
Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos*

Social Policy for Aging: The (non) Sense of the Arguments

Política social para o envelhecimento: o (contra) sentido dos argumentos

Fecha de recepción: 30-06-10 Fecha de aceptación: 16-10-10

Deisy Jeannette Arrubla-Sánchez**

* Ensayo presentado, sustentado y aprobado como examen de calificación en el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, mayo de 2010.

** Médico y cirujano general. Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Universidad del Rosario. Especialista en Evaluación financiera, económica y social de proyectos, Universidad de los Andes. Estudiante del Doctorado Interfacultades de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Miembro del grupo de investigación de estudios sociohistóricos de la salud y la protección social de la misma universidad. Correspondencia: Calle 38 sur, nº 34 B-48, Interior 5. Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: djarrubla@hotmail.com

Resumen

El envejecimiento demográfico ha sido asociado a la presión de los sistemas de pensión y salud y a la lucha intergeneracional por los recursos de la protección social, lo que a través del tiempo ha adquirido una noción fatalista. Estos argumentos fueron la base de la reforma neoliberal de la seguridad social en Colombia (1993), lo cual crea un espejismo que desvía la función de la política social como generadora de equidad y favorece el interés del capital financiero. El ensayo se desarrolla en cinco partes: la presencia de la noción fatalista del envejecimiento en la agenda política del Banco Mundial y de la ONU; la paradoja asociada a esta noción, dado que el envejecimiento es resultado de un proceso de democratización; las inequidades sociales de Colombia, expresadas en la disparidad de la esperanza de vida y la inseguridad económica de la población mayor de sesenta años; contradicciones de la reforma y un esbozo de los retos ante una política social universalista.

Palabras clave autor: política social, protección social, envejecimiento de la población, envejecimiento demográfico, reforma del Estado.

Palabras clave descriptor: política social, protección social, envejecimiento de la población, envejecimiento demográfico, reforma del Estado.

Abstract

Population aging has been associated with the pressure from social security systems and the inter-generational struggle for resources of social protection, acquiring a fatalistic notion over the time. These arguments were the basis of the neoliberal reform of social security in Colombia (1993), which still creates an illusion that dims the role of social policy and promotes the growth of financial capital. The article is presented in five parts: the presence of a fatalistic notion of aging on the political agenda of the World Bank and UN; the paradox associated with this notion, given that aging is a result of a process of democratization; social inequities of Colombia, expressed at the disparity in life expectancy and the economic insecurity of the population over 60 years; contradictions of reform and an outline of the challenges before a universal social policy.

Key words author: public policy, social security, demographic aging, aging health, aging, State reform.

Key word plus: public policy, social security, demographic aging, aging health, aging, State reform.

Resumo

O envelhecimento demográfico tem sido associado com a pressão os sistemas de pensão e saúde e à luta entre gerações pelos recursos da proteção social, e que ao longo do tempo tem adquirido uma conotação fatalista. Estes foram os argumentos que basearam a reforma neoliberal da seguridade social na Colômbia realizada em 1993, que cria uma ilusão que desvia a função da política social como geradora de igualdade e favorece o interesse do capital financeiro. O ensaio está dividido em cinco partes: a presença da noção fatalista do envelhecimento na agenda política do Banco Mundial e da ONU; o paradoxo associado a esta noção, visto que o envelhecimento é o resultado de um processo de democratização; as desigualdades sociais da Colômbia, expressadas pela disparidade da expectativa de vida e a precariedade econômica da população com mais de sessenta anos; contradições da reforma e um esboço dos desafios perante uma política social universalista.

Palavras chave autor: política social, proteção social, envelhecimento da população, envelhecimento demográfico, reforma do Estado.

Palavras chave descriptor: política social, proteção social, envelhecimento da população, envelhecimento demográfico, reforma do Estado.



Un buen viejo es un niño que ha vivido el tiempo suficiente para recordarlo

Jairo Aníbal Niño

Introducción

A finales del siglo xx el envejecimiento demográfico¹ fue asociado al declive económico de los sistemas de pensión y jubilación, al aumento de los gastos en salud, y a la lucha intergeneracional, de modo que se configuró —desde mi mirada— una noción fatalista del envejecimiento demográfico que fue utilizada en diferentes países para plantear las reformas de corte neoliberal. Sin embargo, estas reformas no han generado los resultados esperados y, por el contrario, en el llamado Tercer Mundo se observa un aumento de la pobreza estructural (1, 2). Si embargo, el envejecimiento demográfico puede ser visto desde otro correlato: la democratización de la supervivencia, resultado del éxito de la reproducción social, el cual se hace tangible con el aumento de la sobrevivencia de todas las edades y con la transformación de la estructura poblacional (3, 4); pero no es suficiente con vivir más, es necesario vivir la vejez con calidad de vida, aspecto que constituye el verdadero reto de una política social.

La reforma de la seguridad social colombiana en 1993 no fue ajena a los argumentos de la noción fatalista. En la actualidad existe una constante tensión entre los argumentos de la reforma y las inequidades de nuestro contexto. La finalidad aquí es identificar las contradicciones de las políticas sociales para la vejez en Colombia, formuladas a partir de la Constitución de 1991, las cuales se han anclado en la noción fatalista del envejecimiento demográfico y no reflejan

1 En la literatura se habla de forma indistinta de envejecimiento demográfico o envejecimiento poblacional.

una preocupación por la democratización del envejecimiento; esto es el sinsentido.

Para este fin el ensayo se ha dividido en cinco partes: 1) configuración de la noción fatalista del envejecimiento y su presencia en la agenda política internacional; 2) democratización del envejecimiento; 3) Colombia entre la democratización del envejecimiento y la inequidad social; 4) contradicciones de la respuesta política de Colombia al envejecimiento; 5) reflexiones finales.

