

ADULTO MAYOR

COLECCION IDEAS. Chile 21. Abril 2014

Rafael Urriola U.

Director Area Protección Social Chile 21

INDICE

PRESENTACION

I.- definiciones básicas

II.- Aspectos demográficos

III.- Aspectos relacionados con los ingresos por jubilación y/o previsionales

IV.- Adultos mayores y salud

V.- adulto mayor y dependencia

VI.- A modo de conclusión: Un modelo para evaluar los costos en la edad avanzada

PRESENTACION

Examinar las transformaciones demográficas mundiales es importante porque los patrones de la estructura demográfica de los países desarrollados se replican en países como Chile con mucha rapidez.

Este documento recupera la experiencia internacional, pero tiene por objeto destacar que la institucionalidad nacional está muy distante de responder a las demandas de los adultos mayores en sus aspectos principales (salud, previsión, empleo y empleabilidad del tiempo libre), es decir, en la protección social. No es casualidad que en España se catalogue del cuarto pilar de la protección social a las políticas públicas dedicadas a este sector etario.

Las transformaciones demográficas han dejado atrás a las proyecciones incluso de especialistas en los últimos años. Los datos censales han venido mostrando –en toda América Latina- que el proceso de cambio demográfico es más rápido que las proyecciones establecidas, incluso por los organismos internacionales especializados como el Centro Latinoamericano de Demografía (Celade).

Pero no sólo que habrá más personas mayores de 60 años sino que su proporción será mayor, lo que crea problemas de sostenibilidad para ellos. La sostenibilidad se refiere a que los ingresos del hogar no podrán provenir de terceros, porque se incrementa notablemente los hogares con

jefatura de adultos mayores y sin hijos. Es decir, el aumento de la esperanza de vida -que se ha entendido como un indicador relevante del progreso- se ha transformado en un boomerang en tanto los años adicionales que ganan las poblaciones no necesariamente son vividos en las mismas condiciones de calidad de vida. Es decir, hay aspectos de autovalencia que deben ser considerados con mucha pulcritud para evaluar correctamente el problema que se presenta aquí.

La pérdida de autovalencia es, quizás, “la madre de los problemas” de los adultos mayores. Hay pobres de todas las edades pero, en cambio, ser incapaz de enfrentar tareas hasta hace poco “normales” (hacer compras, trabajar, el autocuidado de higiene, etc.) exige transformar el entorno del marco social que necesitan estas personas¹. Al perder la autovalencia², mal se puede encontrar trabajo o procurarse siquiera el traslado físico para acceder a los bienes y servicios necesarios. No obstante, además de los ingresos, que hacen alusión al sistema previsional, hay elementos de las redes de integración/exclusión de esta categoría de personas que pueden aliviar o intensificar el problema de subsistencia de los AM.

Chile vive un proceso acelerado de envejecimiento poblacional. En el periodo 2000-2025, la proporción de la población mayor de 65 años en Chile, se duplicará de 7% a 14%. Esto significa que el año 2025, Chile contará con una población de aproximadamente 3.825.000 adultos mayores. La mayor longevidad de la población, implica no sólo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas sino que también, más limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia y la autonomía en el diario vivir de los adultos mayores.

Los estudios internacionales no consideran que el envejecimiento, en sí, sea la causa del aumento de los costos en salud sino las nuevas tecnologías y tratamientos que procuran combatir las enfermedades propias del envejecimiento conocidas como no transmisibles. Como sea, la tendencia al aumento de los gastos en salud en Chile, probablemente, seguirá lo que se observa a nivel mundial que indica que éstos crecen más aceleradamente que el Producto Interno Bruto (PIB). Un caso notable es que EE. UU. gasta más del 16% del PIB en salud y los especialistas creen que esta proporción continuará aumentando.

Así, por ejemplo, del total de egresos hospitalarios en Chile (alrededor de 1.7 millones según Minsal) un 10% son producidos por enfermedades respiratorias, especialmente neumonías. De estos, la mayoría se distribuye entre menores de 5 años y mayores de 65. Es sabido que la atención primaria de salud –es decir, el sistema público- no ha estado preparándose para recibir a estos adultos mayores y las listas de espera y problemas de atención en cada invierno se han ampliado en el país.

¹ Ciertamente, los AM con recursos económicos holgados podrán siempre contratar los servicios necesarios (este estrato no es examinado en este trabajo).

² La pérdida de autovalencia no es sinónimo de enfermedad porque hay incluido un factor irreversible causado por el deterioro del tiempo que puede postergarse pero no eliminarse. De allí que pese a tener muchas relaciones con la salud el concepto –y las políticas necesarias- son diferentes aunque deben imbricarse.

De otra parte, en pocos años el país ha experimentado un alza de la esperanza de vida para llegar en la actualidad a 79 años. Este logro en el bienestar –suponiendo que la mayoría ce ellos, además, amplía el tiempo de vida saludable- tiene una contraparte muy peligrosa para la subsistencia. En efecto, las jubilaciones se ven reducidas porque las AFP calculan las pensiones en función del tiempo promedio de la esperanza de vida de las personas.

