evento; tiene una dimensión de finalidad, y aunque este tema es todavía considerado tabú, es más fácil de manejar que el tema de «la vejez». Los años dorados, o los ciudadanos de oro, son aquellos que, según pensamos, con gran paternalismo, merecen alguna diversión o paseo; sin embargo, nos cuesta pensar en su derecho a tener una vejez digna. En la estructura familiar, los abuelos(as) son venerados mientras que cuidan a los nietos y resuelven algún problema para los hijos. Los abuelos(as) son una «carga inaguantable» en el momento en que requieren cuidados y dejan de dar soluciones para los problemas de la generación joven. En este sentido, el capital social acumulado por todo un curso de vida puede, con la

Matha Peláez es Doctora en Filosofía por la Universidad de Tulane, New Orleans, Louisiana. Desde el 1985 se ha especializado en el tema de Envejecimiento y Salud Pública. Es Asesora Regional en Salud de los Adultos Mayores en la Organización Panamericana de la Salud. Ha publicado trabajos sobre diferentes aspectos de Ética y Envejecimiento, así como sobre la organización de servicios integrales para un envejecimiento digno.

Laura Rodríguez es Doctora en Demografía Médica por la Universidad de Londres (London School of Hygiene and Tropical Medicine). Profesora del Departamento de Demografía en el Centro de Desarrollado y Planificación Regional (CEDEPLAR) en la Universidad de Minas Gerais, Brasil, y consultora en Demografía y Salud de la Organización Panamericana de la Salud.



pérdida de funcionalidad física o mental, desaparecer por perder la base de reciprocidad que lo fundamenta. Invertimos en la salud y bienestar del niño no por lo que el niño produce, sino por lo que producirá en el futuro; sin embargo, el adulto mayor con alguna discapacidad parece perder su valor productivo en la escala de valores sociales y por tanto deja de justificar una inversión familiar o social.

La vejez en América Latina se vive con inseguridad económica y desprotección social. El grado de desprotección se encuentra asociado a los modelos de transferencias intergeneracionales adoptadas en cada país y al alcance de los mismos. En general, la gran mayoría de la población con suficientes recursos sociales, o sea con una protección económica, logra tal condición a través de la participación en el mercado laboral formal donde se encuentran las disposiciones necesarias para proteger a los trabajadores y a sus familias frente a los principales riesgos de la edad, la enfermedad o la discapacidad.

Durante la vejez, como en cualquier otra etapa de la vida humana, se tienen problemas, alegrías, habilidades y potenciales, pero tanto en el ámbito personal como en el social hace falta definir las condiciones básicas para un envejecimiento digno y una longevidad con calidad de vida. Estas condiciones se tendrían que incorporar en una política nacional de salud, trabajo, deporte, cultura, vivienda y bienestar social. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la publicación «Envejecimiento Activo», propone tres pilares de un marco político para el envejecimiento activo: salud, participación y seguridad². Se van acumulando pruebas científicas en torno a que el envejecimiento exitoso se ha de fundamentar en mantener la vitalidad física, mental y social como factores protectores para evitar las enfermedades que discapacitan en la vejez.

El principal objetivo de este artículo consiste en analizar la vejez en América Latina desde la perspectiva de la participación en la familia, en redes sociales y en el mercado laboral.

Rápido crecimiento en el envejecimiento de la población en América Latina

El envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe es el resultado de los éxitos obtenidos en materia de salud pública, que redujeron la mortalidad infantil durante el decenio de los años cuarenta, cuando los índices de fecundidad eran altos. Lo anterior estuvo seguido por las disminuciones bruscas en la fecundidad durante los años setenta y los incrementos de la esperanza de vida a la edad de 60 años durante la década de los noventa³. El número de personas de 60 o más años de edad en América Latina y el Caribe aumentará con tasas anuales de crecimiento del 3,5% durante los próximos 20 años, tres veces la tasa de aumento prevista para la población mundial total. La proporción de personas de 60 años y más en la población total de la Región aumentará del 8% actual al 14% en el año 2025 y al 23% en el año 2050.