El parámetro para presentar algunas cifras estadísticas es la edad de sesenta años, sin olvidar que el envejecimiento se configura según las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas de cada sociedad; y que la edad es una categoría biológica del paradigma dominante utilizada como determinante para el ingreso a la vejez, toda vez que la edad está en función de circunstancias sociales institucionales.

1. Configuración de la noción fatalista del envejecimiento y su presencia en la agenda política internacional

Para comprender por qué hablo de la configuración de una noción fatalista del envejecimiento demográfico es necesario reconocer la permanencia y la conexidad de dos relatos: las relaciones de la vejez con la sociedad, la familia y el Estado; y el concepto de envejecimiento demográfico.² Según Perez-Díaz (3, 4) en 1907 Westergaard describía el aumento del peso relativo de la vejez en el total de la población y la amenaza que este fenómeno generaba para el progreso de la época. En 1928 Sauvey, en

2 La mirada eurocentrista se da porque el envejecimiento demográfico se constituye como una cuestión política primero en Europa.

Francia, refería que el envejecimiento era causado por la llamada *dénatalité*; en 1946 este mismo autor consolidó el concepto de envejecimiento progresivo. La vejez como elemento conservador tiene raíces en la postura de los liberales franceses, quienes –según Mannheim (5)– son influenciados por el concepto biologista de los positivistas clásicos;³ para éstos, si se produce aumento de la vida del individuo, el *tempo del progreso* se lentifica.

Según Castel (6), en la Edad Media en Europa el anciano indigente era objeto de la protección proximal. Con el advenimiento de la modernidad y la sociedad de asalariados,⁴ el Estado-nación establece relaciones con la vejez que pasan por el asilamiento –hospicios– para los ancianos indigentes; la protección de los derechos de la propiedad privada (pérdida del estatus del viejo que no puede trabajar, ni tiene patrimonio); hasta la configuración en el siglo xx de una protección ligada al contrato de trabajo, la propiedad social.

En la década de los setenta se acuña el término de *envejecimiento demográfico o poblacional*; éste recoge la explicación del fenómeno generado por la transición demográfica⁵ y extrapola al colectivo una característica del individuo, la vejez. De esta forma se universaliza la concepción liberal de la vejez como sinónimo de lentificación

del progreso. En este período se argumenta que el aumento de la tasa de dependencia generada por el envejecimiento demográfico causa presión en los sistemas de pensión, mayores costos en salud, y lucha intergeneracional por los recursos de las políticas sociales (4).

Dos organizaciones han desempeñado un importante papel en la agenda política internacional sobre el tema, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Banco Mundial. El hilo conductor de la relación ONU y envejecimiento es la productividad. Esta organización pasó de considerar a la vejez como una carga (4)⁶ a valorarla junto con la mujer como un recurso indispensable para la actual solución del mercado laboral y el mercado de consumo (8, 9, 10). En este tránsito se ha promovido un modelo sanitario centrado en la enfermedad: preventivista (fomento de estilos de vida saludables) y curativo (11). La Asamblea de Madrid (9) tuvo un espíritu progresista al reconocer que la vejez no era sinónimo de decadencia, pero mantuvo una tensión constante entre la protección social universalista y los sistemas de ahorro individual, la medicalización, y la flexibilización del mercado laboral.

El Banco Mundial, al igual que la ONU, cuestionó la sostenibilidad económica y la legitimidad social de los sistemas públicos de pensión y jubilación existentes, a los cuales acusó de no incentivar el ahorro individual y de generar la lucha intergeneracional por los recursos; aumentar los gastos del presupuesto público; y desestimular el mercado laboral, el ahorro nacional y la formación de capital (12). También afirmó que los beneficios de los sistemas de seguridad determinan las decisiones de ahorro de los individuos;

3 Mannheim (5) refiere que para los positivistas, como Comte, el problema de las generaciones se circunscribe en el tiempo que tarda una generación en suceder a otra en la vida pública (p. 196).

4 En palabras de Castel (7), “una sociedad salarial no es solamente una sociedad donde la mayoría de la población activa es asalariada. Se trata sobre todo de una sociedad en la que la inmensa mayoría de la población accede a la ciudadanía social a partir del estatuto de trabajo” (p. 42).

5 La teoría de la transición demográfica se configura en el siglo xx, como una teoría generalista que describe los cambios que se producen en las estructuras poblacionales a partir de los cambios en la tasa de natalidad, mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.

6 En 1978 la ONU presenta el informe de consecuencias de la tendencia demográfica sobre la calidad de vida en los países desarrollados, donde se señala que la vejez es una carga para los sistemas de pensión y jubilación y para los sistemas de salud.



éstos deciden cuánto ahorrar y cuánto ocio (en el retiro) consumir. En esta vía propuso la privatización de los sistemas y el ahorro individual.

En síntesis, la noción fatalista del envejecimiento se ha cimentado en la tradición de desafiliar a quien se considera no productivo, en un modelo sanitario centrado en la enfermedad, en el principio del libre mercado como generador de eficiencia y en la elección racional de los individuos.

2. Democratización del envejecimiento

A principios del siglo xx sólo unos pocos tenían el privilegio de envejecer y morir de viejos (13).⁷ La transición demográfica ha sido explicada como la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la sobrevivencia de todas las edades, resultado de la mejora de las condiciones de vida de la población y de los adelantos tecnológicos, en especial los biomédicos (14). Gerschman, citando a Schmitter, señala que el proceso de democratización conlleva la garantía de los derechos humanos y el desarrollo social, económico y político de las comunidades. En este sentido, una democracia sólo es una verdadera democracia si se reproduce a sí misma (15). Es decir, el envejecimiento demográfico es resultado connatural del proceso de democratización de un país.