Asimismo, como lo indican los datos censales y de las encuestas de hogares, hay cada vez más hogares con personas solas y en el caso de los adultos mayores se está extinguiendo el sistema de vivir en el marco de familias ampliadas (que incluye nietos, abuelos y otros parientes en un mismo techo). Esto significa que la sociedad debe prevenir sistemas de protección social para ayudar a mantener la autonomía de estas personas cuando llegan a la tercera o cuarta edad (mayores de 80 años). En muchos casos, los cuidados que necesitan no son durante toda la jornada ni requieren de cuidadores permanentes (como en eventos de alzheimer) sino apenas de ayuda para cocinar o de ciertos aseos personales. Este sistema, que es financiado en países de Europa, es un desafío muy cercano en nuestro país. No solo porque no hay mecanismos de financiamiento o institucionalidad para ocuparse de estas situaciones, sino porque también exige una infraestructura, actualmente inexistente, para su atención.

Si el cambio demográfico señala que hay cada vez menos nacimientos y más adultos mayores- quizás en algunas municipalidades que tienen más escuelas que las que demanda la población- podría reciclarse esos establecimientos para atender adultos mayores que requieren lugares de atención permanente. Por cierto, estas mutaciones deben ir acompañadas de los recursos adicionales para su adecuado funcionamiento.

La institucionalidad en favor del AM es reciente³. Con la creación, en el año 1998, del Comité para el adulto mayor, y su posterior transformación en el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), año 2002, se contribuyó a incentivar y fortalecer nuevos grupos de Clubes y Uniones Comunales de AM, que resultan representativas ante la autoridad superior como interlocutor válido en la toma de decisiones para planes y programas destinados a este importante grupo de la población.

El SENAMA construyó en el año 2005 un catastro de las organizaciones sociales en Chile concluyendo que existen más de 9.000 organizaciones de AM que participan en actividades y aportan experiencia a la toma de decisiones a través de los Consejos Asesores Regionales de Mayores y del Comité Regional del Adulto Mayor.

³ Estos son los textos con datos básicos más reconocidos en la primera etapa:

- “Primer Estudio de la Discapacidad en Chile 2005”, FONADIS.
- “Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE) (MINSAL-OPS) 2000;
- “Encuesta de Calidad de Vida y Salud” (MINSAL, 2006).
- “Diagnóstico de la Situación de las Personas Adultas Mayores en Chile” (GTIAM). Septiembre de 2007;
- “Dependencia de los Adultos Mayores en Chile”, marzo de 2008.
- “Encuesta Nacional de Dependencia en Personas Mayores”, agosto 2009.

El Instituto de Previsión Social (IPS) por su parte, implementó el Comité de Usuarios IPS a nivel Dirección Nacional y en cada una de las Direcciones Regionales. Esta instancia implementa también desde 1996, un programa de trabajo destinado a fomentar y fortalecer las Organizaciones de pensionados, con acciones para la formación de líderes, mejoras en la gestión de organizaciones, creación de espacios para la discusión, fomento a la asociatividad y fortalecimiento de las organizaciones como interlocutores válidos ante las autoridades⁴.

I.- definiciones básicas

En este documento se siguen las definiciones básicas de que la edad de la vejez puede ser conceptualizada en base a tres sentidos diferentes: cronológico, fisiológico y social⁵.

La edad cronológica se refiere esencialmente a la existencia de trastornos funcionales relacionados con la edad en años. Según este criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años⁶. Desde una perspectiva institucional, el envejecimiento lleva consigo obligaciones, responsabilidades y privilegios, por ejemplo, la pérdida del derecho a mantener un empleo desde que se llega a la edad de jubilación.

La edad fisiológica (ibid) se refiere al proceso físico de envejecimiento que provoca pérdida de capacidades funcionales y con la disminución de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza). En los estudios especializados en salud se establecen diferentes niveles y mediciones para establecer la autovalencia de las personas con test reconocidos internacionalmente (ver capítulo IV). La edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica.

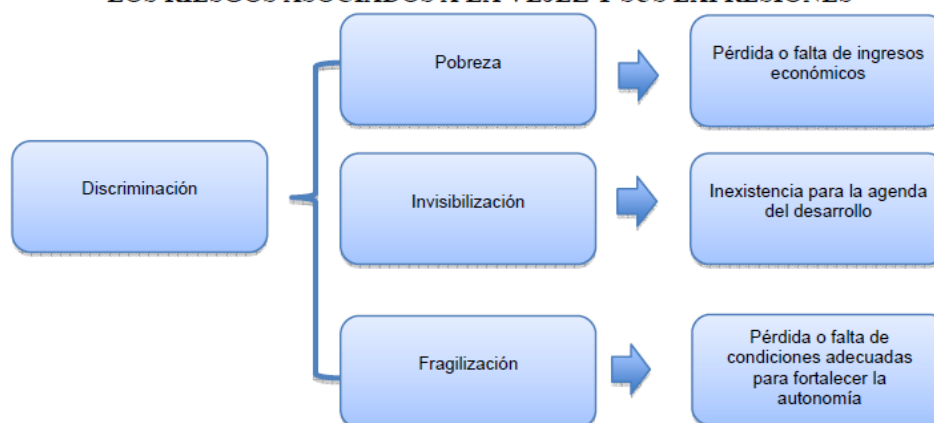
Sin embargo, el principal problema de las personas mayores no surge siquiera de todo lo anterior sino de que las “mayorías”, es decir, **los no adultos mayores** respaldados por la sociedad y el poder, ejerzan algún tipo de discriminación en razón de la edad (tal como se hace con mujeres – pese a ser mayoritarias-, minorías étnicas o sexuales, minusválidos), lo que implica una falta de respeto de los derechos humanos. Como corolario, las personas mayores están expuestas a sufrir la pobreza, la invisibilización o la fragilización, con sus particulares expresiones en esta etapa de la vida (diagrama 1).

