

198

2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACCIONES SOCIALES GERONTOLOGICAS UN ENFOQUE INTEGRAL ALTERNATIVO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA MARINA AURORA RODRIGUEZ ARIAS

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
ASESORAS REVISORAS: LIC. CONCEPCION CONDE ALVAREZ
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO



MEXICO, D. F.

JUNIO 1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS

COMPLETA

Con el más profundo agradecimiento, respeto y admiración dedico este trabajo con todo mi corazón a la memoria de un gran hombre que cimentó las bases más firmes y sólidas de mi vida por lograr siempre con ánimo y esperanza la meta que tanto se sueña por alcanzar.

Para ti:

León Arias Romero

de tu nieta que te ama y jamás te olvida.

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada doy gracias a Dios el haberme permitido realizar uno de mis más grandes anhelos al ver consolidado este trabajo de investigación que conllevó a un arduo pero satisfactorio esfuerzo con el último fin de ver tan sólo una mirada tierna y una sonrisa alegre en la cara de un sinnúmero de ancianos que tanto hoy como mañana podrán gozar de una vida más digna y plena en su constante deseo de existir.

Agradezco inmensamente el apoyo que mi familia me prestó durante toda mi carrera, pues ni el más valioso oro del mundo sería suficiente para pagarles lo mucho que hicieron por mí.

Gracias papá por tu incansable sacrificio, por proporcionarme siempre un techo, una comida y un estudio que me dió la oportunidad de ser alguien útil en la vida.

Gracias mamá por tu entusiasmo e insistencia para que pudiera concluir lo que inicialmente me había propuesto.

Agradezco inmensamente el apoyo incondicional que mis dos hermanos me brindaron. Gracias Lety por depositar en mí la confianza y darme siempre un anhelo de esperanza y a tí Rodolfo por ser mi sostén en los tiempos difíciles.

Quiero expresar infinitamente mi agradecimiento a la mujer que con una fe incesante y un espíritu de lucha siempre ha estado a mi lado apoyando mis aciertos y corrigiendo todos mis errores. Gracias abuelita Aurora, porque sin tí, este trabajo no hubiera sido posible.

Agradezco a todos mis demás familiares, compañeros de escuela y amigos que aún cuando sus nombres no aparezcan aquí escritos porque la lista sería interminable, los llevo grabados en mi corazón.

Me siento muy privilegiada de contar con el apoyo de mi gran familia espiritual pues sin ustedes no hubiera podido realizar esta investigación como tal. A todos y cada uno de los miembros de la Iglesia Internacional de Cristo en México, mil gracias.

Quiero agradecer especialmente a Esther Briones por sembrar en mí una semilla que hoy ha dado un gran fruto de gratitud a nuestro Dios. Gracias por todo amiga.

También doy gracias a cada una de mis discipuladoras porque siempre han depositado en mí una actitud de amor y sacrificio. A cada uno de los hombres con quienes he compartido no sólo un liderazgo, sino una gran amistad.

A mis discípulas, codiscípulas, hermanas y hermanos que han sido mis apoyos y fuertes en todo momento por ser mis mejores amigos.

Muchísimas gracias doy a Roberto y Sonia Arroyo por apoyarme a cada instante y pulir en mi día a día mi corazón.

Doy gracias a cada una de las instituciones que me brindaron todas las facilidades para que la información contenida en este trabajo fuera conformada

También quiero expresar inmensamente mi agradecimiento a todo el equipo de ASEMEX-BANPAIS que incondicionalmente me tendieron la mano para que la impresión de esta tesis fuera realizada. Gracias Germán Gutiérrez por todo tu apoyo. Gracias a todo el personal del del Area de Sistemas, especialmente al Lic. Adolfo Zares y al Ing. Carlos Núñez por permitirme laborar en su departamento, y a la Señora Verónica Vargas por su incansable labor, por todos sus apoyos y recomendaciones en la mecanografía e impresión.

Asimismo agradezco a todo el personal de la Fac. de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México que facilitó los procedimientos para mi titulación. Al Lic. Carlos Peniche y a la Lic. Asunción Valenzuela por todas sus observaciones y recomendaciones pertinentes. A la Lic. Guadalupe Santaella y a la Lic. Concepción Conde por la revisión exhaustiva y precisa que realizaron de todo el contenido de la tesis.

Y finalmente otorgo mi mayor gratitud a la Mtra. Fayne Esquivel por su tiempo, su amor y dedicación a este trabajo de investigación que juntas compartimos en el desarrollo del mismo.

INDICE

<i>RESUMEN</i>	1
<i>INTRODUCCION</i>	2
<i>CAPITULO I. METODO</i>	6
1.1 Objetivos	6
1.2 Especificación del Problema	6
1.3 Justificación	7
1.4 Fundamentos	8
1.5 Método	10
<i>CAPITULO II. ACCION SOCIAL GERONTOLOGICA: NECESIDADES Y POLITICAS SOCIALES</i>	11
<i>CAPITULO III. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ACCION SOCIAL GERONTOLOGICA EN EL MUNDO</i>	16
3.1 Edad Antigua	18
3.2 Edad Media	19
3.3 Primeros Antecedentes Europeos	20
3.4 El Renacimiento	21
3.5 Edad Moderna	21
<i>CAPITULO IV. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ACCION SOCIAL GERONTOLOGICA EN MEXICO</i>	34
4.1 México Prehispánico	34
4.2 La Colonia	36
a) Siglo XVI	36
b) Siglo XVII	38
c) Siglo XVIII	39
d) Siglo XIX	40
4.3 Independencia y Revolución	41
4.4 México Contemporáneo	43

CAPITULO V. MODELOS INTERNACIONALES DE	
ATENCION A LA SALUD GERONTOLOGICA	49
5.1 Atención Primaria a la Salud	49
5.2 Las Desventajas de la Atención Institucional	52
5.3 Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento	
Propuesta de la Organización de las Naciones Unidas (1982)	53
A) Salud y Nutrición	54
B) Protección de los Ancianos como Consumidores	56
C) Vivienda y Medio Ambiente	56
D) Familia	57
E) Bienestar Social	57
F) Seguridad de Ingreso y Empleo	58
G) Educación	59
5.4 Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad	
Propuesta de la Federación Internacional de la Vejez (ONU, 1992)	60
5.4.1 Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad	61
La Asamblea General	
A) Independencia	63
B) Participación	63
C) Cuidados	63
D) Autorrealización	64
E) Dignidad	64
5.4.2 Responsabilidades de las Personas de Edad	
Declaración de la Federación Internacional de la Vejez	65
5.5 Principales Modelos de Atención:	
Acciones Sociales Gerontológicas de Mayor Exito	65
Cuadro 1. Principales Acciones Sociales Gerontológicas en el Mundo	71
A. Salud y Nutrición	73
I. Salud	
a) Acciones Preventivas y/o Comunitarias	
1. Servicios Voluntarios	73
1.1 Servicios de Ayuda en el Hogar	73
1.2 Servicios de Ayuda Sanitaria en el Hogar	74
1.3 Servicio de Pedicuro	74
1.4 Visitas Amistosas	75

2. Servicios de Atención Médica Domiciliaria	76
3. Residencias de Día	77
4. Hospitales de Día	77
5. Autoayuda	80
6. Banco de Medios Auxiliares	81
7. Programa de Desarrollo Rural Integrado	82
b) Acciones Institucionales	
1. Cuidados a Largo Plazo	83
1.1 Hospitales Geriátricos	84
1.2 Institutos Gerontológicos	85
1.3 Agencias y Seguros Médicos	85
1.4 Servicios Integrales de Salud	86
2. Hogares	86
2.1 Miniresidencias	87
2.2 Hogares Combinados	88
II. Nutrición	88
1. Programa de Comidas sobre Ruedas en el Hogar	89
2. Programa de Comidas en Común	89
3. Programa de Apoyo Nutricional	90
B. Protección de los Ancianos como Consumidores	91
1. Prestación de Servicios Integrales	91
2. Protección de Servicios de Bienestar Social y Educativos	92
3. Apoyo Nutricional	93
4. Asistencia Médica Gratuita y Protección de Seguros Sanitarios	93

C. Vivienda y Medio Ambiente	95
1. Viviendas Especiales	95
2. Viviendas en Familia	98
3. Viviendas Atendidas por la Comunidad	99
4. Legislaciones para la Protección de la Vivienda	99
5. Protección del Medio Ambiente	100
D. Familia	101
1. Asesorías Familiares	101
2. Asistencia Familiar en Apoyo a los Ancianos	101
3. Participación Familiar	102
4. Legislación Familiar	103
E. Bienestar Social	103
1. Centros o Clubes de Ancianos	103
2. Servicios Sociales de Apoyo a los Ancianos	104
a) Viajes Vacacionales	104
b) Servicios de Transportes	104
c) Servicios para Animar y Ayudar a los Ancianos	104
d) Correo Rural	105
e) Teléfono de Seguridad	105
f) Talleres de Preparación de Promotores de Autoestima	105
3. Servicios de Bienestar Social en la Comunidad	106
F. Seguridad de Ingreso y Empleo	107
1. Proyectos que Generan Ingresos	107
2. Programas de Seguridad Social: Pensiones, Prestaciones y Jubilaciones	109
3. Preparación para la Jubilación	110

G. Educación	110
1. Universidad de la Tercera Edad	111
2. Otras Alternativas Educativas	113
a) Australia	
1) Escuelas Especializadas para las Personas de Edad	112
2) Conferencias de Indagación	112
3) Escuelas Ahora y Entonces	113
b) Singapur	
1) Elderhostel: Centros de Instrucción para Personas de Edad	113
2) Campo de Vacaciones	113
c) Haití	
1) Cursos de Alfabetización	113
3. Campañas y Proyectos Educativos	115
4. Financiación de Proyectos para Formación, Investigación y Servicios de Enseñanza	116
5. Formación Gerontológica Integral	117

CAPITULO VI. MODELOS NACIONALES DE ATENCION

A LA SALUD GERONTOLOGICA

	118
6.1 Aspectos Demográficos de la Vejez en México	118
Tabla 1. Evolución de la Población de 60 Años y más por Sexo, 1950, 1970 y 1990	119
Tabla 2. Distribución Porcentual de la Población de 60 años y más según Grupos Quinquenales, 1970 y 1990	120
6.2 Salud, Asistencia y Seguridad Social	121
6.3 El Derecho a la Protección de la Salud	122
6.4 Secretaría de Salud	123
6.4.1 Sector Salud	124