Resulta entonces paradójico aceptar que el envejecimiento tenga una connotación negativa sobre la sociedad; y más aún, naturalizar el hecho de la existencia de sociedades que no han alcanzado el éxito reproductivo, dado que no garantizan los derechos sociales,

7 Bourdelais (13) sostiene que Montaigne, a sus 47 años, en *Ensayos de la edad*, resaltaba como la muerte por vejez era para la época algo raro, singular y extraordinario.

económicos y culturales de la población. La relación del Estado y la vejez se establece a través de las políticas sociales, entendidas como un mediador entre el capital y las poblaciones (16), y la historia de la vejez de hoy es el resultado de la historia de las políticas sociales de un país (17).

En las tres últimas décadas la corriente crítica de la demografía y de la gerontología ha propuesto que todas las personas tienen el derecho a disfrutar del éxito reproductivo (3,4) y a vivir una vida digna. En la vejez esto se asocia a independencia y autonomía, y por ende a la tenencia de recursos, los cuales son el resultado de la trayectoria de vida de las personas y están determinados por la estructura política, económica y cultural de un país (17, 18), y no por la elección racional de los individuos (12). Tal es el caso de las relaciones de poder que las mujeres han tenido en la esfera pública/privada; las mujeres sobreviven a sus maridos, y con ello, se aproximan a una mayor pobreza (19, 20). Un enfoque individual (capitalización individual de aportes a pensión, por ejemplo) exige a la mujer recursos materiales que no son obtenidos en la trayectoria de vida, y así se acentúa la inequidad de género en la vejez (21).

3. Colombia: entre la democratización del envejecimiento y la inequidad social

Un primer aspecto por destacar lo reflejan los indicadores demográficos. Según la conciliación censal 1995-2005 y las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (22, 23), el porcentaje de participación de personas mayores de sesenta años en el total de la población colombiana (9,83%) dista

de países como Uruguay (18,4%), Cuba (17,3%) y Argentina (14,5%).⁸ En el último siglo Colombia tuvo cambios positivos en indicadores como la tasa de mortalidad y la esperanza de vida; sin embargo, éstos son dispares según la región. La media nacional de la esperanza de vida es de 74 años, pero la diferencia de este indicador entre Choco (67,8) y Bogotá (77,8) es de 10 años. El porcentaje de ciudadanos mayores de 60 años ha crecido en cifras absolutas y relativas, pero a ritmos diferentes. Las mujeres (10,5%) envejecen más que los hombres (9,14%). En las regiones los extremos son el de Choco (6,6%) y el de Boyacá (12,4%). Para el año 2020 se espera que el porcentaje de ciudadanos mayores de 60 años alcance el 12,64%, valor que aumentara al 23,12% en el 2050, pero las estimaciones por regiones y género conservan la disparidad en el crecimiento (22, 23).

El segundo aspecto de importancia es cómo se vive o sobrevive en la vejez.⁹ El estado de salud ha sido estudiado en Latinoamérica a partir del autoinforme de salud (24). Colombia no ha realizado en estricto sentido este tipo de análisis; sin embargo, los resultados de la encuesta de Profamilia del año 2005 (25) permiten hacer un primer acercamiento. Se observa allí que el 47% de la población entre 60 y 69 años califica su estado de salud como regular o malo, valor que aumenta en edades avanzadas. El 68% de los pensionados¹⁰ califican su estado de salud como bueno o excelente. El 15,7%

de las personas entre 60 y 69 años refieren haber estado enfermas en el último mes. Este porcentaje es inferior en el grupo de pensionados (14%). El estudio de discapacidad del DANE del año 2007 (26) muestra que el 6,3% de los colombianos vive en situación de discapacidad, prevalencia que es mayor en la población mayor de 60 años.¹¹ Existe disparidad por departamentos: la mayor prevalencia está en Casanare (13,5%), y la menor en la Guajira (5,8%). Entre 30% y 48% de los mayores de 60 años tienen una limitación permanente, y de éstos el 90% solicitan ayuda, pero no la reciben.

Retomando la encuesta de Profamilia de 2005, se observa que el 20% de la población mayor de 60 años no tiene ningún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); este valor es superior en el grupo de 80 años o más. El pago de los servicios por gasto de bolsillo (propio o familiar) es mayor que en otros grupos poblacionales (15,3 a 18,5%). Entre 30 y 44% de los mayores de 60 años manifiestan que la falta de dinero es una barrera de acceso al servicio de salud; esta cifra es inferior en los pensionados (5,3%). También se identifican otras barreras de acceso: geográfico (4 a 6%), del servicio –trámites, no atención, mala calidad, no resolución– (21 a 36%), y barreras en la relación médico-paciente (5 a 8%).

Con relación a la seguridad económica, en el año 2002, el 50% de la población mayor de 60 años se encontraba en situación individual de pobreza, cifra superior en las mujeres

8 Cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) proyectadas para el año 2010.

9 Existe carencia de información en el país. No obstante, a partir de fuentes secundarias se presenta un panorama del hoy, el cual es limitado y ahistórico, y deja la puerta abierta a la comprensión de la configuración del envejecimiento en Colombia.

10 Es necesario aclarar que los resultados no tienen comparaciones entre quienes son mayores de 60 años y son pensionados, por lo que es necesario tener presente que en el grupo de pensionados pueden estar personas con edades inferiores.