⁴ José Valladares Venegas. La participación social una oportunidad para los adultos mayores (ponencia). En Congreso Internacional “personas mayores, ciudadanía y empoderamiento: de la investigación a la acción” 26-27 de octubre 2010. Minsal. Santiago –Chile.

⁵ Sandra Huenchuan y Luis Rodríguez-Piñero. Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Cepal-UNFPA-ASDI. 2010.

⁶ En general, por ser esta una definición social, en AL se considera 60 años y en la mayoría de los países de la OCDE se contabiliza a los AM desde los 65 años.

DIAGRAMA 1
LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA VEJEZ Y SUS EXPRESIONES



Fuente: Huenchuan y Rodríguez-Piñero (2010)

El concepto de cuidados de largo plazo: Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España

España elaboró durante la presidencia de Rodríguez Zapatero, un Libro Blanco cuyo objetivo era asegurar la protección a las personas en situación de dependencia. Esto se refiere a que existe una laguna de protección que afecta a un importante grupo de personas que, debido a deficiencias, enfermedades o trastornos, precisan del apoyo de otras para realizar actividades tan básicas de la vida cotidiana, como levantarse, bañarse, salir a la calle, y otras. Es decir, no se trata de actividades de salud propiamente tales. A esto se le llama los cuidados de larga duración y que en España se le denominó el “cuarto pilar del Estado de Bienestar”. Para el Consejo de Europa la dependencia es "aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria".⁷ Ver también un debate sobre esta definición en Chile en el estudio del SENAMA-INTAL de 2010.⁸

En España, ya existían iniciativas como la Ley de Integración Social de las Personas con Minusvalía de 1982 (Lismi), la Ley General de Sanidad, de 1986; la puesta en marcha del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en 1988; la generalización del sistema de pensiones, mediante la Ley de Prestaciones no contributivas de 1990; y la puesta en marcha del Plan Gerontológico en 1992.

Este «cuarto pilar» del Estado de Bienestar, se decía en el Libro Blanco, permite acercarse a los niveles de cobertura de prestaciones de los países de mayor desarrollo social en Europa; supone

⁷ Fuente David Casado Marín (2007): “Efectos y abordajes de la Dependencia: Un análisis económico”. Masson S.A. Colección Económica de la Salud y Gestión Sanitaria.

⁸ SENAMA-INTA. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. 2010.

evitar el deslizamiento de los servicios sociales hacia un modelo de tipo asistencial, cuya protección resulta fragmentaria, parcial e insuficiente; supone también no dejar fuera de la protección del Estado a las amplias clases medias del país; y, evita que la provisión de cuidados recaiga fundamentalmente en las mujeres, cuyo trabajo continúa así siendo invisible y no remunerado.

En este sentido desarrollar políticas de cuidados de largo plazo para adultos mayores tiene un sentido de equidad de género. Las jóvenes generaciones de mujeres podrán aumentar su libertad de elección ya que las nuevas prestaciones y servicios permitirán decidir cuánto tiempo dedican al cuidado de su familiar dependiente y cuánto al ejercicio de su profesión u oficio u otro trabajo. Y brindará igualdad de oportunidades entre quienes cuentan con recursos económicos suficientes para pagar el apoyo que precisan y quienes no pueden hacerlo.

Finalmente, en diciembre de 2004, M^a Amparo Valcarce García, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad indicaba “debemos tener muy claro que la viabilidad y sostenibilidad del futuro Sistema Nacional de la Dependencia sólo será posible si se consigue un alto grado de consenso. Y para ello es necesario propiciar un proceso con amplia participación social. No en vano la atención a las personas en situación de dependencia ha de ser considerada una meta de toda la sociedad española. Se trata de un objetivo ambicioso e inaplazable. Es preciso que, como ocurre en las sociedades más desarrolladas de nuestro entorno, los poderes públicos garanticen más servicios y mejor atención a las personas en situación de dependencia. Y es que no podremos hablar de una sociedad justa si algunos ciudadanos arrastran déficits de ciudadanía. Y no deberíamos hablar de igualdad si todos los ciudadanos no tienen garantizados sus derechos”.

II.- Aspectos demográficos

En el mundo, la proporción de población mayor de 60 años pasará de 11% en 2000 a 22% en 2050. Las implicancias en cuanto a carga de enfermedad y estructura de los sistemas de protección, especialmente salud, es que éstos están muy poco preparados para enfrentar la profundidad y velocidad del cambio demográfico⁹.

EE. UU., por su parte, ha comenzado el mayor cambio demográfico. La proporción entre los mayores de 65 años con respecto a las personas de entre 20 y 64 años aumentará en un 80 por ciento. Esto tendrá importantes efectos fiscales y consecuencias para los programas gubernamentales como la Seguridad Social, Medicare y Medicaid¹⁰. El problema, en términos

⁹ The Lancet, Volume 383, Issue 9921, Page 927, 15 March 2014 (Editorial)

¹⁰ Aging and the Macroeconomy: Long-Term Implications of an Older Population. 2012.
http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13465

globales, es que habrá cada vez menos personas (trabajadores potenciales) para sostener a cada vez menos “no trabajadores”¹¹.