6.5	Asistencia Privada	124
6.6	Programa Nacional de Solidaridad	125
6.7	Niveles de Atención a la Salud	126
6.7.1	Modelo Programático de Atención al Anciano	128
6.8	Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta	129
6.8.1	Atención Primaria a la Salud	130
6.9	Propuestas Nacionales al Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento	133
Cuadro 2.	Principales Acciones Sociales Gerontológicas en la República Mexicana	135
A.	Salud y Nutrición	137
I.	Salud	137
a)	Acciones Preventivas y/o Comunitarias	
1.	Servicios Voluntarios	137
1.1	Servicios de Ayuda en el Hogar	138
1.2	Servicios de Ayuda Sanitaria en el Hogar	138
1.3	Servicio de Pedicuro	139
1.4	Visitas Amistosas	139
2.	Servicios de Atención Médica Domiciliaria	139
3.	Residencias de Día	140
4.	Hospitales de Día	141
5.	Grupos de Autocuidado y Autoayuda	141
6.	Banco de Medios Auxiliares	142
7.	Programas de Desarrollo Rural Integrado	143
b)	Acciones Institucionales	
1.	Cuidados a Largo Plazo	146
1.1	Hospitales Geriátricos	146
1.2	Institutos Gerontológicos	147
1.3	Agencias y Seguros Médicos	148
1.4	Servicios Integrales de Salud	149
2.	Hogares	150

II. Nutrición	152
1. Programa de Reparto de Despensas a Domicilio	152
2. Servicio de Comedor	153
3. Programa de Apoyo Nutricional	154
B. Protección de los Ancianos como Consumidores	154
1. Prestación de Servicios Integrales: Tarjeta INSEN	155
2. Protección de los Servicios de Bienestar Social	156
2.1 Pensiones	156
2.2 Ayudas a Instituciones	156
2.3 Esporádicas	157
2.4 En Especie	157
3. Protección de los Servicios de Seguridad Jurídica	157
3.1 Programa de Asistencia Jurídica	157
3.2 Procuraduría de la Defensa del Anciano	158
4. Apoyo Nutricional	158
5. Tiendas y Centros Comerciales	159
6. Asistencia Médica Gratuita y Protección de Servicios Sanitarios	159
C. Vivienda y Medio Ambiente	160
1. Multifamiliares	160
2. Viviendas en Familia	161
3. Viviendas atendidas en la Comunidad	161
4. Legislaciones para la Vivienda	162
5. Protección del Medio Ambiente	163
D. Familia	163
1. Asesorías Familiares	164
2. Asistencia Familiar en Apoyo a los Ancianos	165
3. Participación Familiar	165
4. Legislación Familiar	166

E. Bienestar Social	166
1. Clubes de la Tercera Edad	167
2. Servicios Sociales de Apoyo a los Ancianos	168
a) Viajes Vacacionales	168
b) Servicios de Transportes	168
c) Teléfono de Seguridad	168
d) Actividades Deportivas	168
3. Servicios de Bienestar Social en la Comunidad	169
F. Seguridad de Ingreso y Empleo	169
1. Proyectos que Generan Ingresos	170
2. Bolsas de Trabajo	173
3. Legislación Laboral	174
ISSSTE	174
a) Pensión por Jubilación	174
b) Pensión por Retiro por Edad y Tiempo de Servicios	174
c) Pensión por Cesantía en Edad Avanzada	174
d) Indemnización Global	175
IMSS	176
a) Seguro de Invalidez y Vida	175
b) Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	176
4. Preparación para la Jubilación	178
G. Educación	177
1. Centro Cultural de la Tercera Edad	178
2. Otras Alternativas Educativas	178
3. Campañas y Proyectos Educativos	179
4. Financiación de Proyectos para Formación, Investigación y Servicios de Enseñanza	180
5. Formación de Recursos Humanos	182

CONCLUSIONES

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS MEXICANOS

184

7.1 Propuesta Gubernamental	185
7.2 Propuesta Comunitaria	188
7.3 Propuesta Preventiva	191
7.4 Propuesta Integral Alternativa	192
A. Salud y Nutrición	192
1) Servicios Voluntarios	192
2) Atención Domiciliaria	193
3) Direccionalidad Institucional	193
4) Actitudes Solidarias	194
5) Desarrollo Social Comunitario	194
6) Institucionalización	195
7) Medidas de Seguridad	195
7) Cambios Institucionales	196
8) Programas de Nutrición	196
B. Protección de los Ancianos como Consumidores	197
1) Participación Ciudadana de los Ancianos	197
C. Vivienda y Medio Ambiente	198
1) Villas para Ancianos	198
2) Viviendas Especiales	199
3) Protección del Medio Ambiente	200
D. Familia	201
1) Programas Sociales Integrales de Apoyo Familiar	201
2) Campañas de Orientación Familiar	201
3) Responsabilidad Familiar	202
E. Bienestar Social	202
1) Participación del Psicólogo en los Servicios Integrales	202
2) Participación de Estudiantes Voluntarios	203

F. Seguridad de Ingresos y Empleo	203
1) Reformas Legislativas	203
2) Medidas Efectivas de Empleo	205
3) Programas de Preparación para la Jubilación	206
4) Apoyo Intrenacional	206
G. Educación	206
1) Universidad de la Tercera Edad	206
2) Campañas y Proyectos Educativos	207
3) Capacitación al Personal Gerontológico	207
3) Proyectos de Investigación Geriátrica y Gerontológica	208
7.3.1 Sistema Integral de Atención Gerontológica	208
Limitaciones y Sugerencias	211
BIBLIOGRAFIA	213

R E S U M E N

El presente trabajo de investigación documental surgió de la necesidad de plantear nuevas perspectivas en el campo de la prevención gerontológica que permitan unificar los criterios de atención a la vejez en favor de una vida más plena y digna principalmente de aquellos sectores que habitan en comunidades marginadas y buscar vías alternativas a la institucionalización, de manera que puedan ser los mismos ancianos quienes participen en el fomento y desarrollo integral de su propio bienestar.

Esta investigación es una recopilación de las diferentes acciones sociales gerontológicas que hasta ahora se han llevado a cabo tanto a nivel nacional como internacional, con el propósito de esbozar algunos modelos que han tenido éxito en otros países sin que ello recaiga en una selección no viable de adoptar a nuestra realidad, sino por el contrario, rescatar aquellos aspectos más favorables de ser retomados y aplicados en México. El fin último es mostrar una propuesta integral alternativa que permita unificar los esfuerzos de las diferentes instituciones de asistencia a través del fomento de acciones sociales comunitarias preventivas para mejorar la calidad de vida de las personas de edad.

El contar con un documento de esta índole facilita el que se tome una mayor conciencia de la atención a los ancianos en nuestro país y que los profesionales interesados en esta área tengan acceso al mismo, para que puedan retomar las medidas necesarias que ayuden a mejorar los sistemas asistenciales actuales, y aún más proponer nuevas acciones que prevengan el deterioro acelerado que está viviendo la población mexicana de mayor edad.

INTRODUCCION

Vivimos en un mundo de constantes cambios y contrastes que implican en cada uno de los seres humanos que en él habitamos una mayor demanda de sensibilidad, reflexión, estudio, observación y acciones ininterrumpidas de manera que nuestra ideología nos orienta a conjuntar una realidad transformadora en un contexto histórico social encausado a visualizar nuevas vías alternativas que fomenten el fortalecimiento de las naciones, la convivencia de sus habitantes y el desarrollo integral de cada país en un marco de justicia social en favor de la libertad.

La *Atención Primaria de la Salud* fue considerada como un elemento consustancial de la *Declaración de la Organización Mundial de la Salud* en la reunión internacional efectuada en Alma Ata, URSS, en Septiembre de 1978, donde el objetivo central fue: *salud para todos en el año 2000* (Rojas S., 1990).

Aunque existe una larga trayectoria que antecede a tan crucial meta no fue sino a partir de este momento histórico que organismos e instituciones internacionales comenzaron a reestructurar sus planes y programas dirigidos a plantear nuevas alternativas de atención y prevención en salud.

El surgimiento de diversas instituciones asistenciales a nivel mundial ha permitido promover el cambio de antiguas a nuevas realidades que se conforman pero a la vez se suman a mayores desafíos por alcanzar las metas propuestas que hasta hoy no se han podido lograr.

Los programas de atención social adoptados son el resultado de la participación colectiva de un número de profesionales interesados en cubrir demandas populares permitiendo conocer con amplitud y claridad los avances que los países han tenido en materia de acción social asistencial.

En el campo de la Gerontología uno de los análisis más completos que se hicieron al respecto tuvo lugar en este mismo año de 1978 durante el *Trigésimo Tercer Período de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas*. Durante el debate se destacó que un fenómeno mundial acontecía: el *incremento de la población de personas de edad*. Tal suceso unido al énfasis creciente en el desarrollo, tenía graves repercusiones sociales de la salud y económicas para las sociedades en su conjunto y para la población senescente en especial. Como este tema preocupa cada vez más a muchos países desarrollados y en desarrollo se decidió convocar en 1982 en Viena,

Austria, a una *Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento*. Se iniciaría así un *Programa de Acción Internacional* tendiente a garantizar la seguridad económica y social de los ancianos y proporcionarles oportunidades para que contribuyan al desarrollo de sus comunidades.

Diez años posteriores a esta última fecha es realizada la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas el 19 de Julio de 1992 en Washington D.C. para efectuar la *Segunda Revisión del Plan Internacional de Acción Sobre el Envejecimiento*. La respuesta fue que el incremento de la población senecta y las condiciones en las que vive ésta, mundialmente, resulta ser un fenómeno social histórico sin precedentes y que ante tal situación nos encontramos ahora en estado de emergencia (Sokalski, 1992).

El nuevo plan 1992 pretende sostener un mejor enfoque con la participación mayormente involucrada de los gobiernos de las naciones desarrolladas y en desarrollo.

Históricamente el hecho de que en todo el mundo haya cada vez un número mayor de ancianos que llegan a edades avanzadas ha sido un reto preventivo de gran magnitud para este Siglo. Se prevé que para el Siglo XXI se acelerará este aumento de la longevidad, pero aunado a una disminución de la fecundidad por los controles adoptados de natalidad en una serie de problemas y dificultades sociales, teniendo la necesidad de adoptar programas y políticas relativas a la prevención en salud del envejecimiento de las poblaciones y a la calidad de vida de las personas de edad en sus respectivas sociedades.

En México el proceso evolutivo de tales acciones se manifiesta en la modificación de objetivos de los organismos inmersos en esta área. No obstante aún hoy en día, cuando hablamos de atención a la vejez la mayoría de nosotros imaginamos a un grupo de ancianos que se encuentran albergados dentro de un asilo u hospital. Un lugar triste, deprimente y desolado donde las personas de edad avanzada están esperando el momento que les toque morir. Pocas veces visualizamos un lugar de trabajo creativo, dinámico y armonioso.

Al viejo se le conceptualiza como un estorbo, un inútil que depende de otros y no puede hacer nada por sí mismo, el achacoso que siempre se queja de una y mil enfermedades. Lo hacemos a un lado lo criticamos e incluso llegamos a abandonar porque ya no lo necesitamos. Estas actitudes son fomentadas por una sociedad capitalista de consumo en donde la moda y lo novedoso impera; lo viejo, lo usado, ya no sirve, hay que sustituirlo por otro. A los viejos no se les puede sustituir, son seres humanos como cada uno de nosotros, personas con experiencia, con sentimientos, con vida. Estamos tan acostumbrados a un mundo material que dejamos de lado los valores éticos y morales.

Recordemos el artículo 3o. de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* que dice: *todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona* (SSA, 1986). Por lo tanto los ancianos tienen derecho a vivir, a ser libres y protegidos por la sociedad.