11 Si bien, el envejecimiento biológico conlleva un cambio en la estructura física de las personas, no tiene porque ser natural la pérdida de la capacidad física y psíquica asociada a la discapacidad. Las desigualdades sociales han sido asociadas a mayor envejecimiento de las personas y a discapacidad (27, 28).



(51%)¹² (29). En el año 2005 sólo el 15% de la población mayor de 60 años recibía una pensión (30). La baja cobertura del SGSS en pensiones conlleva que las personas mayores reingresen al mercado laboral en condiciones precarias (29); alrededor del 36% de la población mayor de 60 años participa en el mercado laboral, el cual se caracteriza por la informalidad (96%) (31).

En resumen, la vejez en Colombia se vive a la sombra de profundas inequidades. En una mano están los colectivos poblacionales que no logran acceder al desarrollo tecnológico del mundo moderno (14), y sus trayectorias de vida no les permiten acumular recursos para tener seguridad, aspectos que se traducen en menos tiempo de vida, en una vida indigna y de menor calidad; y en la otra, pero en total conexión, los ciudadanos que sufren de discriminación por edad, al chocar en el día a día contra estructuras dominantes como el régimen de seguridad social y el mercado laboral, entre otras (32). Estas inequidades son el fruto de las decisiones en política social del país, y se convierten en la antítesis de la democratización del envejecimiento.

4. Contradicciones de la respuesta política de Colombia al envejecimiento

Las contradicciones de la respuesta política del país al envejecimiento durante las dos últimas décadas pueden ser percibidas en la Constitución de 1991 y en la reforma de la seguridad social de 1993. La Constitución (33) incorporó los derechos sociales, económicos y culturales del ciudadano colombiano. La protección social para la población mayor quedó diluida en el sistema de segu-

12 El nivel de pobreza del hogar no es necesariamente el nivel de pobreza del individuo; por eso es importante está medida.

ridad social, en el apoyo de la sociedad y la familia, y en la responsabilidad del Estado de garantizar la alimentación sólo para las personas de tercera edad indigentes. En estos enunciados se puede observar que la Constitución se contradice, dado que liga la obligación del Estado a garantizar los derechos sociales a la condición de indigencia, desconociendo la ciudadanía de las personas mayores y perpetuando una protección que se ha movido entre los lazos de la proximidad familiar y la asistencia-caridad (34).

La reforma de la seguridad social (35) se sustentó en la noción fatalista del envejecimiento demográfico: la presión de los sistemas de pensión y jubilación y los gastos del sistema de salud. La individualización del riesgo y el seguro privado son el eje transversal de la reforma.

Las críticas centrales de la reforma en salud, la cual tiene como marco teórico el pluralismo estructurado (36), son: la renuncia a la universalidad y a la equidad, por cuanto ancla el derecho a la salud a la capacidad de pago de las personas (37, 38, 39), y el subordinar la equidad al beneficio del capital financiero (40, 41).

Dos dispositivos desempeñan un papel central en la reforma: la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)¹³ y el Plan Obligatorio de Salud (POS).¹⁴ En teoría estos dispositivos comparten dos características esenciales: su construcción se realiza a través de predicciones actuariales cuya base es la estructura

13 Hace referencia al valor por cada afiliado que el SGSS reconoce a las Empresas Promotoras de Salud para garantizar la prestación del POS y del POS-S (Art. 182 de la Ley 100 de 1993).

14 El Plan Obligatorio de Salud contempla las intervenciones que permiten "... la promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definen..." (Art. 162 de la Ley 100 de 1993).

poblacional, el perfil epidemiológico y los costos de atención; son diferentes según se trate del régimen contributivo o subsidiado. De forma general se puede decir que es en la forma cómo se gerencian estos dispositivos que el mercado de la salud se hace eficiente.¹⁵ La vejez es vista como riesgo y adquiere un significado financiero que se traduce en el valor diferencial de la UPC,¹⁶ entrando en el debate de costo *versus* utilidad financiera de los agentes. Con fundamento en la noción de riesgo, la solución que la ley propone a los problemas de la vejez es la intervención de la enfermedad a través del POS, lo cual engendra, en sí mismo, tres situaciones:

La ley desconoce que la vejez es una construcción social, económica y política, y que como tal, el proceso de desgaste¹⁷ de la salud de las personas es determinado por el proceso de reproducción social. En palabras de Breilh (44), “la rigidez de la noción de riesgo no permite distinguir que en la generación de condiciones de la salud algunos procesos operan de modo estructural o permanente, otros lo hacen de modo diario aunque no permanente, y otros, son de carácter eventual” (p. 205). De esta manera, la noción de riesgo de la vejez oculta las inequidades de las condiciones de vida tras la cortina de la recuperación de la enfermedad.

En el plano de la atención, la promesa de la universalidad, la equidad y la calidad entra en conflicto con la gestión de la UPC, y esto se traduce en las barreras de acceso presentadas en este ensayo. Esto ha sido descrito

por Abadía y colaboradores (45) como la racionalización de la gestión y los servicios en el mercado de la salud.¹⁸

Se argumenta el aumento en los costos de los sistemas de salud con la atención de la vejez; sin embargo, no se analiza que la prevalencia de morbilidad es determinada por las trayectorias de vida de la personas, y en esa medida una respuesta medicalizada tiende a aumentar los costos de los sistemas de salud. De otra parte, hay cuestionamientos que provienen del mismo paradigma positivista sobre el poder predictivo de los estudios utilizados para proyectar los incrementos del gasto en los presupuestos de salud; éstos refieren que la edad es una variable espuria y que el aumento de los gastos en salud se relaciona con el tiempo de la muerte, con la morbilidad y con la práctica médica (46, 47, 48). Colombia carece de estudios sobre el tema, y si bien el gasto público en salud ha aumentado, pasando del 6,2 al 8,5% del PIB entre 1993 y 2002, la causa no parece ser el envejecimiento demográfico. Según Giraldo (40), los recursos en salud no llegan a donde deben llegar porque se quedan atrapados en la intermediación financiera.