Nótese que en 1750 la esperanza de vida en el mundo era de 25 años y, en cambio, en nuestros tiempos, debido al cúmulo de factores tecnológicos que influyen en incrementar la esperanza de vida, ésta aumenta de tres meses cada año y, de seguir esta tendencia, podríamos rápidamente llegar a una esperanza de vida de 120 años. Por cierto, depende de los escenarios que tome la tendencia actual en que influyen diversos factores¹². Cabe notar que, si bien, uno de cada cuatro personas sufrirán cáncer en estos momentos, las tecnologías también se están desarrollando de manera vertiginosa y convendría observar las capacidades de la nano medicina para enfrentar los problemas de ciertas enfermedades hasta ahora consideradas de mortalidad inmediata o irrecuperables como el propio cáncer, el alzheimer o la ceguera.

Celade, por su parte, ha definido la situación demográfica general como de “transición avanzada”, es decir, la mortalidad ya ha descendido y se observa una declinación de la natalidad, por lo que las tasas de crecimiento de la población son cada vez más bajas. Una fase post transición se observa cuando las tasas de natalidad disminuyen por debajo de la mortalidad, lo que se traduce en tasas muy reducidas y hasta negativas de crecimiento natural de la población¹³. Esta es la situación de tres países de AL en la actualidad (Cuba, Uruguay y Chile). De otra parte, entre 1950 y 2015 la esperanza de vida en América Latina pasó de 50 años a 74.6 años mientras que en Chile ya alcanza a 79 años (82.2 años para las mujeres y 76.1 años para los hombres).

La fecundidad ha desempeñado el papel más importante en la dinámica demográfica de la mayoría de los países de América Latina, pues a medida que se consolida el descenso de ésta, los cambios en la estructura por edad se hacen mayores, además ha sido un componente decisivo del proceso de envejecimiento de la población¹⁴. También se dice que Chile está llegando al límite de aprovechar el llamado “bono demográfico” una situación en la que se cuenta con una mayor proporción de población en edad de ahorrar, invertir, trabajar y producir (aproximadamente entre 20 y 60 años). Ciertamente, esta situación se visualiza mejor en las figuras que describen la ya caduca pirámide poblacional, es decir, hay más personas que trabajan porque los AM aún son pocos y la natalidad es reducida pero en pocos años aumentará la proporción de AM tal que habrá una demanda creciente de este sector como se dijo.

III.- Aspectos relacionados con los ingresos por jubilación y/o previsionales

¹¹ La diferencia con épocas pasadas es que antes los trabajadores financiaban a sus hijos pero ahora deben financiar a sus padres, que como se verá resultan mucho más caros.

¹² Le recul de la mort - l'immortalité à brève échéance? Laurent Alexandre at TEDxParis 2012 ver en: https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=KGD-7M7iYz

¹³ González D. Transición demográfica y cambios en la estructura por edad de la población de América Latina. En OPS. Economía y salud. Aportes y experiencias en América Latina. OPS Chile Serie No 2. 2011.

¹⁴ CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2009), Panorama social de América Latina, 2009 (LC/G.2423-P), Santiago de Chile.

Considerando el incremento de la esperanza de vida hay cuatro métodos básicos para la adaptación al nuevo escenario económico creado por el envejecimiento de la población, y para proporcionar los recursos para apoyar el consumo de los hogares en sus últimos años (NAP 2012, op cit):

- Los trabajadores ahorran más (y consumen menos) con el fin de prepararse mejor para su jubilación.
- Los trabajadores pagan impuestos más altos (y por lo tanto, consumen menos) con el fin de financiar las prestaciones para las personas mayores.
- Reducir los beneficios (y por tanto el consumo) para los AM con el fin de equilibrar los gastos con los impuestos corrientes y las tasas de ahorro.
- La gente trabaja más tiempo y se jubila más tarde, elevando sus ingresos y la producción nacional¹⁵.

Los AM entonces, enfrentan un problema adicional. Deben optar entre acceder a un monto mayor de pensiones pero acotado a un límite de años, es decir, si la persona vive más de ese período queda en el más profundo desamparo. O bien, tener una pensión vitalicia pero de un monto menor. Todo ello exigirá mayores desembolsos del sector público para compensar los déficits de las personas para alcanzar los montos mínimos de las pensiones solidarias. De otra parte, resulta incomprensible que el Estado deba terminar pagando pensiones solidarias a las personas de escasos recursos y que los aportes que éstos hacen sean gestionados y, por lo tanto reducidos, debido a las utilidades de las AFP. Es decir, el envejecimiento trae consigo un serio problema de pasivos contingentes para el Estado a causa de las provisiones que debe mantener para hacer frente a deudas futuras que -en este caso- no son imprevistas sino cada vez más fácil de predecir.

En el caso chileno, señala un artículo de Eugenio Rivera¹⁶, cabe discutir acerca de los costos de la administración de los fondos de pensiones que según algunos autores son parte decisiva en la incapacidad de obtener ingresos adecuados a los pensionados (por cierto, esto no incluye a quienes no han accedido al sistema de pensiones).

Una revisión de la información entregada por la Superintendencia de Pensiones deja en evidencia que las pensiones del sistema AFP son bajas pero, además, han venido cayendo de forma sostenida desde los años 2007 y 2008 hasta 2014.

“En efecto, en el mes de febrero de 2014, 525 mil personas, cifra equivalente a la mitad del total de pensionados del sistema AFP, recibieron una pensión promedio equivalente a 122 mil pesos bajo la modalidad de Retiro Programado. Por otra parte, 482 mil personas, equivalente al 46% del total de pensionados del sistema AFP, recibieron como pensión, el mismo mes indicado, en

¹⁵ Como consecuencia, los impuestos y todo el ciclo de producción, lo cual permite financiar mejor a los jubilados.