Existen organismos sociales mexicanos que prestan servicios asistenciales institucionales y comunitarios a la vejez quienes continúan con una constante visualización de opciones de atención benéfica para este sector poblacional.

Este hecho nos plantea la importancia de analizar más ampliamente los recursos y necesidades de los ancianos en una árdua búsqueda de alternativas reales y objetivas que permitan una mayor dignificación de la población senecta en nuestro país.

Han sido muchos los esfuerzos pero pocos los frutos, haciéndose indispensable una reestructuración de normas y políticas gubernamentales que permitan conjuntar tales esfuerzos en resultados verdaderamente productivos en materia de acción social gerontológica.

Los trabajos de investigación en la áreas de geriatría y gerontología se han incrementado cada vez más. Equipos inter y multidisciplinarios se unen en un objetivo común, sin embargo, las acciones alcanzadas se siguen efectuando en forma aislada sin existir en su totalidad una organización coordinada entre las instituciones públicas o privadas, estatales o paraestatales o de índole filántrópico.

Tales investigaciones en su mayoría son trabajos inéditos expuestos en eventos nacionales e internacionales. Hasta ahora no existe ningún documento que contenga una visión amplia sobre el tema.

Es por ello que ante tales circunstancias surge la iniciativa de realizar un trabajo de investigación documental para poder tener un panorama más amplio de la vejez y de las diferentes acciones sociales preventivas que pueden llevarse a cabo en favor de la misma.

En el *Capítulo I* se realiza la presentación del método por el cual se define esta investigación documental. A partir del *Capítulo II* se efectúa un análisis de la acción social gerontológica (necesidades y políticas de atención); en los *Capítulos III y IV* son bosquejadas históricamente las acciones nacionales e internacionales en este campo; en los *Capítulos V y VI* son expuestos los principales modelos de atención nacionales e internacionales; finalmente se presentan las *Conclusiones* que incluyen la propuesta integral de esta investigación así como las limitaciones encontradas en la misma y algunas sugerencias que pueden ser retomadas en estudios posteriores.

Hablar de vejez no es hablar sólo de los viejos a quienes vemos o conocemos, es hablar de nuestro propio futuro, ya que los jóvenes de hoy seremos los viejos del mañana, y que mejor plan de vida podemos hacer, que participar hoy y vivir plenamente mañana.

CAPITULO I

METODO

1.1 OBJETIVOS.

1. Esbozar las principales acciones sociales gerontológicas a nivel mundial y destacar los modelos de atención que se han desarrollado con mayor éxito
2. Reseñar la importancia y funciones de los diferentes organismos institucionales de acción social gerontológica así como analizar sus necesidades, recursos y programas establecidos.
3. Examinar el modelo de atención a la salud en México en este campo con base en el plantear nuevas perspectivas preventivas que permitan unificar criterios de asistencia a la vejez en favor de una vida más plena y digna principalmente de aquellos sectores que habitan en comunidades marginadas.
4. Buscar vías alternativas a la institucionalización de manera que puedan ser los mismos ancianos quienes participen en el fomento y desarrollo integral de su propio bienestar.
5. Sensibilizar y concientizar a los profesionales dedicados en esta área para adoptar las medidas preventivas necesarias que fomenten el mejoramiento de los sistemas actuales de atención así como las condiciones proporcionadas hasta el momento.

1.2 ESPECIFICACION DEL PROBLEMA.

Determinar la importancia que tienen los servicios integrales de acción social comunitaria para la promoción y prevención de la salud gerontológica.

1.3 JUSTIFICACION.

El hecho de realizar una investigación con determinado tema de interés conlleva a pensar en las posibles repercusiones que puede tener ésta al plantearse una serie de aspectos tanto de índole teórica como de su posible aplicación real en un contexto social.

Toda propuesta metodológica implica la confirmación o refutación de las circunstancias planteadas más aún no queda excluyente de manifestar nuevas aportaciones al desarrollo científico o meramente al sector poblacional referido.

Por otro lado, los elementos que guían el buen desarrollo de todo estudio se fundamentan tanto en la formación académica del investigador como en su misma actividad laboral de acuerdo a sus intereses profesionales.

Es por ello que al retomar los dos aspectos antes mencionados, la presente investigación es propuesta con base en las diversas experiencias obtenidas a través del trato directo con ancianos de diferentes estratos socioeconómicos, tanto institucionalizados como no institucionalizados con una actitud consciente y preocupada por mejorar las condiciones y calidad de vida de un sector poblacional que ansia la participación integral de profesionales que vean encaminados sus objetivos a este fin, dentro de los cuales el psicólogo desempeña un papel sumamente fundamental.

De esta manera las aportaciones que proporciona esta investigación son sustentadas por su relevancia teórica y psicosocial con aplicaciones reales que pueden llevarse a cabo.

Las aportaciones de relevancia teórica son:

1. La información recabada de este documento se encuentra organizada sistemáticamente y en ella se incluye material referente a las diferentes acciones sociales que prestan organismos institucionales a personas de la tercera edad, advirtiendo que hasta el día de hoy, la información existente se encontraba dispersa bajo diferentes tópicos, además de que las investigaciones anteriormente realizadas en su mayoría son trabajos inéditos que sólo se han dado a conocer a través de su exposición en eventos nacionales e internacionales.
2. Aunque los trabajos de investigación sobre ancianos se han incrementado cada vez más, destacan en grado de importancia los realizados en el área médica y en menor proporción los del área psicológica y social. Entre estas dos últimas áreas los temas principalmente explorados son referidos sobre aspectos tales como salud mental, trastornos psicopatológicos, conducta, ambiente familiar, jubilación y muerte.

En un mínimo porcentaje se encuentran documentos de acciones sociales preventivas apoyadas por programas estructurados de atención a la vejez, ya que la mayoría de estos son material exclusivo de las instituciones interesadas.

No obstante se ha podido tener acceso a estos documentos originales para así poder plantear una visión más amplia de la situación y fundamentar teórica y prácticamente vías alternativas de atención gerontológica en México.

Por otro lado las aportaciones de relevancia psicosocial que implica son:

1. El diseño de un modelo integral de atención gerontológica propuesto para ser adoptado por los distintos organismos que prestan sus servicios sociales a las personas de edad avanzada, en donde la institucionalización puede ser empleada como último recurso con el objeto primordial de conservar su arraigo en el hogar, en el núcleo familiar y en la comunidad
2. Lograr que el personal gerontológico se sensibilice y tome consciencia de la importancia que tiene su acción en el desarrollo biopsicosocial de los ancianos, lo cual implicaría un cambio radical en el mejor desempeño de sus funciones.
3. Aprovechar de manera más efectiva los recursos materiales y humanos con los que cuentan los organismos sociales para mejorar la estructura, planeación, organización y ejecución de los programas asistenciales preventivos de la atención a la vejez.
4. Rescatar los recursos potenciales de las personas de edad avanzada para fortalecerles una actitud más positiva y que sean ellos mismos los que participen del fomento y desarrollo integral de su propio bienestar.

1.4 FUNDAMENTOS.

En primera instancia se realiza una síntesis del desarrollo histórico que han tenido las acciones sociales para la tercera edad a nivel mundial y en la República Mexicana, esta última contempla desde la época prehispánica hasta la situación actual.

En segundo lugar se hace referencia a las acciones sociales más idóneas que se han desarrollado en diferentes países, los cuales figuran por su metodología y ejecución como los más factibles de retomarse para una posible adaptación en la población senecta de México fundamentándose en torno al *Modelo de Atención a la Salud* vigente.

En razón de ello son planteadas las posibles *vías alternativas de atención integral gerontológica* en nuestro país.

En terminos generales los principales autores a revisar dentro de los diferentes modelos internacionales se encuentran Kahn y Komertan (1983), Passanomo (1981), Nicola (1990), Cardona y Dulcev (1991) así como los trabajos de los hermanos K y J Tout (1985 y 1986, y Tou, K., 1986a y 1986b) entre otros, quienes coinciden en un modelo de atención integral de base comunitaria para la promoción y prevención de la salud en la tercera edad como una alternativa a la institucionalización con la indispensable implementación de servicios sociales comunitarios que cubran al máximo las demandas requeridas de la población adulta y más especialmente para aquellos que se encuentran en zonas rurales.

Cada una de las propuestas expuestas por los autores antes referidos han sido aprobados bajo los criterios de la OPII en donde además podemos resaltar más profundamente la participación esencial de esta última en el establecimiento de las líneas de acción en este campo.

Dentro de los modelos nacionales los autores que más destacan por la importancia de sus propuestas preventivas son Díaz Díaz (1973), Jiménez Arango y Tapia (1974), Kumate Rodríguez y Velázquez Díaz (1973), quienes coinciden en la gran importancia que tiene el poder proporcionar Atención Primaria a la Salud, en tanto se hacen de esta la comunidad participe directamente en la ejecución de los programas de promoción, prevención.

La creación de un nuevo modelo de atención se ha iniciado en la salud y la descentralización de los recursos se ha hecho un principio programático que se fundamenta para mejorar a través de acciones de promoción en todas las direcciones de gestión.

Observamos que a través de la descentralización de la salud es evidente que hay que de tener en cuenta que el OPII (1973) y el OPII (1975) en relación a la salud de la comunidad y a través de la y otros programas de promoción en todas las direcciones de gestión.

Observamos que a través de la descentralización de la salud se ha iniciado en la salud y la descentralización de los recursos se ha hecho un principio programático que se fundamenta para mejorar a través de acciones de promoción en todas las direcciones de gestión.

Observamos que a través de la descentralización de la salud se ha iniciado en la salud y la descentralización de los recursos se ha hecho un principio programático que se fundamenta para mejorar a través de acciones de promoción en todas las direcciones de gestión.

En términos generales los principales autores a revisar dentro de los diferentes modelos internacionales se encuentran: Kahn y Kamerman (1987), Passanante (1983), Nicola (1990), Cardona y Dulcey (1991) así como los trabajos de los hermanos K. y J. Tout (1985 y 1986, y Tout, K., 1986a y 1986b) entre otros, quienes coinciden en un modelo de atención integral de base comunitaria para la promoción y prevención de la salud en la tercera edad como una alternativa a la institucionalización con la indispensable implementación de servicios sociales comunitarios que cubran al máximo las demandas requeridas de la población añosa y más especialmente para aquellas que se encuentran en zonas rurales.

Cada una de las propuestas expuestas por los autores antes referidos han sido aprobados bajo los criterios de la ONU en donde además podemos visualizar más profundamente la participación esencial de esta última, en el establecimiento de las líneas de acción en este campo.

Dentro de los modelos nacionales los autores que más destacan por la innovación de sus propuestas preventivas son Baz Díaz (1993), Durán Arenas y Yepes (1994), Kumate Rodríguez y Velázquez Díaz (1993), quienes sustentan la gran importancia que tiene el poder proporcionar Atención Primaria a la Salud, así como el hecho de que la comunidad participe directamente en la ejecución de los programas de beneficio común.