La rapidez del envejecimiento de la población tendrá una repercusión sin precedentes sobre todos los sectores de la sociedad en América Latina y el Caribe. Esto pone de especial relieve la urgencia de orientar los servicios de salud y los servicios sociales a las necesidades de los mayores y de sus familias; a orientar la cultura para que reconozca las contribuciones de los mayores a la sociedad; y, además, de ajustar las pensiones no contributivas y otras protecciones económicas para la vejez y hacerlas sostenibles en el siglo XXI.



El efecto de la fecundidad reducida, combinada con una mayor longevidad, tiene un impacto importante en las razones de dependencia en la población. Las razones de dependencia se calculan al dividir el número de personas de la población en edades probablemente no activas (definido aquí como la suma de la población de 0-14 años y de más de 65 años) por cien personas en edad económicamente activa (15-64 años de edad). En el caso de América Latina y el Caribe, si bien es cierto que esta razón disminuirá, pasando de 83,8 en 1975 a 49,8 en 2025, también lo es que se tornará más compleja. En cuanto el componente «joven» disminuye, el componente «adulto mayor» aumenta, incrementando así el costo de la dependencia. Si al inicio de este siglo el componente «adulto mayor» representaba menos del 20% del total de la dependencia, hacia mitad del siglo representará el 50%. Otro factor de dependencia que es útil para proyectar la realidad de la nueva familia latinoamericana del siglo XXI es la razón de personas potencialmente disponibles para cuidar a una persona mayor con discapacidad. La razón de dependencia se calcula dividiendo el número de individuos de la población adulta (definida aquí como la población de 15 a 65 años) por cada persona de 65 años o más. Encontramos que la razón de adultos que están potencialmente disponibles para prestar cuidados y servicios a las personas de edad con el transcurso del tiempo se reducirá a 6,4 para 2025; una disminución brusca de la razón de 12,2 a principios del siglo⁴. Estas diversas cifras nos ayudan a comprender los problemas potenciales relacionados con los recursos sociales tanto de tipo familiar como formal para las personas mayores. Otra forma de entender el rápido cambio que se producirá en la población de América Latina es analizar el Índice de Envejecimiento, es

decir, la cantidad de personas de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años. En aproximadamente 20 años, en la mayoría de los países de América Latina habrá por lo menos una persona de 60 años por cada dos niños menores de 15 años; en algunos países, como en Cuba, habrá 164 adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años.

En las próximas dos décadas la esperanza de vida en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe excederá de los 70 años. La esperanza de vida a la edad de 60 años ha aumentado desde los 10 o 12 años en la década de los cincuenta, a 20 años en la actualidad. Esto significa que las personas que hoy tienen 60 años pueden esperar vivir cerca de 8 años más que aquellos que cumplieron esta edad en 1950 y que, por tanto, no sólo habrá más personas sobreviviendo hasta los 60 años sino que, también, estos sobrevivientes tendrán un promedio de 8 años más para participar en los diversos sistemas de transferencia.

Debido a que los adultos mayores constituían durante el siglo XX una proporción relativamente baja de la población en la mayoría de los países de América Latina, el diálogo de equidad generacional y de recursos sociales para la vejez no se consideró como tema prioritario del discurso social y político. Empezamos el siglo XXI con la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid 2002) y con un llamado a la acción por parte de la Conferencia Sanitaria Panamericana en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en septiembre de 2002. Es evidente que durante las próximas décadas las necesidades sociales y sanitarias del grupo de personas de 60 años y más no podrán seguir excluidas de las agendas políticas y económicas de América Latina. La cuestión de la participación de las personas adultas mayores en la familia, la sociedad y el desarrollo



económico del país se convertirá en una de las inquietudes más importantes en los primeros decenios de este siglo.