¹⁶ En el Mostrador del 24 de marzo de 2014.

promedio 237 mil pesos bajo la modalidad de Renta Vitalicia. En esta situación está incluido el 96% de los pensionados del sistema AFP (que incluye pensionados por vejez, pensión anticipada, viudez, invalidez, etc.). Esto ocurre 33 años después de la creación del sistema.

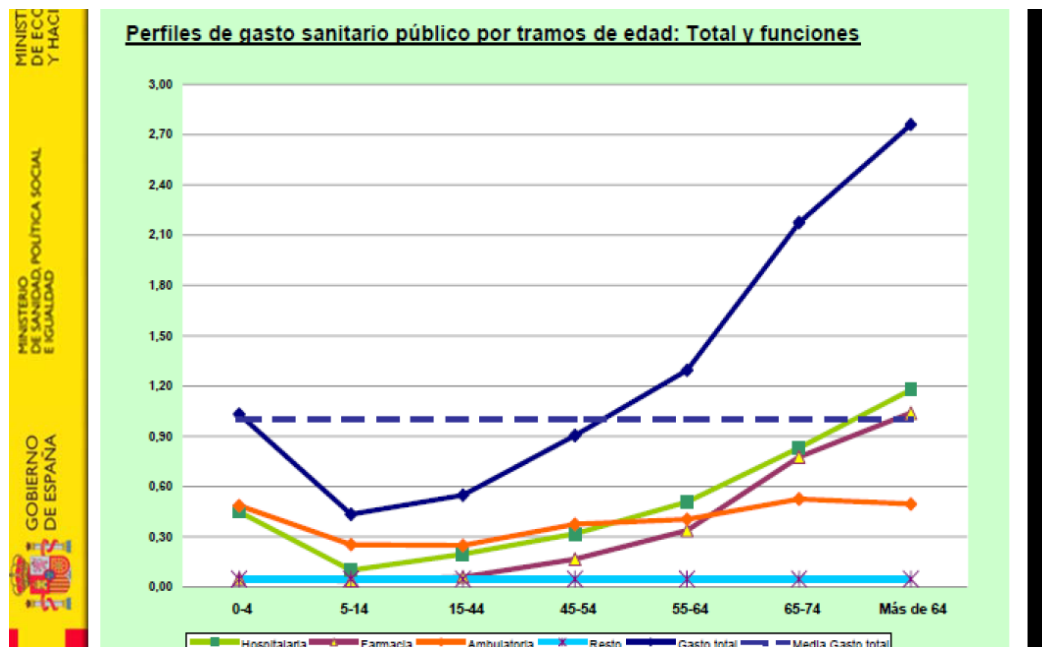
Es interesante, además, profundizar en la situación de los jubilados por vejez. Los 305 mil jubilados por vejez bajo la modalidad de Retiro Programado, cifra que corresponde al 72% del total de pensionados por vejez, recibieron en el mes de febrero un promedio de 115.427 pesos. Esta cifra representa apenas el 55% del salario mínimo. Por su parte, 121 mil pensionados por vejez bajo la modalidad de Renta Vitalicia, que corresponde al 28% de los jubilados por vejez, recibieron en el mismo mes indicado, una pensión promedio de 267 mil pesos, cifra que supera apenas el 22% el salario mínimo legal vigente”.

IV.- Adultos mayores y salud

En este contexto, se ha estimado que la demanda por atención de salud y cuidados sociales, aumentará a niveles tales que representaran una alta proporción del gasto en salud, amenazando la sustentabilidad financiera del sistema de salud como un todo. En Chile, de no mediar la implementación de políticas sociales orientadas a lograr una mayor solidaridad intergeneracional, podría asistirse a un colapsamiento del sistema en perjuicio de este grupo etario.

El problema que debe plantearse es ¿Quién se hará cargo del gasto en salud y cuidados sociales de los Adultos Mayores? ¿Es posible mantener un sistema de seguros privados de salud para los adultos mayores, en circunstancias que las Isapres los discriminan y expulsan una vez que llegan a cierta edad o les aumentan los valores de los planes a tal nivel que deben abandonar?. ¿Es justo que tengamos seguros privados obligatorios para sanos y jóvenes; y seguro público, también obligatorio, para enfermos y ancianos? ¿Cómo podemos garantizar la sustentabilidad financiera del sistema de salud y del de pensiones para los próximos 25 años?

Como es de esperar, los gastos promedios de los adultos mayores se incrementan con la edad y esto tiene repercusiones financieras ya que tanto el aumento de la esperanza de vida como la proporción de adultos mayores tenderá a aumentar los costos en salud como se desprende del gráfico siguiente:



En efecto, los gastos en salud de las personas de 65 y más años en España es 2,1 veces superior al promedio nacional por habitante.