La creación de un nuevo modelo administrativo en los servicios de salud y la descentralización de los mismos son dos de las principales propuestas que son cuestionadas para mejorar la calidad de atención de los ancianos así como de toda la población en general.

Observamos que la dirección de la Secretaría de Salud es indiscutible, pues bajo ella se rigen las instituciones del DIF, INSEN, IMSS e ISSSTE así como la Junta de Asistencia Privada. A lo largo de la presente investigación son detallados los programas de cada una de estas instituciones.

Asimismo destaca la participación de la Fundación para el Apoyo de la Comunidad A.C. (FAC) como un organismo filantrópico religioso que cuenta con apoyo económico internacional.

La intervención de PRONASOL, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y las legislaciones establecidas por el Código Civil y la Ley Federal del Trabajo son sustentadas junto con las anteriores bajo la tutela del Plan Nacional de Desarrollo actual, no obstante, dentro de este, han sido planteadas nuevas posibilidades preventivas que puedan consolidar una propuesta integral.

El conocer los programas vigentes y las propuestas nacionales e internacionales nos ayudan a contemplar bases firmes para crear un *Sistema Integral de Atención Gerontológica* en apoyo a la vejez mexicana

1.5 METODO.

Para poder recabar la información empleada en esta investigación fue necesario instrumentar un archivo documental que permitiera revisar con más precisión los aspectos históricos, organizacionales y estructurales de la acción social gerontológica internacional y nacional. Este archivo quedó conformado con diferentes documentos tales como artículos publicados e inéditos, memorias, conferencias escritas, investigaciones, tesis, folletos y manuales de organización entre otros.

Las instituciones que apoyaron para este fin fueron: *la Asociación Internacional de Gerontología (IAG)*, *el Comité Latinoamericana de la Asociación Internacional de Gerontología (COMIAT)*, *Sociedad de Geriatria y Gerontología de México (GEMAC)*, *Secretaría de Salud (SSA)*, *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)*, *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*, *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*, *Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)*, *Junta de Asistencia Privada (JAP)*, *Sistema de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX)*, *Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)* en las Bibliotecas y Centros de Documentación de las Facultades de Psicología, Medicina y Trabajo Social, así como el Banco de Datos del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), *Colegio de México*, *Universidad del Valle de México (UVM)* y *organismos voluntarios filantrópicos como: De Mano Amiga a Mano Anciana (DIME)*, *Fundación para el Apoyo de la Comunidad (FAC)*, *Vejez en México: Estudio y Acción (VEMEA)* y *Voluntariado Gerontológico del Noroeste C. (VOGNE)*.

Finalmente se recopilaron verbal y visualmente algunas experiencias vivenciales por medio de entrevistas realizadas a personal gerontológico especializado y registros observacionales de los programas efectuados en algunas de las distintas organizaciones institucionales anteriormente mencionadas dedicadas a prestar atención a la vejez.

CAPITULO II

ACCION SOCIAL GERONTOLOGICA : NECESIDADES Y POLITICAS SOCIALES

El presente capítulo pretende familiarizar al lector con las nociones básicas que se emplearán a lo largo de esta investigación así como el resaltar su importancia y trascendencia en nuestra sociedad.

Hace no muchos años las cosas parecían estar bastante claras. Había que montar servicios, contratar personal y dar prestaciones adecuadas a todas aquellas personas que, por un motivo u otro, las necesitaban. Y ya no como un regalo, como una beneficencia o por un sentido humanitario, sino porque era un derecho de aquellas personas y una obligación de la sociedad, es decir, del Estado. Llegar a esto había costado muchos años de lucha, de estudio, de elaboración teórico-práctica, de trabajo, de experiencias y también de errores.

Sin embargo, cuando parece cercano el momento de poder hablar y realizar un moderno sistema de servicios sociales adecuados a las necesidades, todo se vuelve a complicar dado que en la sociedad se han ido produciendo cambios importantes, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

Frente a estos cambios que son incluso brutales y rapidísimos, nosotros, que siempre hemos teorizado el cambio como hecho fundamental en una acción social, nos resistimos y seguimos intentando aplicar nuestras fórmulas sin comprender que, en gran medida, se están volviendo obsoletas. De aquí el peligro de caer en la impotencia y en la frustración y nos encontramos incapaces de garantizar, con el trabajo y la acción social, aquellas finalidades por las que habíamos luchado y que seguimos considerando justas y necesarias (Marchioni, 1989).

La acción social como intervención específica para la resolución de necesidades sociales, es una actividad que ha ido realizándose hasta nuestros días por diferentes tipos de instituciones tanto públicas como privadas. Su campo de acción se extiende de una u

otra forma, a la totalidad de los ciudadanos en una sociedad moderna. Todos y cada uno somos objeto y sujeto de múltiples y graves necesidades que la mayoría de las veces no podemos satisfacerlas por nosotros mismos, lo que implica una intervención social estructural conocida como *acción social*. Todos estamos familiarizados con ella y reconocemos su importancia. Nos son indispensables los hospitales, los centros comunitarios, los programas de apoyo a los sectores marginados, las pensiones el mejoramiento de la calidad de vida y todas estas cosas no son más que algunas variaciones de la acción social.

En la actualidad ya no resulta viable la autosuficiencia de individuos, familias o pequeños grupos. Cada vez más estas instancias tienden a ser sociales. Se hace entonces necesario recurrir a acciones comunitarias que nos permitan solventar las necesidades e intereses más prioritarios.

Sin embargo a pesar de su fundamental importancia en favor de los individuos, los criterios de intervención no han sido sustentados dentro del marco teórico adecuado, se parte aún del subjetivismo, del empirismo y de la pura intuición. Los objetivos no están apoyados en bases científicas para su planteamiento y resolución operativa.

Para que esta situación pueda superarse el primer paso a seguir es el conjuntar la teoría con la práctica que por mucho tiempo se ha visto desvinculada. Al existir esta interacción dirigimos las expectativas de las diferentes ciencias coparticipes de la acción social (Psicología, Medicina, Trabajo Social, Economía, Sociología, Derecho, etc.) al logro de una política social que sea capaz no sólo de entender la realidad sino también de transformarla positivamente, así como de asumir y apoyar tal cambio para poder superar las circunstancias hasta ahora alcanzadas y lograr su máxima fluidez y operatividad. Esto a su vez trae a consideración la relación entre necesidades y recursos sociales disponibles en base a un estudio objetivo de las condiciones y el proceso mismo de desarrollo en que estas se mueven para poder implementar una intervención satisfactoria para el interés humano y social.

La esencia misma de los seres humanos se expresa de manera palpable a través de las necesidades en un doble aspecto de estas: carencia y potencialidad. Las necesidades entendidas como mucho más que la simple supervivencia, hacen aflorar la tensión constante entre carencia y potencialidad, que es tan peculiar en los seres humanos. Las necesidades concebidas en sentido estricto como carencia, a menudo se circunscriben a lo que es meramente fisiológico y en tal caso se siente agudamente la sensación de que "algo falta". Sin embargo en la medida en que las necesidades hacen que la gente se comprometa, se motive y se movilice, constituyen un potencial y a la postre pueden convertirse en un recurso. El punto crítico es la participación activa de todos a través de

las organizaciones y movimientos sociales en todos los niveles de la comunidad, a fin de manifestar colectivamente el tipo de sociedad que desean, las necesidades que desean satisfacer, la manera como desean participar en el desarrollo y la articulación de planes para satisfacer esas necesidades (Edwardh, 1989).

Es en los microespacios donde debe crearse un sinnúmero de formas de participación de la persona en el desarrollo de su propia comunidad. Hay que apoyar las organizaciones vecinales y comunitarias, junto con las organizaciones locales representativas de la tercera edad, a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas. Son las personas a través de sus organizaciones, las que crearán opciones y alternativas. Esto ha sido demostrado mediante investigaciones sobre sectores populares en toda América Latina (Razeto, 1984 y Hardy, 1985). La política social podría fomentar la formación de organizaciones de desarrollo de base comunitaria de las personas de edad.

La experiencia, la creatividad y la dinámica de la población de más edad deben tenerse seriamente en cuenta y no deben establecerse límites a su intervención e imaginación. Esto si fuera un componente de la política comunitaria para los viejos, con los años enriquecería a la sociedad con expresiones interesantes, creativas y socialmente útiles de una cultura participativa para la fase más avanzada de la vida (Diessenbacher, 1988).

Los criterios anteriormente descritos, son los que dirigen la perspectiva de la acción social hacia la planificación social con la implantación de una adecuada política de bienestar social. Todo gobierno debe reconocer la importancia y la prioridad que ameritan los aspectos cualitativos del desarrollo; ello implica una esperada atención a los factores más prioritarios así como el establecimiento de mecanismos de distribución de la riqueza entre la población. Esto es así porque al afrontar la problemática del bienestar social, requiere identificar previamente las carencias y atenderlas bajo políticas cuyo benéfico efecto ha de llegar a la mayor parte de la población. En este sentido el bienestar colectivo se instituye en una terminal, una antítesis de los aspectos fundamentales del desarrollo nacional y es, a la vez, la necesaria plataforma de partida para el diseño de todo proyecto de desarrollo económico (Solís, 1988).

Además cabe recordar que un individuo o una familia en situación crítica es el resultado de un proceso, aunque muy a menudo nuestras instituciones de protección proporcionan ayuda en el momento de crisis, no prestan los servicios preventivos indispensables para enfrentar las fuerzas que producen dependencia y vulnerabilidad. El objetivo básico de la política social consiste principalmente, en apoyar a las familias y fortalecer la vida familiar. Ello requiere la transferencia de recursos y oportunidades a las

familias para permitirles que ejerzan sus derechos y cumplan con sus obligaciones. Lo más importante, es prestar asistencia a las familias para que puedan valerse por sí mismas desde el punto de vista económico y social.

Esta situación conlleva a pensar en la posible creación de un sistema global e integral de servicios humanos, que esté al alcance de todos, como complemento necesario de políticas económicamente correctas, pero no como sustituto de esas políticas. La atención a la salud de los pueblos de la región de América Latina y el Caribe debe fomentarse mediante una política pública que promueva un sistema de atención global que trate al individuo integralmente según la manera como vive. La experiencia nos ha mostrado que los problemas que afectan a las personas -viejos y jóvenes- y a las familias, no pueden distribuirse perfectamente entre las esferas de la salud, lo social, lo económico, lo jurídico, la educación, el empleo o la vivienda. La consecuencia entonces es que el tratamiento de las personas allí donde viven, trabajan y se divierten significa que los servicios sociales y de salud deben estar integrados; lo que equivale a la creación de un sistema de servicios humanos. Este sistema deberá distinguirse por la continuidad y alta calidad de sus servicios (Litvak, 1989 y Edwardh, 1989).

Hay que forjar en todos los países del mundo un proceso para establecer un nuevo consenso social que incluya a los viejos.