Participación y bienestar

«El aislamiento físico y emocional es un factor de alto riesgo que afecta negativamente a la salud y al bienestar de las personas de edad, mientras que el apoyo social, tanto emocional como material, puede tener efectos positivos a nivel de la salud»⁵.

Las redes de apoyo social desempeñan un papel importante en la vida del adulto mayor. Existe abundante literatura que revela la existencia de una fuerte asociación entre la participación de los adultos mayores en redes sociales y su salud en general⁶. El artículo de Berkman y Syme, publicado en 1979, encuentra esta asociación y demuestra la existencia de mayor mortalidad entre adultos mayores que, al inicio del estudio, presentaron relaciones sociales relativamente más escasas o frágiles. A este artículo le siguieron muchos otros que vuelven a insistir en este tipo de asociación. Se ha encontrado que, en general, los individuos más integrados socialmente viven más, tienen mayores probabilidades de sobrevivir a un infarto de miocardio, declaran con menos frecuencia estar deprimidos, presentan menos recurrencias de cáncer y son menos susceptibles a padecer enfermedades infecciosas. Las conclusiones de estos estudios sugieren que el estar aislado supone un riesgo para la salud en magnitud comparable a los riesgos asociados al hábito de fumar, la presión arterial elevada y la obesidad. Ese riesgo permanecería aun después de controlar estos y otros factores tradicionales de riesgo⁷.

La relación entre las redes sociales y la salud es compleja. Por una parte, la red social se puede convertir en una fuente de afectos positivos, fortalecimiento de la autoestima, de sentimientos de seguridad y pertenencia⁸. Por otra parte, si el número de contactos que el adulto mayor tiene se limita a «ayudas recibidas», esta relación se puede convertir en una fuente de conflictos interpersonales ocasionados por la pérdida de autonomía del adulto mayor y por los cambios de roles que ocurren cuando éste se encuentra en una situación de dependencia. La literatura a favor de que los individuos que están más integrados socialmente viven más y tienen mayores probabilidades de tener una vejez con calidad de vida es abundante.

También hay pruebas de la relación que existe entre el bienestar del adulto mayor y su bienestar socioeconómico; por tanto, cualquier análisis de la participación social de las personas adultas mayores en América Latina tiene que incluir una discusión de dos tipos principales de intercambios relacionados con el bienestar en la vejez: 1) las relaciones sociales que ocurren en la familia, con amigos y vecinos, ya sea dentro o fuera del hogar; y 2) las relaciones económicas necesarias para la sobrevivencia.

Participación en redes familiares: frecuencia y tipo

Los vínculos familiares entre varias generaciones aseguran la distribución de los bienes o los servicios de cada miembro de la familia, ya sea en reciprocidad por bienes y servicios brindados en el pasado, en cumplimiento con la responsabilidad moral y legal de proveer para los menores de edad, o en cum-



plimiento con el cuarto mandamiento -«honrar al padre y a la madre»-. Cuando la familia no tiene bienes suficientes para satisfacer las demandas de todos los miembros de la familia, entonces los bienes familiares tienen que distribuirse de acuerdo con el principio ético que rige la cultura familiar: equidad, beneficencia o reciprocidad. Además de la transferencia de los bienes y los servicios, las transferencias familiares incluyen apoyo emocional y moral, compañerismo personal y otros bienes intangibles. Los mecanismos para las transferencias familiares no siempre se declaran explícitamente; en cambio, se elaboran con frecuencia según la disponibilidad de los familiares y las expectativas de cómo los recursos limitados se distribuirán entre las generaciones. En el caso de las familias pobres, las transferencias tienden a favorecer a las generaciones más jóvenes; cuando el adulto mayor no puede contribuir más a las necesidades de los más jóvenes, por su estado de salud o discapacidad, su presencia en el núcleo familiar se convierte en un factor de estrés grave si no hay apoyo adicional de una red social amplia o del Estado.