En Chile, la misma tabla de factores indica lo siguiente:

Chile: Tabla de factores de gastos en salud por tramos de edad (promedio =1)

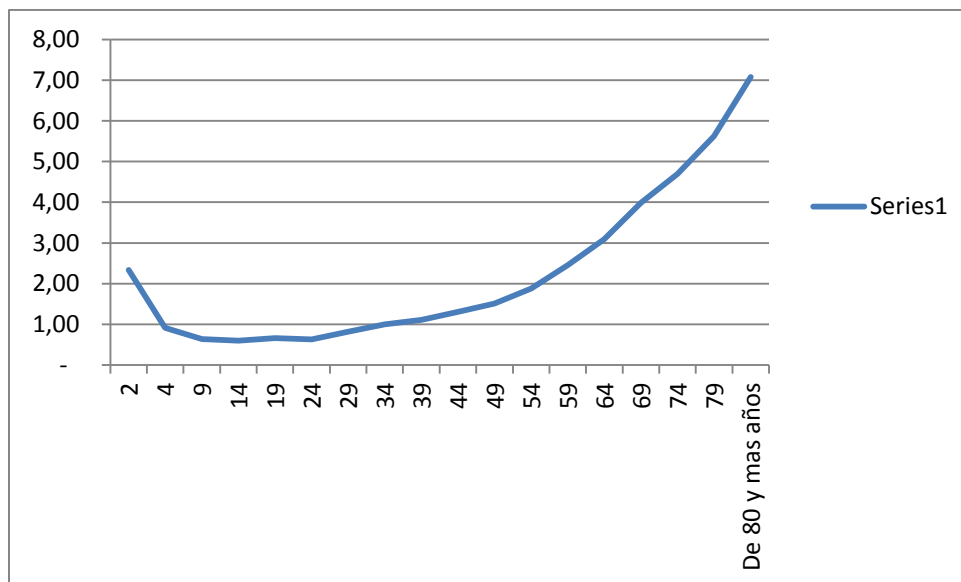
De 60 a 64 años	2,70
De 65 a 69 años	3,71
De 70 a 74 años	4,55

Fuente: C. Cid (2013)¹⁷

El gráfico siguiente con datos de Chile da cuenta que la forma de la curva es muy similar a la de España.

Gráfico. Distribución proporcional del gasto según tramo de edad

¹⁷ Cid C. Problemas y desafíos del seguro de salud en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. Temas de la Agenda Pública, Centro de Políticas Públicas PUC, Año 6/Nº49/diciembre 2011



Fuente: Cid (ibid)

Esto indica que incluso la proporción del gasto es aún mayor en el caso de Chile lo cual implica considerar los impactos al respecto. A partir del desglose por rubro que se hace para España es posible destacar la importancia para este grupo etario de los gastos en medicamentos, especialmente, como sucede en Chile, que la cobertura en este rubro es particularmente deficiente. En efecto, cuando se analiza la tasa de pobreza en los adultos mayores de EE. UU., ésta pasa de 8,5% a 16,5% si se incluyen o no los gastos de bolsillo en medicamentos que son particularmente sensibles en este grupo¹⁸. Por ello, se hizo una propuesta¹⁹ con varios criterios adicionales para el recálculo de la pobreza en Chile luego de los problemas metodológicos surgidos en 2012.

Por lo mismo, prácticamente el 90% de las personas mayores en Chile se encuentra en el sistema público de salud (Fonasa). El alto porcentaje de personas mayores en el sistema público de salud se explica, en parte, por los beneficios que las personas mayores tienen a partir del AUGE y por el alto costo que tiene el sistema privado de salud para las personas.

Las patologías degenerativas crónicas, afectan en mayor medida a los adultos y principalmente a los adultos mayores. En la vejez las manifestaciones y sintomatología de las enfermedades difieren bastante de las del resto de la población. Como sea, la prevalencia de enfermedades crónicas es muy significativo entre los AM como se observa en el cuadro siguiente.

¹⁸ Bruce D. Meyer and James X. Sullivan Identifying the Disadvantaged: Official Poverty, Consumption Poverty, and the New Supplemental Poverty Measure Journal of Economic Perspectives—Volume 26, Number 3—Summer 2012—Pages 111–136.

¹⁹ Rafael Urriola. SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL CÁLCULO DE LA POBREZA EN CHILE. Chile 21. 2013 en nuevaeconomiasustentable.blogspot.com

Personas Mayores por Enfermedades Crónicas Seleccionadas. EDPM 2009		
Enfermedades Crónicas	Número	Prevalencia en Personas Mayores
Hipertensión Arterial (HPA)	1.044.464	62,1
Diabetes	366.162	21,8
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	193.713	11,5
Embolia, Derrame, Ataque, Isquemia o Trombosis	64.880	3,8
Depresión	303.237	18,0
Cáncer	63.189	3,7
Osteoporosis	288.975	17,2
Artritis, Artrosis o Problemas en las Articulaciones	259.470	15,4

Todas estas patologías están incluidas en el AUGÉ lo cual es uno de los aspectos principales de protección social del sistema chileno.

V.- Adulto mayor y dependencia

“La discapacidad/dependencia es una relación compleja entre las condiciones de salud alteradas (trastornos o enfermedades); las funciones o estructuras corporales afectadas (deficiencias); las limitaciones para realizar diversas actividades y los factores del contexto tanto personal, como ambiental en el que se desenvuelve la persona (barreras o ayudas) (6). Desde esta definición, se comprende la gran variedad de parámetros de estudios y metodologías de medición para el fenómeno de dependencia” (SENAMA-INTA 2010).

El problema de los cuidados para AM se ha intensificado en los países de la OCDE a causa del continuo alargamiento de la esperanza de vida. Ciertamente, la solución mediante internamiento hospitalario para ciertos cuidados de los AM se ha transformado en un problema aun peor. La llamada asistencia a domicilio con ayuda de fondos públicos pareciera ser una solución más adecuada aunque, por sus costos, es de difícil implementación. Algunos trabajos de la OCDE²⁰ consideran que esta modalidad puede “reforzar el rol de los hogares en el proceso de gestión de tomar a cargo el cuidado de los AM” con reducción en las autovalencias. Esto vuelve a poner en el tapete si se trata de un derecho de los AM a recibir estos servicios o es, solamente, una posibilidad asistencial.