Para lograrlo será necesario contemplar la elaboración de nuevas políticas sociales y la ejecución de objetivos sociales bien definidos dentro de un programa social planificado. Si se planifica socialmente la producción y la distribución de la riqueza y tomamos en cuenta los intereses sociales, entonces la acción social ejerce un papel primordial, inmerso en la organización y planificación del estudio. En este sentido el estudio, intervención y desarrollo de las necesidades sociales se convierte en una actividad pública predominante y en consecuencia la calidad de vida y el bienestar general encuentran condiciones más favorables y de pleno desarrollo.

Si por el contrario estas condiciones se manifiestan en forma inversa, la acción social actúa con recursos residuales y ejerce una función exclusivamente subsidiaria dentro de la planificación del estado, lo que ocasiona una intervención transformadora de la planificación y distribución de los recursos para promover una injusticia social.

No obstante en ambos esquemas, la acción social es una actividad indispensable. Sin embargo como nos dice Joey Edwardh (1989): La planificación de la asignación de recursos depende de la comprensión, no solamente de la definición de *necesidad* sino también de la voluntad política de la sociedad de remediar los déficits de la situación vital de los viejos.

En el campo de la acción social gerontológica, las necesidades detectadas en los ancianos principalmente dentro de los sectores marginados van en aumento más no así los recursos disponibles que en relación a las demandas no son de igual forma proporcionales ya que tienden a ser menores.

Esto implica una árdua búsqueda de constantes propuestas preventivas que sean viables de aplicación con programas reales y objetivos que garanticen el bienestar social de la población senecta, y con base en una política social y administrativa que facilite la participación de diversos profesionales que interactúen directamente con los integrantes de la comunidad.

Los psicólogos constituimos un pilar importante dentro del equipo inter y multidisciplinario de trabajo que se requiere para que la acción social tenga un verdadero giro integral de atención gerontológica. Como profesionales de la salud requerimos asumir responsabilidad individual y grupal para marcar una diferencia significativa que vaya más allá de la planeación, ejecución y evaluación de los programas propuestos.

CAPITULO III

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ACCION SOCIAL GERONTOLOGICA EN EL MUNDO

Bosquejar las bases que conformaron lo que hoy conocemos como acciones sociales en favor de la vejez no es fácil, ya que implica retroceder en el tiempo y rescatar aquellas labores que inicialmente no pretendieron tener un carácter asistencial.

A lo largo de este capítulo podremos entender como se fueron desarrollando las diversas iniciativas de atención a la vejez en todo el mundo.

La organización de una sociedad depende principalmente de la preocupación del hombre por su bienestar, estabilidad social y felicidad con sus semejantes. Ello trae como consecuencia la presencia de problemas asistenciales que requieren ser atendidos de acuerdo a las posibilidades y limitaciones que se tengan para su más óptima solución.

La evolución histórica de la acción social gerontológica a nivel mundial ha pasado por diversas etapas pasando de la caridad y la filantropía a la asistencia social y servicios sociales para ancianos.

Desde los inicios del desarrollo humano, la *ayuda mutua* puede ser considerada como uno de los intentos fundamentales, que han servido como medio de protección para los individuos, grupos, familias o tribus contra el mundo hostil. El papel del jefe de grupo era fundamentalmente el de protector contra los enemigos humanos al igual que contra los animales salvajes.

Diferentes estudios que se han realizado acerca del hombre primitivo, nos señalan que sus principales motivaciones estaban centradas en la autopreservación, el bienestar familiar y de su tribu. Podemos pensar que la primera manifestación de un acto de caridad o intento de compartir se dió cuando un hombre ofreció a otro alimento que bien

podría haberlo consumido solo. Aunque tal vez caigamos en diversidades acerca del sentido de este hecho, al representar en gran medida una preocupación por el bienestar ajeno cualquiera que haya sido su motivación original. Ello constituye la contraparte de la organización social. Tales circunstancias hicieron posible la supervivencia del hombre, sin saber si este tuvo conciencia o no del deber o lealtad que pudo haber manifestado. De cualquier forma estos son elementos básicos que representan el inicio de la asistencia social.

La institucionalización de este proceso va a la par con el desarrollo de la civilización. Hace aproximadamente seis mil años la organización social en algunas regiones había alcanzado un nivel que bien podemos llamarle *civilización primitiva*.

El hombre de la comunidad primitiva tuvo su propia forma natural de asistir a los impedidos o limitados para obtener los medios necesarios para vivir. La forma en la que se proporcionaba la atención era determinada por el gregarismo connatural nacido de las exigencias de la cooperación mutua para vencer las inclemencias y rudezas del medio (Torres D., 1987).

El mutualismo innato los convirtió en seres solidarios interdependientes y sociogestionarios, en donde no existían diferencias en la tenencia de los recursos para poder mantenerse comunitariamente.

Cuando el hombre se hace sedentario, van cambiando las formas de vida y organización social, comenzó entonces una subdivisión de grupos con diferentes tipos de atención. Se crean los *consejos de ancianos*, surgen los *curanderos*, los *hechiceros* y *maestros* entre otros.

La división del trabajo, la innovación de instrumentos de producción y el empleo de animales domésticos, crean excedentes de producción dedicados en primera instancia a la atención de los ancianos y enfermos.

En un periodo posterior, tanto los excedentes como los medios e instrumentos de producción se convierten en exclusivos de los sectores dominantes que privatizan y seleccionan la protección y la atención de los más necesitados.

Cuando las tribus comenzaron a crecer y dió inicio la religión, los sacerdotes asumieron la responsabilidad de proporcionar protección a los desamparados entre los que se encontraban un buen número de ancianos. La devoción religiosa se convirtió en el incentivo más poderoso para la benevolencia y la caridad.

Se habían establecido varios códigos conductuales que mediaban el comportamiento de los miembros de distintos grupos dentro de sus propias comunidades. El brujo o curandero, que por lo regular era un viejo intercedía ante la divinidad por el enfermo el cual aplicaba remedios reales o simbólicos como

reforzamientos para la salud. Pero poco a poco este papel tan importante en la comunidad fue adquirido por personas más jóvenes que asumían el papel de protectores religiosos, inspectores de pobres, humanistas, reformadores, visitadores y otros personajes que desempeñaban una labor asistencial.

En las sociedades antiguas gradualmente fue manifestándose un interés por los desvalidos, con el propósito de pertenecer al mismo grupo social y de participar con las mismas normas y valores éticos de la vida social. Aún hoy hasta nuestros días han llegado doctrinas o preceptos de antiguas civilizaciones, en las que se habla acerca de la ayuda de los pobres y/o desamparados.

3.1 EDAD ANTIGUA.

Con la destrucción progresiva de la comunidad primitiva comienza a desaparecer el mutualismo natural, la cooperación desinteresada y el gregarismo, como elemento fundamental de la sociogestión asistencial, creándose una forma de atención clasista y seleccionada, conducida a través de la historia por los amos, los mercaderes, notables señores feudales, terratenientes y la burguesía.

Por otra parte la religión había desarrollado varias explicaciones del sentido y objeto de la vida. Las explicaciones religiosas y los códigos de conducta se complementaban para imponer el orden y el bienestar (Torres D., 1987).

En China, Confucio (551-478 a.C.) exclama que la piedad es más necesaria al hombre que el agua y el fuego y refiere que la limosna es fuente de la sabiduría.

Las principales clases dirigentes de esta época consideraban que la esclavitud era una condición natural de la estructura social y excepcionalmente reconocían como deber moral o legal la protección de los desvalidos. La ayuda que proporcionaban la reconocían como un elemento político-administrativo, para justificar conflictos y evitar que la acumulación de problemas individuales o de grupos marginados amenazaran el status social.

La ayuda económica social era concedida a aquellas personas (entre ellas los ancianos) que tenían justificación de su condición de menor valía.

Antes de la Era Cristiana se contó con albergues para enfermos anexados a los templos en Palestina, Grecia y Egipto.

3.2 EDAD MEDIA.

Las civilizaciones de Grecia y Roma proporcionaron la imagen de un hombre distinto en sus relaciones personales y las compartidas con el Estado. La democracia se hace presente al existir una preocupación por el bienestar y la felicidad de sus habitantes como un elemento crucial formalmente institucionalizado en Grecia.

Las acciones asistenciales derivaban de una filosofía social que hacía notoria la subordinación de las clases necesitadas.

En Roma, al inicio de la Era Cristiana, encontramos la participación de una figura importante dentro de la historia de la acción social: el *diácono*. Este formaba parte del diaconado, como una organización de beneficencia encargada de llevar el registro de los pobres así como sus requerimientos y necesidades. Administraba y distribuía los recursos obtenidos mediante colectas y donativos con cooperación para los sacerdotes en actividades propias de su ministerio.

Mujeres diaconisas actuaban de buena voluntad con una actitud altruista, generalmente porque al ser viudas contaban con el tiempo suficiente para auxiliar a los diáconos en su atención a los necesitados: ancianos, huérfanos, viudas, enfermos, esclavos y presos.

A partir del año 64 y hasta el 311 d.C., la Iglesia Cristiana Romana sufrió mucha persecución oficial, esto repercutió directamente en las organizaciones caritativas en su estructura y sus funciones.

La Iglesia Cristiana al haber sido reconocida legalmente, contó con legados, diezmos y primicias y ocasionalmente, con aportes gubernamentales, pudo realizar actividades caritativas tales como la construcción de *asilos y hospitales*.

Los judíos aportaron el concepto moral *per se*. De aquí se derivaron algunos factores de la *Asistencia Social Moderna de Occidente*. Además de apoyarse en los *Diez Mandamientos* y bases teóricas del *Código de Hamurabi*, los antiguos hebreos desarrollaron un conjunto de exortaciones proféticas, proverbios y varios valores morales que influyen directamente en la mitigación de necesidades específicas de los ancianos, viudas, transeúntes, enfermos y menesterosos.

El propósito principal de los judíos era el poder mantener una dignidad humana. Para los hombres religiosos de esta época, estas doctrinas fueron reforzadas por la creencia en *Cristo* y las *Escrituras del Nuevo Testamento*. Muchas ideas acerca de la caridad y la beneficencia fueron retomadas directamente de estas tradiciones.

3.3 PRIMEROS ANTECEDENTES EUROPEOS.

Con Carlomagno (742-814) inicia una nueva tendencia que si bien al principio no tuvo raíces sólidas, estas se fueron afianzando con el tiempo. En el transcurso de su trayectoria, la asistencia social dependió casi en su totalidad de los terratenientes, nobles y de la iglesia.

En 808 d.C. Carlomagno decretó que era obligatorio para los nobles auxiliar a los indigentes que circuncidaban en sus feudos y estableció que las familias estaban obligadas a sostener y ayudar a sus miembros dependientes. Así mismo dispuso que a aquellos mendigos que eran capaces de trabajar no se les diera limosna y que se multara a los ciudadanos que contravinieran esta norma.

El desarrollo del comercio inició un gran crecimiento urbano durante las cruzadas. Los problemas que surgían de las necesidades de asistir a los ancianos pobres y otros pobladores menesterosos dió un giro radical. La caridad tuvo un mayor auge pues se fundaron hosterías para viajeros y para alojar temporalmente a los menesteros. Se acordaron facilidades especiales para ancianos enfermos graves sin hogar. Así como edificios especiales incapacitados apoyados casi en su mayoría por la iglesia.