En América Latina se vive la paradoja de la familia como red social de principal importancia para los adultos mayores. Por una parte, la familia está pasando por cambios estructurales importantes producidos por la migración, la incorporación de la mujer al trabajo formal e informal y la fragmentación de las redes familiares por el medio ambiente urbano en que viven la mayoría de los adultos mayores. Por otra parte, el Estado depende más que nunca de la familia para que proteja a los niños, cuide a los adultos mayores con discapacidades y utilice la economía familiar para resolver los problemas de acceso a comida y medicamentos, que el adulto mayor sin trabajo o jubilación no puede afrontar.

La residencia familiar multigeneracional es en gran parte una realidad que está desapareciendo. No obstante, el intercambio intergeneracional y la reciprocidad -aunque no siempre sin conflicto- es todavía una realidad en América Latina. Anteriormente, un fuerte factor determinante de los niveles de fecundidad altos en las sociedades tradicionales y rurales era la necesidad de asegurar la sobrevivencia familiar y la seguridad en la vejez. Las metas de fecundidad se mantuvieron en niveles altos para asegurar que los miembros mayores de una familia o grupo que perdieron la capacidad de trabajar fueran apoyados por los miembros más jóvenes⁸.

Sin embargo, los descensos en las tasas de fecundidad han conducido a un número reducido de personas y de recursos disponibles para atender las necesidades de las personas de edad. En la mayoría de las culturas, las mujeres siguen siendo las prestadoras de cuidados para todas las generaciones. En América Latina, las mujeres que tienen menos hermanas(os) para compartir sus funciones de cuidadoras son también las que, por elección o por necesidad, están trabajando fuera del hogar. Se espera de estas mujeres, muchas de ellas de alrededor de 50 años de edad, que resuelvan los problemas de la atención prolongada a los cuidados crónicos de los mayores con discapacidades; brinden ayuda a las hijas e hijos cuidando a los nietos; y, además, se preparen para poder envejecer activamente y con salud física y mental.

Veamos entonces con quién viven los adultos mayores en siete ciudades de América Latina y el Caribe.

En la encuesta SABE⁹ encontramos que aproximadamente uno de cada dos adultos mayores está casado o vive en unión libre. De éstos, menos de la



quinta parte vive con algún hijo casado, con excepción de La Habana. Por otra parte, en las ciudades de Buenos Aires y Montevideo, que pertenecen a los países más adelantados en la transición demográfica, aproximadamente el 40% de los adultos mayores que están viudos, divorciados, separados o que nunca estuvieron casados, viven solos. En Santiago de Chile, La Habana, Sao Paulo y Ciudad de México, sólo una cuarta parte de los adultos mayores no casados viven solos.

Dónde vivir en la vejez puede ser una decisión libre o puede ser una imposición de sobrevivencia económica, tanto para el adulto mayor como para los hijos. En las ciudades estudiadas, las transferencias familiares intergeneracionales son más evidentes cuando la persona mayor vive en el mismo hogar con un hijo adulto. En estos casos las transferencias son de doble vía. El adulto mayor presta tanta ayuda a los hijos como los hijos a los mayores. Para los adultos mayores que no residen con sus hijos el grado de transferencias intergeneracionales es mucho menor.

Por medio de la encuesta SABE podemos confirmar la reciprocidad del intercambio a través de las generaciones. El intercambio raramente es estrictamente monetario. Las personas de edad reciben principalmente de sus hijos alimentos y ropa, transporte y otros servicios, como la ayuda en sus actividades del vivir diario. Las personas de edad también proporcionan ayuda a las generaciones más jóvenes, incluida la atención para sus nietos, la ayuda en faenas domésticas y ayuda monetaria. En la encuesta SABE encontramos que entre los adultos mayores que conviven con otros, el 65% recibe algún servicio y el 52% recibe dinero de otros, mientras que el 54% presta algún servicio en el hogar y el 40% contribuye con dinero.