²⁰ Jens Lundsgaard. Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care. How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability? Health Working Papers OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 20. 2005.

Existen diversos programas que establecen subsidios en especies para las personas que realizan los cuidados de AM. Chile no podrá obviar esta situación ya que es una necesidad inmediata según lo cambios demográficos descritos. Entre ellos el Home-Care Grants en Irlanda; Direct Payments en Inglaterra; Service Vouchers en Finlandia; Personal Budgets en Holanda. Cabe discutir acerca de los objetivos de estos programas. Desde reconocer un trabajo familiar no remunerado hasta asegurar mejores cuidados para los AM. De cualquier modo en estos países la cobertura es modesta en relación a las coberturas de salud propiamente tal. Todos reconocen que es un tema de protección social²¹.

Hospitalización a domicilio (alcances conceptuales)

La hospitalización a domicilio se define como una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales. Es proporcionada por profesionales de salud especializados, durante un período de tiempo limitado, a pacientes que de otra manera habrían precisado atención en un hospital de agudos en cualquiera de sus áreas. Éste es uno de los aspectos diferenciales de la hospitalización a domicilio respecto a la asistencia domiciliar basada en la atención primaria, orientada hacia los cuidados a largo plazo, las medidas preventivas y la educación para la salud. La falta de definición de los objetivos de algunas unidades de hospitalización a domicilio ha motivado conflictos de competencias entre la atención primaria y los hospitales que han alcanzado la prensa especializada. De todas formas, esta distinción no deja de tener una naturaleza operativa y se produce por la separación drástica que se da en algunos sistemas sanitarios, entre la atención primaria y la atención especializada, circunscrita ésta en gran medida a las rígidas estructuras hospitalarias. La tendencia a estructuras asistenciales transversales cuyo eje sea el paciente debe suponer la superación del abismo existente entre estas entidades.

(Víctor José González Ramallo, Bernardo Valdivieso Martínez y Vicente Ruiz García. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc) 2002;118(17):659-64)

Cabe notar que “Los servicios de atención domiciliar sólo recientemente son tomados en cuenta en las cuentas que incluyen gastos de salud porque, a menudo en el caso de los Adultos mayores, se confunden con los cuidados no sanitarios por lo que, para establecer pagos sanitarios deben protocolizarse dichos servicios (OCDE Eva Orosz et David Morgan 2004)²²”.

La fórmula de un presupuesto personal -cash for care- entregado a los AM en tanto consumidores es una solución privatizadora de este aspecto de la protección social que es también explicitada en el artículo de la OCDE (ibid). Se argumenta que “incluso en los países nórdicos donde los servicios formales de ayuda domiciliar están muy desarrollados, una buena parte de ellos la realizan ayudantes informales no remunerados, miembros de la familia, amigos o alguien próximo”.

Existen múltiples mecanismos y tests para medir la dependencia que no se examinan en este trabajo. Solo se incluye el cuadro siguiente para efectos de ilustrar la dimensión de la dependencia: sus variables e indicadores.

²¹ VIRPI TIMONEN, JANET CONVERY and SUZANNE CAHILL. Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. 2006.

²² Eva Orosz et David Morgan OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 16: SHA-BASED NATIONAL HEALTH ACCOUNTS IN THIRTEEN OECD COUNTRIES: A COMPARATIVE ANALYSIS (2004)

En Chile existe una legislación para los establecimientos de larga estadía para adultos mayores que ha sido decretado por el Ministerio de Salud que establece que “No podrán ingresar a estos establecimientos personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente”. En este sentido, queda claro que no son establecimientos de salud sino para atender las deficiencias en atención de los AM.

De otra parte, el reglamento estipula que “La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de un profesional de la salud con título de una carrera de 8 semestres a lo menos y de preferencia con capacitación en gerontología, o de un profesional del área de ciencias sociales con formación de postítulo en gerontología”. En este sentido, es sabido que las especializaciones en el área de gerontología prácticamente no existen en el medio local por lo que esta propuesta no será cumplida en los establecimientos.

Lo importante es que el reglamento incorpora criterios para los AM en cuanto a autovalencia (desde autovalentes a postrados) a fin de definir las necesidades de profesionales en cada caso.

Matriz de Conceptualización para Dependencia	
Dimensiones	Dominios
Funciones y estructuras del cuerpo	– Función cognitiva – Percepción subjetiva – Función sensorial – Función de la voz y el habla – Función motriz – Función psíquica y emocional
Actividades de la persona	– Actividades Básicas de la Vida Diaria – Actividades Instrumentales de la Vida Diaria – Actividades avanzadas – Actividades de conexión con el medio ambiente
Participación individual en el contexto	– Integración Social
Participación individual en el contexto social	– Relación con Organizaciones
Contexto Físico Entornos	– Entorno – Vivienda
Contexto Social	– Relaciones – Apoyos Sociales – Discriminación
Contexto Económico	– Ingresos – Acumulación d Riqueza / Posesión de Bienes