En la primera mitad del Siglo XIII la iglesia contaba con gran poder y riqueza al intervenir en asuntos legales y administrativos no criminalísticos. Poco a poco se fue haciendo cargo de todos los servicios educativos y de asistencia a las poblaciones más necesitadas, dentro de las cuales estaba incluida la vejez.

Es increíble pensar que aún a veces los viejos se les cuestione si están en condiciones de recibir caridad o no, lo que sí es cierto es que en este entonces se hizo necesario valorar sus posibilidades reales de subsistencia tanto a nivel físico como mental para poder otorgarles una ayuda.

En los concilios de Aquisgrán (816 y 836 d.C.) se estableció que en los conventos debía de existir un hospital que brindara servicio a peregrinos y ancianos. De hecho los conventos de monjas cuidaban ancianos en forma permanente.

La orden de San Francisco (1181-1226) tuvo una gran influencia en favor de los ancianos pobres, desesperados, repudiados, leprosos, enfermos y todos aquellos que necesitaban su ayuda. Esta orden introdujo un importante programa organizativo de servicios sociales siendo el inicio de las acciones sociales católicas.

3.4 EL RENACIMIENTO.

Durante el Renacimiento observamos diferentes tendencias científicas, literarias y artísticas. La *caridad* sigue siendo el eje principal de ayuda al necesitado, influenciando en gran medida el precepto bíblico de *amor al prójimo por amor a Dios*. La labor que se realiza tiende a ser más altruista al existir preocupación por los sufrimientos de otros.

En esta etapa se llevan a cabo grandes descubrimientos geográficos, se establece la Reforma, el crédito bancario y la imprenta. La atención comienza a ser más individualizada, ya no se trata de un anciano, un pobre un hambriento o un enfermo sino que se trata de María Reyes o Pedro Pérez, una persona a quien se le conoce por ser amiga o semejante.

A razón de estos acontecimientos el estado asumía una autoridad cada vez mayor legislativa y judicialmente sobre la vida comunitaria. Por un lado las actividades benéficas dependieron de la iglesia y de las órdenes religiosas y por el otro lado, el gobierno regulaba el orden social.

Nu obstante los ancianos indigentes de la ciudad, el poblado o la granja continuaron solicitando asistencia a la iglesia (Flores G., 1986).

3.5 EDAD MODERNA.

Ander Egg (1980), en su libro "*Historia del Trabajo Social*" hace un bosquejo del bienestar social en Indoamérica y en América Post-Colombina y nos expresa que en los modos de vida indoamericanos, al no darse el proceso de secularización alienante tan típico de occidente, es totalmente imposible reseñar históricamente *formas de acción social (o políticas de bienestar social)* imperantes, sin hacer una constante vinculación (mucho mayor que la reclamada para narrar hechos de la cultura invasora) con datos culturales históricos, etc. más amplios, con los que las formas de acción social se corresponden dialécticamente.

Previo a este período, el Imperio Inca fue el único que se caracterizó como la organización comunitaria más desarrollada en América, el cual lamentablemente fue destruido por los españoles que buscaban oro y otros metales preciosos. En esta época aún no surgía ningún espíritu de caridad, limosna, beneficencia o filantropía al no existir imposibilitados, pobres o menesterosos.

Esto también puede ser válido en gran parte para estudiar los hechos occidentales como por ejemplo, la tecnificación de la ayuda social (es decir, la aparición

de la asistencia social), que no puede ser entendida sino en el marco del proceso de la Revolución Industrial en Inglaterra.

El régimen económico del imperio aseguró a la clase trabajadora la existencia y la procreación, pero las medidas del gobierno fueron aún más allá, en una increíble tenencia a proteger la vida de aquellos hombres que habiendo llegado al límite de sus posibilidades de trabajo, ya sea por la acción inexorable del tiempo, ya sea por un accidente o una enfermedad incurable, se encontraron en la imposibilidad física de producir. El Estado no los eliminaba nunca de la sociedad (como si sucedía y sucede en muchos pueblos Europeos contemporáneos del incario) sino que los incorporaba, asistiéndolos en condiciones totalmente decorosas y humanas. Precisamente una parte de la cuota de producción destinada al inca (y naturalmente, las dedicadas al Sol que se hacían con un estricto sentido de previsión) volvían para la atención de ese admirable servicio de bienestar social, aún hoy no igualado por los sistemas de previsión más adelantados. Esta sabia política tuvo la virtud, nunca igualada, de eliminar totalmente la indigencia.

De la misma manera la lucha contra el dominio español concluye con el establecimiento de Repúblicas Independientes, aunque independientes en cierto sentido porque dependían económicamente de las grandes potencias de dominación mundial.

Las nuevas repúblicas fueron controladas por el capitalismo europeo presente en Inglaterra, Francia y Alemania quienes continuaron fomentando la dependencia, la dominación y la explotación imperialista.

Los gobernadores republicanos inicialmente pusieron su atención en el área educativa en sus diferentes niveles. Más tarde promovieron las leyes que hicieron de la asistencia social una obligación pública financiera por el erario. Fue entonces cuando comenzaron a crearse *hospitales de caridad, asilos, centros de rehabilitación* y otros semejantes. Estos acontecimientos dieron importancia a la *asistencia social republicana* surgiendo normas jurídicas que promuevan la beneficencia estatal y el manejo institucional controlado para proporcionar *asistencia social a nivel nacional* con el objeto de proveer y mejorar las paupérrimas condiciones de vida.

Al mantenerse con fuerza la limosnería se dan las primeras pautas de organización con principios y métodos expresados teórica y prácticamente por pensadores y benefactores como Juan Luis Vives y San Vicente de Paul.

Juan Luis Vives (1492-1540) filósofo español, fue considerado como uno de los científicos más notables de su tiempo. Preparó un programa de asistencia a los pobres para los consules y senadores en la ciudad de Brujas en Flandes, titulado *De Subventiones Puperum (Socorro de los Pobres)*. Propuso dividir la ciudad en barrios

parroquiales. Cada barrio debería contar con dos senadores y un secretario para que investigaran las condiciones sociales de las familias indigentes y para proporcionar ayuda por medio de la preparación vocacional, oficios, empleos, rehabilitación en lugar de distribuir limosnas. Para los ancianos y los desocupados, Vives pidió que se les internara en un hospital (asilo) en casos graves, pero añadía que ninguno hay tan inválido que no tenga fuerzas para hacer algo.

El sugería que las finanzas de las acciones sociales requeridas fueran obligatorias del Estado y de los ricos, con la creación de fondos, donaciones e impuestos. Juan Luis Vives destaca como pionero en la obra asistencial. Contribuyó a hacer ver al hombre como un valor social con respecto a su persona. Sin embargo sus propuestas no pudieron llevarse a la práctica en Europa sino hasta dos siglos y medio después, en Hamburgo con una reforma legal al socorro para los pobres.

El reformador más importante de las obras de caridad de la Iglesia Católica fue el Padre Vicente de Paul (1581-1660) en Francia, quien comenzó su vida religiosa a los 19 años, pero no fue sino hasta los 37 que inicia su labor asistencial con los desamparados, enfermos y hambrientos en diversas comunidades, en donde detecta que un gran número de menesterosos no tenían recursos para acudir a ninguna institución asistencial que no fuera la iglesia o alguna fraternidad benéfica. Muchos de ellos eran ancianos o enfermos sin posibilidades de desplazarse desde sus lejanos poblados. Su preocupación despertó gran interés entre los aristócratas y en la corte real, obteniendo grandes donativos para el establecimiento de hospitales y asilos para ancianos.

El tipo de acción social que argumentaba estaba basado en el *pequeño método*, como una propuesta de atención domiciliaria de carácter amistoso para detectar problemas tanto a nivel físico como moral (Flores G., 1986).

Con las cofradías, de Paul pretendió reglamentar la limosna para que tuviera un carácter obligatoriamente efectivo y no meramente accidental. Y para poder garantizarlo, trató que pobres y ricos estuvieran unidos para que se conocieran y estimaran, y así pudiera derivarse una ayuda digna.

Las mujeres que participaban en cada uno de estos programas atendían de manera especial a los ancianos, inválidos y enfermos, mientras que los hombres de la congregación se dedicaban principalmente a los pobres en condiciones de trabajar.

De Paul decía que no era posible ayudar con eficacia a una persona, si no se logra establecer antes con esta una buena relación. Entrenaba teórica y prácticamente a las mujeres a nivel grupal para brindar ayuda a los necesitados en cuanto a habitación, alimentación y vestimenta a la vez que instrucción y prácticas religiosas.

Fundó hospitales, asilos, asilos nocturnos y talleres para adiestrar a mendigos y a individuos desocupados en condiciones de trabajar.

Funda la orden religiosa de las *Damas de la Caridad* que dió pauta a la transformación de la limosna en trabajo voluntario, en forma organizada y sistemática dentro de una estructura institucional de caridad y fomento de la filantropía.

Fue tan grande el impacto de su personalidad y de su obra entre la población que durante la Revolución Francesa las tropas enfurecidas respetaron las estatuas de San Vicente de Paul mientras destruían todas las demás que adornaban la ciudad.

En Francia la primera medida constructiva tomada por el gobierno para ayudar a los pobres fue promulgada por Enrique VIII en 1531. Ordenaba que los alcaldes y jueces de paz debían investigar las solicitudes de los ancianos e indigentes incapacitados para trabajar, que eran sostenidos por la parroquia. Debían ser registrados y se les debía conceder una licencia para pedir limosna en una zona designada. La parroquia tenía que sostener al *pobre incapacitado* con las contribuciones voluntarias que obtenían de los feligreses procedentes de las colectas hechas por la iglesia (Friedlander, 1989).

Este mismo acontecimiento se presentó en España en 1562 con mucho más exigencia, ya que además de una cédula otorgada por el cura de la parroquia debían contar con un permiso de la justicia del lugar que se concederían tras una investigación que demostrase que el solicitante tenía absoluta necesidad de pedir limosna y que formaba parte de la Iglesia Católica Romana (Carmona G., 1985).

No fue sino hasta 1601 que tuvo origen la *Poor Law (Ley de Pobres)* también conocida como *43 Isabel* o *Ley Isabelina de los Pobres*, que determinó una nueva etapa legislativa en comparación con las propuestas anteriores. La principal característica que diferenció de estas fue el establecimiento de la obligación de sostener a los abuelos al igual que a los padres necesitados. Esta ley exigió la intervención del gobierno y confirmó la responsabilidad de la parroquia. Sin embargo aún hoy en nuestros días la responsabilidad de la parroquia en cuanto a ayudar a los desamparados, se limita a las personas originarias del lugar o que lleven un mínimo de tres años de vivir allí.