Relaciones con amigos y asociaciones

Las personas van creando redes, de mayor o menor extensión y con diferentes grados de compromiso, durante toda la vida y participan pasiva o activamente ofreciendo y/o recibiendo información, compañía y soporte social. Las personas que sobreviven a los 60 años llegan a esta etapa de la vida con pérdidas significativas en su red, ya sea por jubilación, por la muerte de sus contemporáneos o por la migración del núcleo familiar. Con la edad, la red tiende a reducirse. La sociedad no está organizada para la regeneración de redes sociales en la edad mayor. Los hogares y los barrios no están estructurados para que los adultos mayores tengan espacios de encuentro para rehacer, renovar e insertarse en roles significativos y en círculos de apoyo mutuo. En la encuesta SABE, menos del 10% de los adultos mayores manifiestan recibir alguna ayuda de amigos, vecinos o servicios de la comunidad; sin embargo, en cuatro de las siete ciudades estudiadas (Buenos Aires, Montevideo, Santiago de Chile y Sao Paulo), entre el 15 y el 25% de las personas de 60 años y más indicaron estar participando en actividades de voluntariado en la comunidad.

Indicadores indirectos de la existencia de una red social también pueden ser las actividades recreativas, *hobbies* y actividades en la iglesia o templo. En la encuesta SABE, aproximadamente un tercio de los adultos mayores refieren que participan de forma regular en actividades recreativas o *hobbies* y un 80 % en todas las ciudades, excepto La Habana y Montevideo, manifiestan que la religión desempeña un importante papel en su vida.

Las personas adultas mayores necesitan los mismos servicios básicos que las personas de otras edades -educación, recreación, atención de salud, servicios sociales y transporte-. Si la persona mayor vive



sola, necesita protección para su seguridad y el contacto con su comunidad. Los clubes de adultos mayores, los centros para adultos mayores y las organizaciones de autoayuda están empezando a surgir en América Latina, pero las personas mayores que participan en estas asociaciones son todavía una minoría.

Participación económica y transferencias formales entre las generaciones

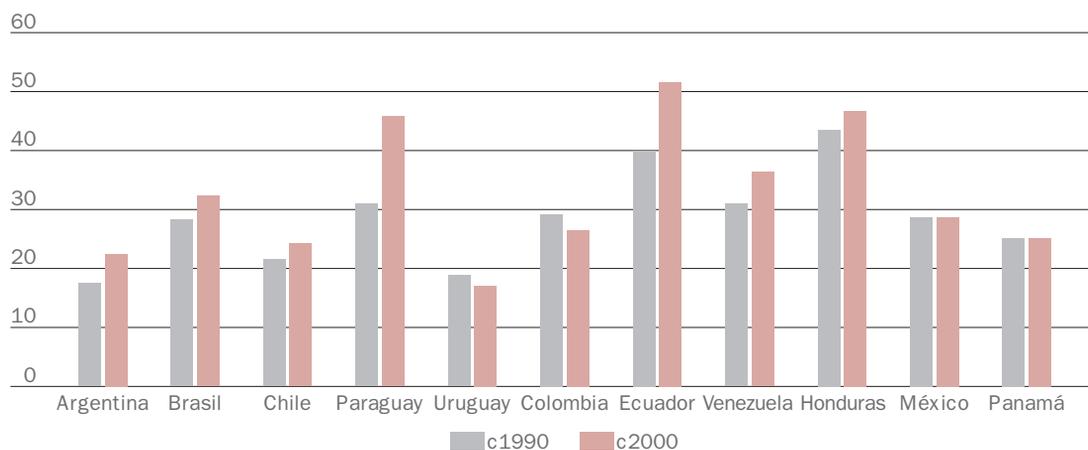
Para caracterizar la participación social de los adultos mayores en la región tenemos que hacernos algunas preguntas en relación a su participación económica. Es decir, ¿cuántos adultos mayores trabajan?; ¿por qué trabajan?; ¿en qué trabajan?; ¿de qué viven los que no trabajan?