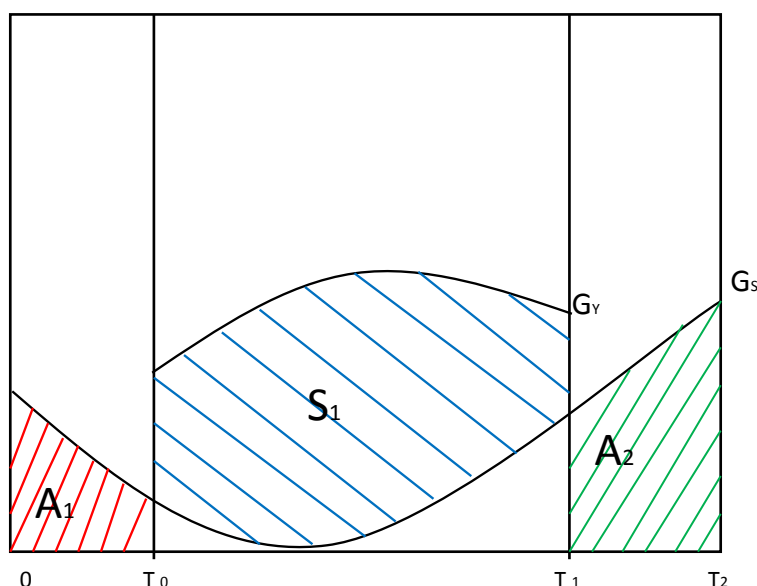
En Chile, un estudio con valores extraídos de una muestra de representación nacional estableció que existiría 1.609.530 personas de 60 o más años. Solo el 60% tienen trabajo y en cuanto a

ingresos el 80% de ellos percibía ingresos inferiores a 240.000 pesos de la época; mientras que 32% tenía ingreso por debajo de 85.000 pesos. Además, Según datos del Estudio Nacional de la Dependencia de las Personas Mayores, el 14,7% de la población estudiada vive sola, lo que corresponde a 247.797 personas. Si bien, solo el 14% de los AM consultados reconoce haber sufrido algún tipo de discriminación, la mitad de ello corresponde simplemente a ser AM (“por ser viejo”).

VI.- A modo de conclusión: Un modelo para evaluar los costos en la edad avanzada

En realidad, en las secciones anteriores referidas a salud y dependencia se ha demostrado que los AM tienden aumentar los gastos necesarios para su reproducción básica. La sección de las pensiones o jubilaciones, por el contrario, muestra que en la edad avanzada se reducen los ingresos generándose en consecuencia una situación de mayor vulnerabilidad para este grupo etario. El gráfico siguiente da cuenta de la forma que adquiere el ciclo de gastos e ingresos.

Ingresos y gastos en salud de los individuos a lo largo de la vida



Elaboración propia

Este gráfico²³ representa en forma estilizada y agregada:

²³ Un cuadro similar fue presentado por C. Pescetto. La experiencia de las cuentas nacionales de salud: Una visión general. En Curso FLACSO/OPS Economía y Salud. Santiago de Chile Noviembre 25 –diciembre 6. 2013.

i) el perfil de aportes de los individuos al (o a los) sistemas de protección social de la salud (representado por la curva G_y) que se desarrolla esencialmente en el período de edad que comprende el tramo $\|T_0 T_1\|$

ii) el gasto en salud (G_s) a través del ciclo de vida

iii) El área –masa- de ahorro de los individuos (S_1) depositados en las instituciones de Seguridad Social que pueden lograr durante su período de inserción laboral

iv) El área bajo la curva G_s entre los valores 0 y T_0 (A_1) y el área bajo la curva G_s entre los valores T_1 y T_2 (A_2) representan el gasto en salud de los menores de la edad T_0 y de los que se ubican entre las edades T_1 y T_2 , respectivamente.²⁴

v) En definitiva, la ecuación que establece un sistema de equilibrio es aquel en que $S_1 = A_1 + A_2$. Representa las transferencias inter-generacionales (Tr_{ij})²⁵ netas hacia la generación anterior (tramo G_1) o hacia los adultos mayores (tramo G_3) de aquellos que se encuentran en etapa “productiva”, es decir, tramo G_2 .

El modelo que se presenta para salud puede “complejizarse” ampliándolo a los gastos de los demás rubros en que incurren los AM (por ejemplo, cuidados de dependencia) pero, a la vez, incorporando la totalidad de los ingresos (no sólo los de cotizaciones para salud a la seguridad social).

También, el modelo anterior –de disponerse los datos- permite, asimismo definir los costos totales en salud como relación de la carga de enfermedad de un país lo cual con las técnicas actuales permitiría evaluar los aportes desde el presupuesto del Estado y proyectar las cotizaciones a la seguridad social las cuales tendrán que ver esencialmente con las variaciones de los ingresos por tramos (deciles o percentiles) de ingresos sea en relación a la productividad u otras políticas públicas.

En definitiva, en este documento se ha relatado la magnitud de un problema social de principal importancia: la situación de los AM que pronto serán cerca del 14% de la población²⁶ y se presenta una modelización para evaluar el impacto de los costos en las políticas sociales que podrían reducir el incremento de la vulnerabilidad en este grupo.

²⁴ Todas estas ecuaciones pueden ser modelizadas a través de las integrales respectivas.

²⁵ En que i puede ser diferenciado por tramos de edad y j toma los valores 1 ó 3 según el tramo de edad que recibe la transferencia.

²⁶ En esta última sección se ha explicitado un modelo -que el autor de este trabajo está desarrollando- que permitiría proyectar las necesidades financieras de este grupo etario para las políticas públicas.