La ley de Pobres de 1601 no permitía que una persona necesitada de caridad se registrara, cuando sus familiares más cercanos podían sostenerla. El *principio de responsabilidad familiar* indica que los familiares deben asumir la responsabilidad básica de sostener a sus parientes pobres, y que las autoridades de asistencia pública deben ayudar a los desamparados sólo en caso de que la familia no pueda sostenerlos. La ley distinguió tres clases de pobres:

- 1) El pobre corporalmente capacitado
- 2) El pobre incapacitado
- 3) Los niños dependientes

Dentro de la segunda categoría eran considerados los ancianos que no podían trabajar. A ellos se les asignaba en un asilo, donde debían ayudar dentro de los límites de su capacidad. Más si los ancianos pobres impedidos tenían un lugar donde vivir y resultaba menos costoso sostenerlos en su propia casa, los inspectores de los pobres podían concederles *socorro exterior* material, enviándoles comida, ropa y combustible a sus hogares.

Los asilos de la época eran por regla general viejos edificios en desuso y en rudimentarias condiciones por lo que a veces resultaba mejor que el anciano permaneciera en su humilde hogar para ser asistido allí mismo.

La Ley de Pobres de 1601 estableció el sistema de la Gran Bretaña, durante trescientos años. Sentó el principio de que la comunidad local -o sea, la parroquia- tenía que organizar y sostener económicamente el socorro que se diera a sus residentes pobres, proporcionar sostenimiento para los niños y gente imposible de emplear y trabajo para quienes pudieran desempeñarlo. Conservó muchas de las primeras características de reprensión y desdén hacia los desamparados; pero también aceptó la obligación de ayudar a la gente que no podía sostenerse a sí misma. Las normas fundamentales de la Ley de Pobres Isabelina fueron incorporadas a las leyes de las colonias norteamericanas y han continuado siendo un elemento importante, hasta la fecha en los conceptos estadounidenses sobre la asistencia pública y en las consideraciones del público en cuanto a la legislación social (Friedlander, 1989).

El reverendo Thomas Chalmers (1780-1847) ministro de la parroquia de Kilmany, Escocia, organizó un programa de *caridad privada* sobre el principio de ayuda vecinal que en sus inicios no funcionó, pero después de una serie de intentos propuso que:

- 1) Cada caso de penuria debía estudiarse cuidadosamente para determinar las causas y posibilidades de que el indigente se sostuviera así mismo.
- 2) Si no era posible ello debía alentarse a los familiares, amigos y vecinos para que tomaran a su cargo a los ancianos, enfermos e incapacitados.
- 3) O bien buscar gente económicamente estable dispuesta a sostener a la familia.
- 4) En última instancia si nada de esto funcionaba, la ayuda podía ser solicitada a la congregación.

En esta época el número de ancianos existentes era reducido, y las necesidades específicas de éstos eran cubiertas en conjunto con otras personas enfermas, sin establecer programas sociales que brindaran atención exclusiva a los mismos, pues hasta ese momento tales necesidades no constituían un problema social.

La mayoría de las familias tomaba consciencia del estado de sus familiares de edad avanzada y se responsabilizaban de ellos íntegramente. Los ancianos eran más valorados y reconocidos por las personas cercanas a ellos tratándolos con amor y respeto al representar un papel jerárquico importante dentro de los miembros del hogar en el cual vivían.

La guerra con Francia de 1793 a 1815, que siguió a la Revolución Francesa, aumentó el costo de la vida. Los veteranos de la guerra, que habían quedado incapacitados para trabajar, se negaron a ir al asilo con su familia, e insistieron en recibir el auxilio público en su propia casa.

Al estallar la Segunda Guerra Mundial en 1939, el *Congreso de Asistencia para el Desempleo* tuvo que hacer los pagos de indemnización a las víctimas de la guerra convirtiéndose entonces en *Consejo de Asistencia Nacional*. La *Ley de Pensiones por Ancianidad* de 1940 proporcionó pensiones adicionales de acuerdo a las necesidades individuales y principalmente en servicios médicos.

Miles de ancianos junto con mujeres, niños y enfermos fueron evacuados de las grandes ciudades a consecuencia de la guerra.

En España, la medicina extiende su campo de acción a través de la *asistencia domiciliaria* y se transforma en un nuevo aliado en el gobierno de la miseria, desplazando paulatinamente a la iglesia en la labor asistencial, aunque en el siglo siguiente cuando los médicos, como punta de lanza de la filantropía, pasarán a intervenir en nuevas áreas, junto a estos, en las campañas de moralización e higienización de las poblaciones (Trinidad F., 1985).

El año de 1778 marca una gran diferencia en la atención y socorro a los ancianos pobres, enfermos y desocupados en su propio domicilio ante la creación de las *disputaciones de barrio* establecidos en el decreto del 30 de Marzo de este año. Ante esta alternativa domiciliaria, el hospital quedará sólo como una opción en casos muy graves, pero este proyecto de asistencia no se pudo llevar a cabo en todos los barrios debido a los diferentes estratos socioeconómicos y al número de ancianos y otras personas enfermas para atender. Por ello fue imposible que pudiera sustituir al hospital.

Entre los propósitos de esta acción asistencial se pretendía reemplazar a los asilos y hospicios atendiendo directamente a los ancianos necesitados a través de una solicitud que ellos mismos hacían a los diputados, y después de analizar su caso, les socorrian con

alimentos. Pero esta asistencia era muy irregular y escasa y dependía siempre de los ingresos y de las ayudas recibidas.

Las donaciones particulares recibidas no cubrían las necesidades asistenciales sobre todo de aquellos barrios más humildes con ingresos sumamente bajos.

Estas circunstancias promueven la creación de la *Junta General de Caridad* por parte del Estado en favor de brindar asistencia y evitar la reprensión de los ancianos.

En este sentido las diputaciones de barrio representaron una alternativa a la asistencia basada en la reclusión en asilos, hospicios y hospitales que de antemano era rechazada por todos los senectos. La asistencia domiciliaria resulta mucho más económica y eficaz de actuar directamente sobre la comunidad. Los diputados eran elegidos entre los mismos vecinos del barrio y actuaban como agentes de orden moral y político.

A partir de 1780, existen un número considerable de Montepíos que presentan una serie de nuevos estatutos para ser aprobados, entre los cuales estaban cubrir los gastos por vejez, viudez, invalidez, enfermedad y defunción.

Para el Siglo XIX la vertiente pública de la iglesia se materializa incrementando el celo de las parroquias y órdenes religiosas en favor de la caridad y el socorro a los viejos de bajos recursos económicos.

Los asilos, hospicios, casas de caridad y hospitales entran en crisis al ser reducida la población que asiste a ellos al preferir ser atendidos en sus propios domicilios por la iniciativa gubernamental. Aunada a esta crisis, los bienes de la iglesia son desamortizados por el Estado.

Esta nueva política intentó ser combatida por los poderes eclesiásticos con la creación de nuevas órdenes religiosas de vocación asistencial, en donde destacan algunas congregaciones femeninas tales como *las Hijas de la Caridad (1802)*, *Hermanas de Santa Ana (1804)*, *Congregación de las Carmelitas de la Caridad (1826)*, *Hermanas del Santo Angel de la Guarda (1839)*, *Siervas de Maria (1851)*, *Instituto de Nuestra Señora de la Consolación (1858)*, *Siervas de Jesús (1871)*, *Oblatas del Santísimo Redentor (1864)*, *Hermanas Filipenses (1865)*, *Hermanas de los Ancianos Desamparados (1872)*, *Hermanas de la Cruz (1875)* y *Religiosas Esclavas del Sagrado Corazón (1881)* entre otras.

Durante este siglo las congregaciones femeninas de caridad junto con señoras aristócratas y de la burguesía participan en diversos proyectos de socorro para los ancianos. En los asilos, dispensarios, fábricas, hospitales y escuelas la mujer desempeña un papel importante y benéfico para el senecto al mostrar una actitud altruista como asistentes sociales de los viejos. Son aquellos quienes entran en contacto con sus

problemas y necesidades y demandan los auxilios que pueden aliviar su situación. Evidentemente que su labor será efectuada en conjunto con otros profesionales e instituciones accesibles que se ocuparán de este sector poblacional en un amplio sistema de asistencia social tanto a nivel público como privado.

Por otro lado en Latinoamérica las acciones asistenciales son controladas por el Estado. Cada nación estableció sus propias leyes. Por ejemplo en la Provincias Unidas de Nueva Granada (Colombia, Ecuador y Venezuela) es proclamada la aplicabilidad de los *Derechos del Hombre* definidos por el presidente Antonio Nariño en 1811. De acuerdo con esta declaración, los hombres nacen y permanecen libres y, con igualdad de derechos. La ley sólo prohíbe las acciones que perjudican directamente a la sociedad. El papel de la sociedad en este sentido, consiste en asistir a los ancianos indigentes, ya sea proporcionándoles trabajo o medios de subsistencia a los ancianos u otros quienes están incapacitados para trabajar .

Años más tarde en 1819 Simón Bolívar en su discurso de Angosturas planteó: El sistema de gobierno más perfecto es el que comparte mayor cantidad de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política (Torres D., 1987).

En 1869 en los que se hicieron llamar Estados Unidos de Colombia, fue sancionada la Ley del 15 de Agosto que estableció la Junta General de Beneficencia cuyo propósito consistió en inspeccionar todo lo concerniente a la *caridad y asistencia pública*.

En 1823 el Gobierno de Argentina funda la *Sociedad de Beneficencia* para atender a todas aquellas personas que requerían de un socorro público, tales como los ancianos, huérfanos y enfermos, aunque su labor principal estaba enfocada en la creación de instituciones de expositos y casas de educación.

Dentro de los diferentes países de América Latina, la Sociedad de Beneficencia Argentina es la más antigua de todas las organizaciones de asistencia social.

A raíz de la creación de esta sociedad surgieron diferentes instituciones de beneficencia en Argentina, que dieron pauta para brindar más opciones de atención a la vejez. Una de ellas fue la *Fundación Ma. Eva Duarte de Perón* en el año de 1948, la cual llevó a cabo una importantísima obra de interés social en todo el país.

Esta fundación subsistió por siete años, desempeñando tres tipos de acción social, educativa y médica, siendo la primera la de mayor auge en cuanto a beneficios a la vejez se refiere porque en realidad su labor fue mucho más allá.

La fundación proclamó los *Derechos de la Ancianidad*, y a raíz de ello fueron incluidos en la Constitución Nacional de 1949. La totalidad de estos derechos se dio a conocer como *Decálogo de la Ancianidad* y comprendía los siguientes derechos:

asistencia, vivienda, alimentación, vestido, esparcimiento, trabajo, tranquilidad, respeto, cuidado de la salud física y moral.

Ante los diversos acontecimientos ocurridos en todo el mundo para proporcionar diferentes servicios sociales a los ancianos, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció en 1948 la importancia de las acciones sociales relacionadas al envejecimiento.

En 1969 la Asamblea General decidió someter a consideración diferentes aspectos sobre las personas de edad en su resolución 2599 (XXIV). Casi una década después, en 1978, durante el trigésimo tercer período de sesiones de la Asamblea General se llevó a cabo uno de los análisis más completos sobre el envejecimiento. En ella se dió a conocer que mundialmente se observaba un incremento de la población senecta, y ello repercutiría social y económicamente para todas las sociedades, pero principalmente en los ancianos mismos. En consecuencia, en ese mismo año, la Asamblea General en su resolución 33/52 decidió convocar para 1982 a una Asamblea Mundial sobre las personas de edad que posteriormente fue denominada *Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento*, al reconocer la gran importancia del fenómeno.