¿Cuántos adultos mayores trabajan?

De acuerdo con los datos de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), hay una creciente tasa de participación laboral de las personas de 60 años y más en la mayoría de los países de América Latina. La inseguridad económica y la desprotección social de la población adulta mayor es de tal magnitud que la jubilación no es una opción para la mayoría de los que pueden seguir trabajando. La OIT informa de que durante la última década la tendencia es de un ligero incremento en la tasa laboral en la población de 60 años y más (fig. 1).

El 50 % de los adultos mayores que trabajan recibe dinero por jubilación, lo que puede indicar que, aun teniendo seguridad social, el adulto mayor necesita de ingresos adicionales para satisfacer sus necesidades básicas.

FIGURA 1. Tasas de participación laboral de los adultos mayores



Fuente: Elaboración de los datos por Fabio Bertranou, Organización Internacional del Trabajo (2003).



ENVEJECIMIENTO

TABLA 1. Características de los arreglos domiciliarios de las personas adultas mayores, por ciudades y de acuerdo a su estado civil (valores en %)

	Buenos Aires	La Habana	Ciudad de México	Montevideo	Santiago de Chile	Sao Paulo
Casado/en unión						
Vive solo con cónyuge	53,3	27,5	24,0	50,7	24,1	35,0
Vive con hijos solteros	31,8	27,4	48,2	33,5	41,0	46,5
Vive con algún hijo casado	7,9	31,9	19,4	8,9	21,3	7,3
Otros	6,3	12,7	6,3	6,0	13,1	10,8
Total (Nº)	448	719	682	709	574	1123
Solteros, viudos o separados						
Vive solo	43,1	17,7	19,6	36,7	20,0	29,8
Vive con hijos solteros	21,0	27,3	38,1	26,5	28,7	34,9
Vive con algún hijo casado	16,7	34,5	27,0	19,1	26,4	15,8
Otros	19,0	20,6	15,3	17,8	24,9	19,5
Total (Nº)	590	1179	560	726	706	1019

Fuente: OPS/OMS. Encuesta SABE 2000.

En la encuesta SABE se le preguntó a los entrevistados sobre su ocupación principal en la semana previa a la entrevista; en total, uno de cada cuatro adultos mayores declaró haber trabajado. Cuando desagregamos por edad, se encuentra que más de la mitad de las personas de entre 60 y 65 años de edad trabaja; la proporción de hombres de 75 años o más que trabajan puede llegar a un 20%. Sin ninguna diferencia en razón de sexo o edad, tres de cada cuatro personas que trabajan dan como razón principal para trabajar el factor económico (tabla 1). Sin embargo, aun trabajando, más de la mitad de las personas declara no tener suficiente dinero para satisfacer las necesidades básicas del vivir diario.

El derecho a trabajar, en el caso de los adultos mayores en la región, es el derecho a sobrevivir con dignidad. El trabajo que se le niega al adulto mayor, por su edad, representa negarle la oportunidad de mantener una independencia económica a la cual tiene tanto derecho como cualquier otro adulto en la sociedad. El trabajo decente es uno de los objetivos de la OIT; sin embargo, parece que el trabajo decente para los adultos mayores en muchos de los países de América Latina tiene fecha de vencimiento; es decir, un ciudadano de edad avanzada pierde el derecho a su trabajo porque otros ciudadanos más jóvenes se consideran «con más derechos», simplemente por razón de la edad.



¿De qué viven los que no trabajan?

Si el trabajo, bien sea por edad, por estado de salud o por discapacidad, no es una opción para muchos adultos mayores, ¿de qué viven los que no pueden trabajar o los que no logran encontrar trabajo?