En pensiones, la Ley 100 de 1993 crea dos regímenes: prima media con reparto simple, y el régimen de ahorro individual. Este último se acompaña de una nueva figura administrativa, la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP). El sistema de ahorro individual es una de las propuestas más contradictorias que acompañan la noción fatalista del envejecimiento demográfico. La principal crítica es que el aseguramiento privado, desdibuja el rol del Estado social y del seguro obligatorio garantizado por derecho (6), rompe el pacto de solidaridad

15 La reforma ha sido considerada por diferentes autores como la primer experiencia a gran escala de la atención gerenciada en países en desarrollo (2, 42).

16 La UPC tiene un valor diferente en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado. En el régimen contributivo la UPC tiene un valor diferencial por edad.

17 Laurell y Noriega lo definen como la pérdida de las capacidades efectivas y/o potenciales biopsíquicas (43).

18 Esta categoría tiene dos componentes: de una parte, la racionalidad administrativa de la UPC y las diferentes barreras de acceso, y de otra, el reflejo de esa racionalidad en la relación con los trabajadores de la salud.



intergeneracional, y posibilita la jubilación anticipada. Ésta es una de las principales causas de la inversión de la tasa de dependencia en algunos países desarrollados (49, 50). A lo anterior se suman los cuestionamientos a las promesas que hizo la reforma: ampliar la cobertura, aumentar la eficiencia, y generar beneficios de naturaleza macroeconómica (40, 51).

Rodríguez (30) refiere que la cobertura de afiliación del régimen contributivo no ha cambiado, y por el contrario se manejan cifras similares al momento de la reforma. Asimismo, el régimen subsidiado en pensiones enfrenta diferentes problemáticas para aumentar su cobertura, con lo cual tiende al fracaso (34). Lo anterior se traduce en la inseguridad económica de la vejez de hoy y de mañana. La eficiencia del sistema privado no tiene evidencias. Se estima que un tercio de los aportes de pensión son costos administrativos (40), sin olvidar que el pago de estos costos es realizado por anticipado y que es el cotizante quien asume el riesgo financiero (34). Tampoco se han percibido los beneficios de naturaleza macroeconómica: no hay evidencia del crecimiento del mercado de capital; por el contrario, el portafolio de inversiones de las AFP se concentra en títulos de deuda pública; se observa una caída del ahorro nacional¹⁹ y un aumento en el costo fiscal: las transferencias del Presupuesto General de la Nación pasaron del 4% del total de gastos en 1992 al 17,2% en 2005 (40).

Surge una pregunta obligada: ¿cuál es el beneficio de la reforma? Giraldo (40) afirma que “Tales sistemas en términos macroeconómicos son superavitarios (generan reservas financieras para pensiones o seguros de salud [...] pero, el superávit no ingresa a las cuentas del Estado, es decir se queda en el sector finan-

ciero privado” (p. 237). Si bien responder la pregunta implicaría un ejercicio académico de mayor profundización que el realizado en este ensayo, hay elementos para cuestionar el beneficio de la reforma en la calidad de vida de la población mayor; por el contrario, se puede afirmar que los recursos financieros de salud y pensión se han desplazado hacia el sector privado.

Los servicios sociales complementarios, establecido por la Ley 100 de 1993 hacen referencia al “programa de auxilios para los ancianos indigentes...”.²⁰ Dos críticas dan el contexto del análisis. La Ley 100 establece una política asistencialista, pese a ser una ley que promueve el aseguramiento (34), y los programas actúan sobre la pobreza manifiesta, y no sobre la exclusión social. La ley no fijó el presupuesto de los programas, lo cual permite que los recursos se asignen a discreción del gobernante de turno (fomentando el clientelismo), y los programas tienen un carácter de asistencia-caridad, dado que los beneficios son otorgados vía demostración de pobreza,²¹ y no a través de la ciudadanía.

En la actualidad están vigentes tres programas²² que tienen como telón de fondo el Conpes de Envejecimiento y Vejez de 1995 (52), el cual se formuló dentro de los lineamientos del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) de lucha contra la pobreza. Estos programas se han caracterizado por considerar a la pobreza como un fenómeno coyuntural, frente al cual se busca remedio en la focalización de recursos para los más pobres. Citando a

19 Girado (40) refiere que el ahorro nacional era el 22,9% del PIB en 1994, y pasó al 13,8% en 2002.

20 Libro cuarto. Servicios complementarios. Art. 257 la Ley 100 de 1993.

21 El instrumento que se utiliza para establecer la población objeto es el Sisben, el cual ha recibido diferentes críticas dado que no es un instrumento para identificar pobreza (30).

22 En la actualidad sólo tres programas están activos: el Programa de Protección del Adulto Mayor, el Programa de Atención Complementaria al Adulto Mayor, y el Programa Volver.

Vilas, más que combatir la pobreza, el propósito de estos programas es administrarla (53). El Conpes tiene como objetivos mejorar las condiciones de vida de toda la población con el fin de vivir un proceso de vida saludable; brindar a los ancianos un bienestar, asegurándoles salud, seguridad social, vivienda digna, asistencia integrada, con énfasis en la población más pobre; desarrollar una cultura sobre envejecimiento y vejez; y mejorar la capacidad de respuesta institucional para los ancianos.