Una minoría de las personas de edad en América Latina y el Caribe tiene acceso a la seguridad social. La mayoría depende de programas de pensiones de naturaleza no contributiva y asistencial. Algunos de ellos otorgan protección a personas en extrema pobreza y/o con graves discapacidades permanentes. Esto es especialmente válido para las mujeres y los más pobres. Brasil se destaca como uno de los países que ha logrado durante las últimas décadas una cobertura excepcional de pensiones no contributivas y asistenciales a los adultos mayores, especialmente en las comunidades rurales. Los programas de pensiones no contributivas y asistenciales han tenido una repercusión en el alivio de la pobreza¹⁰.

En la mayoría de las ciudades en las que se realizó la encuesta SABE dos tercios de los adultos mayores que no trabajan reciben alguna jubilación o pensión no contributiva, con excepción de la Ciudad de México, donde apenas un cuarto de ellos recibe alguna pensión o jubilación (tabla 2). Las ayudas de dinero de los hijos son la segunda fuente más importante de recursos para las personas que no trabajan. Por último, se registran proporciones importantes de personas que refieren no recibir ingresos. Por ejemplo, en la Ciudad de México, más de la mitad de los adultos que no trabajan también declaran no tener ningún ingreso propio, ya sea por pensiones o por recibir ayuda monetaria de familiares.

Pobreza y vulnerabilidad

Para lograr una buena estimación de la pobreza en las personas adultas mayores, es necesario tener cálculos fiables acerca del número de personas en la red familiar del adulto mayor que se benefician de las pensiones o jubilaciones de los mayores. ¿Cuántas familias pobres se alimentan con la pensión del abuelo cuando éste deja de comprar medicamentos para alimentar a los nietos? Igualmente, tendríamos que realizar un mayor esfuerzo en elaborar un índice de pobreza para las personas adultas mayores. ¿Qué gastos básicos deben incluirse en la canasta básica de sobrevivencia para una persona mayor? ¿Necesitan las personas mayores más o menos recursos que un persona joven? Los gastos en salud -medicamentos, correcciones ópticas, prótesis y otros aparatos técnicos de apoyo- son gastos esenciales para mantener un nivel mínimo de autonomía en la edad mayor; sin embargo, ninguno de estos gastos es considerado usualmente en la determinación del nivel de pobreza de este grupo de edad.

Conclusiones

Según un proverbio chino, lo importante no es llegar a «viejo», sino cómo se vive la vejez. Algunas personas se preocupan más por cambiar la apariencia de la vejez que la percepción que la sociedad tiene de esa etapa de la vida. La sabiduría de Mafalda es compartida por muchas personas. Cuando a Mafalda le preguntan qué quisiera ser de mayor, su respuesta es «*wash and wear*»: cualquier cosa menos tener arrugas. A los 60 años, mi respuesta es: «*cualquier cosa menos una vejez absurda y sin sentido*».



ENVEJECIMIENTO

TABLA 2. Características seleccionadas con relación a la ocupación principal y fuente de ingresos de las personas de 60 años y más. Encuesta SABE (2000) (valores en %)

	Buenos Aires	Bridgetown	Ciudad de México	La Habana	Montevideo	Santiago de Chile	Sao Paulo
Ocupación principal en la semana previa a la entrevista							
Trabajó	24,9	15,0	37,6	22,2	16,0	26,4	27,0
Jubilado	43,0	68,6	13,5	65,1	64,7	32,3	51,9
Quehaceres del hogar	21,4	2,2	25,1	6,5	9,2	14,4	15,9
No trabajó	4,4	12,4	21,4	3,5	8,7	18,6	2,6
Otros	6,3	1,8	2,4	2,7	1,4	8,3	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Razón para trabajar							
Necesita	80,9	60,5	60,4	65,3	73,8	73,7	68,7
Para ayudar a la familia	4,2	15,4	17,9	7,3	3,9	6,7	7,5
Porque desea ⁽¹⁾	1,9	22,9	20,7	27,1	20,2	16,2	23,8
Otros	0,0	1,2	1,0	0,3	2,1	3,4	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100
Fuente de ingreso de los que no trabajan ⁽²⁾							
Por jubilación	65,9	68,9	23,4	76,3	80,9	58,1	73,1
Ayuda de otros familiares	10,5	6,7	21,4	41,5	3,6	12,9	11,0
Alquileres y otras rentas	4,2	1,3	2,7	0,3	4,2	3,5	11,3
No recibe ingresos	27,2	10,8	53,5	(3)	15,7	17,3	19,3