Se puede identificar que el Conpes de 1995 reconoce la magnitud de la desprotección de los ciudadanos de edad, pero las acciones que propone no responden a las necesidades identificadas. Éstas son fragmentadas y de responsabilidad no vinculante, que se diluye entre los poderes nacional, departamental y local, y entre el Estado, la familia y el propio ciudadano de edad; las coberturas y los subsidios establecidos son paupérrimos, cubren sólo el 6,4% de la población potencial (total de mayores de 60 años por debajo de la línea pobreza) y los montos de los subsidios no representan el 10,2% del salario mínimo (54); se prioriza la institucionalización de los ciudadanos y se afianza un imaginario de vejez empobrecida y dependiente.

5. Reflexiones finales

Consentir de facto los argumentos de la noción fatalista del envejecimiento demográfico y repetir los argumentos que relacionan al envejecimiento con el declive económico de las sociedades, es lo que Bourdelais (13) ha llamado “tomar prestado el pensamiento de otro (p. 8)”.²³ Diferente evidencia empírica permite cuestionar estos argumentos. Alfagame Chao (14), citando a Castells y Pérez Ortiz, refiere que no es claro que el aumento en el gasto de protección de la

vejez se asocie al cambio demográfico; ante variables como las decisiones políticas los factores demográficos pasan a un segundo plano; McDaniel (55) dice que los estudios demográficos transversales tienen poco poder predictivo, pero son la base de las proyecciones económicas de los sistemas de seguridad social. Asimismo, cuestiona el concepto de tasa de dependencia económica, dado que éste no contempla la relación de las personas de edad con el trabajo doméstico;²⁴ Dormont y Huber (47) sostienen que la vejez es una variable espuria en los estudios econométricos de costos en salud y vejez; Guillemard (50), por su parte, muestra que los cambios instaurados con el ahorro individual generaron la jubilación temprana en Europa y que las políticas que individualizan el riesgo se convierten en estructuras formales dominantes que crean discriminación por edad (32, 49, 50); y Robine (56) expone que las políticas que individualizan el riesgo fomentan el imaginario de una vejez que usufructúa la redistribución de recursos y, con ello, promueve el conflicto intergeneracional.

También existe evidencia de los resultados contradictorios de las reformas neoliberales de los sistemas de seguridad social en América Latina (16); e incluso Mesa-Lago (57) afirma que en algunos países de la región, como Colombia, las coberturas en pensiones han bajado y las personas mayores de 65 años son hoy más pobres. En el caso colombiano diferentes estudios demuestran que las promesas de la reforma del SGSS, a la que sirvió de bastón la noción del fatalismo del envejecimiento demográfico, no han sido alcanzadas y el beneficiado ha sido el capital financiero (30, 34, 39, 40, 42, 51). De otra parte, las políticas del Banco Mundial y del FMI de lucha contra la pobreza (antes) y en

²⁴ Es de anotar que en contextos como el colombiano, la tasa de dependencia desconoce que hay un porcentaje de personas mayores que son económicamente activas.

²³ Traducción libre del autor.



esta vía de la nueva protección social (de ahora), perpetúan la exclusión social, dado que abordan la pobreza como un fenómeno terminal, y no estructural, y fomentan el clientelismo; los derechos de protección están ligados a la demostración de pobreza y, en la vejez, a la edad, y ambos niegan la condición de ciudadanía de las personas.

Con anterioridad se mencionó que el reto de una política social debería ser la búsqueda de la democratización del envejecimiento y, de esta manera, la corrección de las inequidades sociales. Lo anterior hace necesario plantear políticas cuyo principio sea el universalismo (37, 39, 58). Siguiendo a Lautier (16), la complejidad y la historia de Latinoamérica hacen necesario separar los derechos del ciudadano, derechos sociales, de los derechos del trabajador, formal o informal. Los ciudadanos mayores ya han contribuido a la formación del país, y en esa medida se les debería reconocer el derecho a la subvención por un trabajo ya realizado, contabilizado o no.

Garantizar la seguridad económica para vivir una vejez autónoma e independiente es indispensable para el ejercicio de una ciudadanía plena, lo cual dialoga con la promoción de políticas para todas las edades. Esto último invita a retar el imaginario de políticas fragmentadas, bien sea por un concepto de sectorialidad, o bien por uno de focalización de recursos para los más pobres, y también a promover nuevas reflexiones en torno a la forma como se han formulado las políticas de ciclo de vida (59).²⁵ También es necesario identificar las barreras por edad que imposibilitan la cotidianidad de la heterogenia

²⁵ La desinstitucionalización del ciclo de vida es una propuesta de la gerontología crítica; sin embargo, es necesario reconocer que en Colombia no se ha institucionalizado el ciclo de vida, en los términos de Guillemard (educación-trabajo-retiro), y por el contrario, el país convive con trabajo infantil, desempleo y trabajo por necesidad en la vejez (59).

de edades (60, 61) y, retomando a Kohli (62), plantear la reflexión sobre el ejercicio político de las personas mayores y promover un sistema de representaciones políticas que posibilite la convivencia de diferentes generaciones, buscando así fomentar la solidaridad intergeneracional.

Finalmente, la institucionalización y la medicalización de la vejez, en términos de Foucault, acompañadas de la creación de hospicios para los ancianos indigentes (antaño), hasta el desarrollo hoy de una gerencia geriátrica, han contribuido a la construcción de un imaginario de vejez como enfermedad, a la imposición de rótulos asociados a la dependencia, y a mayores costos en salud. Es por ello que urge una reflexión colectiva sobre la noción de salud que deseamos, reconociendo que la vejez no es un proceso aislado o terminal de la trayectoria de vida de las personas, y que, por el contrario, como ya lo he anotado con anterioridad, es una construcción social, económica, política y cultural.

Referencias bibliográficas

1. Gershman S. Las reformas del estado de las políticas sociales y de salud: un balance del milenio. *Cad. Saúde Pública*. 1999 abri-jun; 15 (2): 293-302.
2. Ugalde A, Homedes N. La transformación de las estructuras globales de poder y su impacto en la salud. *Palimpsesto*. 2007/2008 May; (1): 15-24.
3. Pérez Díaz J. La demografía y el envejecimiento de las poblaciones. En: Staab AS, Hodges LC, editores. *Enfermería gerontológica*. México D.F: McGraw Hill; 1998. p 451-64.
4. Pérez Díaz J. Demografía y envejecimiento. *Lecciones de Gerontología I (serie en internet)*. 2006. Madrid: Portal Mayores. Informes Portal Mayores No. 51; 2006 (acceso: 18 de mayo de 2010). Consultado en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-demografia-01>.
5. Mannheim K. El problema de las generaciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 1993 abri-jun; 62: 62-93.

6. Castel R. Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 1997.
7. Castel R. La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?. Buenos Aires: Manantial; 2004.
8. Las Naciones Unidas y las personas de edad (sede web). Nueva York: ONU; 1991 (acceso: 4 de marzo de 2010). Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Consultado en: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/olderpersons/princ.html>
9. Portal Mayores (sede web). Nueva York: ONU; 2002 (acceso: 4 de marzo de 2010). Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento, Madrid. Resolución de la Asamblea General 197/9. Consultado en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-01.pdf>
10. Organización de las Naciones Unidas. Estudio económico y social 2007. El desarrollo en un mundo que envejece. Nueva York: ONU; 2007.
11. Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento. Resolución de la Asamblea General 37/51. Nueva York: ONU; 1982.
12. World Bank. Averting the Old Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth. Informe de Investigación. Washington: World Bank. Oxford University Press; 1993.
13. Bourdelais P. L' Age de la vieillesse. Paris: Odile Jacob; 1993.
14. Alfagame Chao A. Desigualdades mundiales ante el proceso de envejecimiento demográfico. *Recerca, Revista de pensament i anàlisi*. 2005 (acceso: 4 de marzo de 2010); 5 (pp. 41-62). Consultado en: <http://www.raco.cat/index.php/RecercaPensamentAnalisi/article/viewFile/106728/153105>
15. Gerschman S. A Democracia inconclusa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
16. Lautier B. Las condiciones políticas para la universalización de la protección social en América Latina. En: Le Bonniec Y, Rodríguez O, editores. Crecimiento equidad y ciudadanía. Bogotá: Universidad Nacional; 2006. P. 657-90.
17. Dubet F. Review: Le declin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse by Anne-Marie Guillemard. *Reveu Français de sociologie*. 1987 abr-jun; 28(2): 346-8.
18. Bourdeau J, Lionel K, Madeleine G. Surviving Old Age in Agein World Old People in France 1820-1940. *Population (English Edition-2002)*. 2007; 62(2): 183-211.
19. Arber S, Ginn J. Opciones y limitaciones de las mujeres casadas ante la jubilación. En: Arber S, Ginn J, editores. Relación entre género y envejecimiento. Buckingham: Open University Press; 1996. p. 105-40.
20. Bernard M, Itzin C, Phillipson C, Skucha J. Trabajo y jubilación marcados por el género. En: Arber S, Ginn J, editores. Relación entre género y envejecimiento. Buckingham: Open University Press; 1996. p. 89-104.
21. Wilson G. "Yo soy los ojos y ellas los brazos": cambios en los roles de género en la vejez avanzada. En: Arber S, Ginn J, editores. Relación entre género y envejecimiento. Buckingham: Open University Press; 1996. p 141-61.
22. Departamento Administrativo de Encuestas Nacionales (sede web). Bogotá: DANE; 2005 (acceso: 14 de febrero de 2010). Series de población 1985-2020. Consultado en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (sede web). Bogotá: DANE; 2005 (acceso: 12 de febrero de 2010). Proyecciones de población. Consultado en : http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/
24. Wong R, Peláez M, Palloni A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(5/6): 323-31.
25. Profamilia (sede web). Bogotá: Profamilia; 2005 (acceso: 12 de febrero de 2010). Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva. Consultado en: <http://www.profamilia.org.co/encuesta/s/02consulta/14sistema/01afiliacion.html>
26. Departamento Administrativo de Encuestas Nacionales (sede web). Bogotá: DANE; 2007 (acceso: 14 de febrero de 2010). Discapacidad. Consultado en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=120.
27. Alfagame Chao, Alfredo. Algunas desigualdades en el envejecer de los ancianos españoles de los años noventa. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2000; 92: 93-112.
28. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of Acces to Health Care for Older Adults in Four Major Latin America Cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17 (5/6): 394-409.
29. Huenchuan S, Guzman JM. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe 2006 Nov 14-15; Santiago; Chile. CEPALC/UNFPA
30. Rodríguez O. Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia: asistencia, identificación y legitimidad. En: Le Bonniec Y, Rodríguez O, editores. Crecimiento equidad y