Fuente: OPS/OMS. Encuesta SABE, 2000.

⁽¹⁾Le gusta el trabajo, quiere sentirse útil o quiere mantenerse ocupado.

⁽²⁾Se trata de respuestas múltiples, por lo que la suma de la declaración de las fuentes puede superar el 100%.

⁽³⁾No disponible.

Reflexionar sobre los recursos sociales de los mayores en América Latina es importante porque es con los vínculos de familia y de comunidad y con la solidaridad entre las generaciones, como la vejez puede vivirse con sentido y bienestar. La reflexión sobre lo que falta por hacer es positiva mientras que se reconozca que en todos los sectores de la sociedad hay una agenda por cumplir.

El reto para la sociedad es lograr cambiar la forma como se vive la vejez en el siglo XXI. Para garantizar que las personas mayores de América Latina y el Caribe sobrevivan y estén cada día mejor, y que el ciclo de salud aumente junto con el ciclo de vida, la Organización Panamericana de la Salud propone que los temas de envejecimiento se integren de manera racional en



las funciones esenciales de salud pública. O sea, que los Estados:

- Desarrollen pautas y procesos para vigilar el estado de salud de las personas adultas mayores.
- Promuevan una agenda de investigación para identificar las amenazas a la salud de las personas mayores.
- Promuevan comportamientos y entornos saludables para el envejecimiento.
- Proporcionen a los adultos mayores recursos para su propio autocuidado.
- Desarrollen servicios integrales de protección social.
- Desarrollen un marco regulatorio para proteger los derechos de las personas mayores.
- Definan normas adecuadas para los servicios de salud geriátricos tanto en el primer nivel como en los niveles más especializados.
- Desarrollen un plan nacional para capacitar en geriatría al personal de atención primaria de salud.

En cumplimiento con el llamado de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid en el año 2002, las agendas de las organizaciones internacionales y la cooperación internacional para el desarrollo deben incluir prioridades y metas concretas para la implementación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y el fortalecimiento de las redes sociales para un envejecimiento digno¹¹.

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. *Perspectivas de la población mundial: revisión 2003*. Nueva York: División de Población de Naciones Unidas, 2003.
2. Organización Mundial de la Salud. *El envejecimiento activo: guía de políticas*. Ginebra: OMS, 2003.
3. Palloni A, Pinto G, Pelaez M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *Int J Epidemiol* 2002;31:762-771.
4. United Nations. *World Population Ageing 1950-2050*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division, UN, 2002.
5. Organización Panamericana de la Salud. *Envejecimiento Activo: Un Cambio de Paradigma*. Washington: OPS, 1999.
6. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979;109: 186-204.
7. Cohen S. Social relationships and health: Berkman & Syme (1979). *Adv Mind Body Med* 2001;17:5-7.
8. Peláez M, Martínez I. Equity and systems of intergenerational transfers in Latin America and the Caribbean. *Pan American Journal of Public Health* 2002;11:5-6.
9. Peláez M, Palloni A, Albala C, Alfonso JC, Ham-Chande, R, Hennis A, et al. *Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizadas a más de 11.000 personas de 60 años o más en siete ciudades*. Washington: OPS, 2000.
10. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CELADE, 2003.
11. Naciones Unidas. *Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento*. Nueva York: UN, 2002.