- ciudadanía. Bogotá: Universidad Nacional; 2006. p. 197-272.
31. Ministerio de la Protección Social (sede web). Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2007 (acceso: 2 de agosto de 2008). Situación de las personas adultas mayores. Promoción Social. Consultado en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNews-No16412DocumentNo4751.PDF>.
 32. Walker A. Public Policy and the Construction of Old in Europe. *The Gerontologist*. 2000; 40 (3): 304-8.
 33. Colombia. Constitución Política. Bogotá: Congreso de la República; 1991.
 34. Arévalo D. La protección al adulto mayor: entre la dádiva y el derecho. En: Le Bonniec Y, Rodríguez O, editores. Crecimiento equidad y ciudadanía. Bogotá: Universidad Nacional; 2006. p. 284-320.
 35. Colombia. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 1993.
 36. Londoño JL, Frenk J. Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. *Health Policy*. 1997 feb; 41: 1-36.
 37. Almeida C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2005 dic; 4(9): 6-59.
 38. Gualtero ML, Orjuela A, González LM, Betancourt JA, Pardo H, Angulo E. La tutela y el derecho a la salud. Período 2006-2008. Bogotá, D.C.: Defensoría del Pueblo; 2009.
 39. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002 jul-ago; 18 (4): 991-1001.
 40. Giraldo C. ¿Protección o desprotección social? Bogotá, D.C: Ediciones Desde Abajo; 2007.
 41. Homedes N, Antonio U. Why Neoliberal Reforms Have Failed in Latin America? *Health Policy*. 2005; 71:83-96.
 42. Abadía CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A Theoretical and Methodological Tool to Assess Managed-Care Health Care System. *Soc Sc Med*. 2009; 68 (6): 1153-60.
 43. Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. En: Ferreira J, Rodríguez MI, Laurell AC, Quevedo E, Hernández M, Lorenzano C, et al. Lo biológico y lo social—su articulación en la formación del personal de salud—. Washintong, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 1-12.
 44. Breilh J. De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica. En: Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p. 197-218.
 45. Abadía CE, Cortés G, Fino DE, García CM, Oviedo DG, Pinilla MY, et al. Perspectivas inter-situadas sobre el capitalismo en la salud: desde Colombia y sobre Colombia. *Palimpsestos*. 2007/2008 May; (1):177-90.
 46. Felder S, Werblow A. Do the Ages Profiles of Health Care Expenditure Really Steepening over the Time? New Evidence from Swiss Cantons. *Dresden Discussion Paper Series in Economics (serie en internet)*. 2008 (acceso: 2 de marzo de 2010); 5(08): (18 páginas). Consultado en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1135673
 47. Dormont B, Huber H. Causes of Health Expenditure Growth: The Predominance of Changes in Medical Practices over Population Ageing. *Cahiers de recherche Eurisco (serie en internet)*. 2006 (acceso: 2 de marzo de 2010); 3: (1-39). Disponible en: http://www.dauphine.fr/eurisco/eur_cr.html
 48. Stearns SC, Norton E. Time to Include Time to Death? The Future of Health Care Expenditure Predictions. *Triangle Health Economics. Working Paper Series (serie en internet)*. 2002 (acceso: 2 de marzo de 2010); 4: (1-27). Consultado en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=305961
 49. Guillemard AM, Rein M. Comparative Patterns of Retirement: Recent Trends in Developed Societies. *Annual Review of Sociology*. 1993 Agos; 19: 469-503.
 50. Guillemard AM. L'Europe continentale face a la retraite anticipée: Barrieres institutionnelles et innovations en matière de réforme. *Revue Française de sociologie*. 2002; 43(2): 333-68.
 51. Mesa-Lago C. ¿Públicos o privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas. *Nueva Sociedad (serie en internet)*. 2004 (acceso: 14 de marzo de 2010). Consultado en: http://www.nuso.org/upload/anexos/actualidad_34.pdf
 52. Departamento Nacional de Planeación. Envejecimiento y vejez. Documento Conpes 2793. Bogotá, D.C: Vicepresidencia de la República; 1995.
 53. Ahumada C. Política social y reforma de salud en Colombia (serie internet). 1998 (acceso: 28 de junio de 2010); 7: (9-35). Consultado en: <http://www.javeriana.edu.co/politicas/publicaciones/documents/1.POLITICASOCIALYREFORMA.pdf>
 54. Colombia, Contraloría. Inclusión y exclusión social. En: *Contraloría. Colombia: Educación, salud y asistencia social. Mercado y política social*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional; 2008. p. 120-37.

55. McDaniel S. Toward Disentangling Policy Implications of Economic and Demographic Changes in Canada's Aging Population. *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*. 2003; 29 (4): 491-510.
56. Robine J-M. Consecuencias de la revolución demográfica y del envejecimiento de la sociedad: reestructuración de edades y modificación de las relaciones entre generaciones. *Sociologie et société*. 1995; 28(2): 9-26.
57. Mesa Lago C. Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas. Santiago: Cepal; 2008.
58. Hernández D. La universalidad como fundamento para el diseño de la política social. En: Le Bonniec Y, Rodríguez O, editores. *Crecimiento equidad y ciudadanía*. Bogotá: Universidad Nacional; 2006. p. 723-58.
59. Guillemard AM. Un cours de vie plus flexible, de nouveaux profils de risques, enjeux pour la protection sociale. En: Guillemard AM, editor. *Où va la protection sociales?* París: Presses Universitaires de France; 2008. p. 25-48.
60. Riley M. Age Integration: Conceptual and Historical Background. *The Gerontologist*. 2000; 40 (3): 266-70.
61. Uhlenberg P. Essays on Age Integration. *The Gerontologist*. 2000; 40 (3): 261-308.
62. Kohli M. Age Integration through Interest Mediation: Political Parties and Unions. *The Gerontologist*. 2000; 40 (3): 279-81.