Esta asamblea se llevó a cabo en Viena, Austria en 1982, con el propósito de iniciar un *Plan de Acción Internacional*, encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad así como oportunidades para que ellas contribuyan al desarrollo de sus países. En esta reunión se examinaron los problemas políticos y sociales que el envejecimiento de la población plantea, mismos que se agruparon en dos ámbitos: aspectos de desarrollo y humanitarios.

Los aspectos de desarrollo se relacionan con las características económicas de una región o sociedad, su proceso de industrialización, sus capacidades de importación y exportación. También se refieren a las características demográficas como: las tasas de natalidad y de mortalidad, la estructura de la población por edad y la esperanza de vida al nacer.

Los aspectos humanitarios conciernen a las características concretas y necesidades individuales de las personas de edad (Contreras L., 1985).

Los temas que se analizaron en la Asamblea Mundial fueron: *salud y alimentación, vivienda y medio ambiente, la familia, bienestar social, seguridad del ingreso y empleo y educación.*

En esta asamblea se insistió además en que el desarrollo influía directamente en el envejecimiento de las poblaciones, pero a su vez también el envejecimiento afectaba el desarrollo de las sociedades. En este contexto fue aprobado el *Plan de Acción Internacional del Envejecimiento* con los siguientes *objetivos*:

- a) Fomentar la comprensión nacional e internacional de las consecuencias económicas, sociales y culturales que el envejecimiento de la población tiene en el proceso de desarrollo
- b) Promover la comprensión nacional e internacional de las cuestiones humanitarias y de desarrollo relacionadas con el envejecimiento.
- c) Promover y estimular políticas y programas orientados a la acción destinados a garantizar la seguridad social y económica a las personas de edad así como darles oportunidades de contribuir al desarrollo y compartir sus beneficios.
- d) Presentar alternativas y opciones de políticas que sean compatibles con los valores y metas nacionales y con los principios reconocidos internacionalmente con respecto al envejecimiento de la población y a las necesidades de las propias personas de edad.
- e) Alentar el desarrollo de una enseñanza, una capacitación y una investigación que respondan adecuadamente al envejecimiento de la población mundial y fomentar el intercambio internacional de aptitudes y conocimientos de esta esfera (ONU, 1983).

El Plan de Acción sobre el Envejecimiento, se considera parte integrante de las principales estrategias y programas internacionales regionales y nacionales formulados en respuesta a importantes problemas y necesidades de carácter mundial. Sus metas principales son fortalecer la capacidad de los países para poder abordar de manera efectiva el envejecimiento de su población y atender a las preocupaciones y necesidades especiales de las personas de edad avanzada, así mismo fomentar una respuesta internacional adecuada a los problemas del envejecimiento mediante medidas para el establecimiento del nuevo orden económico internacional y el aumento de las actividades internacionales de cooperación técnica, en particular entre los países en desarrollo.

Posteriormente, en el año de 1991 del 11 al 13 de Septiembre se celebró en Madrid una conferencia intergubernamental iberoamericana sobre políticas en favor de los ancianos y discapacitados en España y países hispanos de América Latina. Esta conferencia fue seguida de un seminario, celebrado del 17 al 25 de Septiembre, destinado a informar a los representantes de América Latina de la labor del *Instituto Nacional de*

Servicios Sociales (INSEERSO) de España. En acuerdo con el *Ministerio de Asuntos Sociales y el Ministerio de Asuntos Exteriores*, fueron establecidos los siguientes objetivos:

- a) Aumentar los conocimientos acerca de las políticas y programas en favor de los ancianos e impedidos de los países participantes.
- b) Identificar las necesidades de cooperación internacional.
- c) Elaborar un documento conjunto describiendo las políticas nacionales en materia de servicios sociales.

Durante la conferencia se expresaron graves preocupaciones acerca de la insuficiencia de recursos financieros, materiales y humanos asignados para el cuidado de los ancianos. Los participantes reconocieron la magnitud de la crisis económica, que afectaba actualmente a muchos países y agravaba la situación ya difícil de las personas de edad. Entre las principales recomendaciones figuraron la de que se definiera una política general de atención a los ancianos y se estableciera un marco programático de referencia en cada uno de los países iberoamericanos, no como un sustituto de las políticas nacionales sino más bien para garantizar que estas políticas convergieran hacia nuevas directrices comunes de carácter general. Estas políticas debían respetar ciertos criterios basados en un análisis de las realidades iberoamericanas en términos de atención comprensiva hacia los ancianos. Los principales criterios deberían ser la necesidad de adoptar un enfoque global con respecto al proceso del envejecimiento y el fortalecimiento de la coordinación intersectorial e interinstitucional, asegurando así la utilización óptima de los recursos disponibles (ONU, 1992a).

Recientemente hemos presenciado en menor grado acciones concretas, pero algunas de estas a nivel internacional han sido: el establecimiento del *Instituto Internacional Sobre el Envejecimiento* en Malta, la *Sociedad Africana de Gerontología y el Fondo de la Asociación Baniiwa: un Fondo Mundial para la Ancianidad*; la designación del *1o. de Octubre* como el *Día Internacional para las Personas de Edad Avanzada*; el inicio de una campaña para la vejez en 1992; la adopción de las *Principios de las Naciones Unidas para las Personas Ancianas* y una propuesta global de programas hasta el año 2001 (Sokalski, 1992; ONU, 1993).

En Octubre de 1992 la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó a una *sesión plenaria* dedicada a la *Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento*. El debate se centró en los resultados del primer decenio de aplicación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, así como la estrategia para el futuro, encaminada a facilitar la ejecución del plan a nivel nacional e internacional durante el decenio comprendido de 1992 al 2001.

En esta Asamblea fueron convenidas 8 *estrategias de acción* a favor de los ancianos:

- 1) Generar un soporte internacional para decidir un programa sobre el envejecimiento.
- 2) Generar un soporte internacional para la integración de los ancianos dentro de los planes y programas nacionales de desarrollo.
- 3) Generar un soporte internacional para el establecimiento de programas de base comunitaria con la atención y participación de personas ancianas.
- 4) Mejorar la investigación internacional sobre el envejecimiento incluyendo armonización de la terminología y la metodología.
- 5) Incluir preguntas sobre el envejecimiento en eventos internacionales y reuniones de relevancia.
- 6) Establecer una red global de personas mayores voluntarias para el desarrollo económico y social.
- 7) Facilitar la colaboración entre organismos no-gubernamentales sobre el envejecimiento.
- 8) Facilitar la colaboración entre organismos intergubernamentales sobre el envejecimiento.

La Asamblea General, en su resolución 47/5, instó a dar una amplia difusión de los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad y apoyar las estrategias prácticas para alcanzar los objetivos mundiales sobre el envejecimiento para el año 2001. La Asamblea decidió además que se observara el año 1999 como *Año Internacional de las Personas de Edad* (ONU, 1992b, 1993a y 1993b).

La Asamblea General de las Naciones Unidas decidió convenir en 1994 del 5 al 9 de Septiembre a una *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* y solicitó a la Secretaría General hacer uso de la contribución sustantiva de todos los organismos interesados, organizaciones y cuerpos del sistema de Naciones Unidas, también como de organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales en actividades preparatorias para la conferencia.

La respuesta de tal resolución, y en acuerdo con esta misión, el *Centro Universitario sobre el Envejecimiento*, de el *Colegio de Salud y Servicios Humanos* y la *Universidad del Estado de San Diego* convinieron en realizar la *Conferencia Internacional de Población sobre el Envejecimiento* del 17 al 19 de Septiembre de 1992, en San Diego, E.U. El propósito principal de esta conferencia fue preparar un foro para la creación de políticas, proyectos y estudios sobre las condiciones socioeconómicas y culturales concernientes a la población anciana alrededor del mundo.

Las conclusiones y recomendaciones de la conferencia fueron presentadas, entre otros, por el Secretario General de la conferencia como un adelanto a las actividades preparatorias de la Conferencia de 1994. La conferencia respondió a la petición de las Naciones Unidas a establecer el año de **1994** como el *Año Internacional de la Familia*. Si consideramos la cuestión de la familia sobre esta agenda y reafirmamos su convicción de que la familia es la unidad fundamental de la sociedad y que debe ser mantenida, fortalecida y protegida para asegurar la continuidad de su rol vital preservando la dignidad, status y seguridad de sus miembros ancianos.

En 1997 y 2001 se llevarán a cabo la *cuarta y quinta revisiones cuatrienales* de la implementación de el *Plan de Acción Internacional Sobre el Envejecimiento*. Las estrategias de acción para la consecución de los programas seleccionados se verán consolidados a través de la iniciativa, la consulta y la asociación (Sokalski, 1992).

CAPITULO IV

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ACCION SOCIAL GERONTOLOGICA EN MEXICO

Para dar pauta a la creación de nuevas acciones sociales gerontológicas es de vital importancia conocer el desarrollo histórico que han tenido las mismas en nuestro país para ser lo que son ahora y proponer con bases más sólidas lo que podrían ser después.

A continuación se resumen las principales acciones que fueron identificadas como los cimientos de la Gerontología en la República Mexicana.

4.1 MEXICO PREHISPANICO.

En la zona de Mesoamérica existieron varias culturas que aunque estaban emparentadas entre sí, tenían rasgos muy diferentes. Su permanencia duró cerca de los primeros 900 años d.C. Teotihuacán fue una de las que abarcó con gran poderío el Valle de México, Puebla-Tlaxcala, una parte de Tulancingo, Hidalgo y otra de Tehuacán, Puebla. Sabemos que esta civilización transmitió un gran acervo cultural a otros pueblos, uno de ellos fue el Azteca.

La organización social de los aztecas estaba basada en el Modo Asiático de Producción. La tierra era propiedad comunal, una gran parte de ésta, la controlaba el estado y la otra la entregaban a las familias.

El grupo social más pequeño era la familia, también llamada *gens*. Las familias estaban agrupadas en *calpullis*, estos eran identificados por los españoles como barrios de gente conocida o linaje antiguo. Cada calpullí tenía un dios particular así como un nombre y una insignia que los diferenciaba de los demás. El gobierno del calpulli era

dirigido por ancianos, quienes eran considerados como las cabezas de las familias unidas entre sí matrilinealmente o patrilinealmente.

Al gobierno consejal lo administraban entre el *teacchauh* jefe administrativo (*sachem*) y el *teculli*, que desempeñaba también en un cargo de elección y llegaba a él por méritos militares, era el jefe militar del calpulli, y tenía a su cuidado lo relativo a los negocios bélicos, desde el adiestramiento de los jóvenes en el tepochcalli, hasta la dirección y el manejo de los escuadrones del campo en la batalla. Los calpullis ligados por lazos estrechos de parentesco, poseedores de culturas comunes, se agrupaban en tribus. Los parientes mayores de los jefes militares de cada calpulli constituían el consejo tribal y era este consejo el que elegía la ejecución de sus resoluciones. Este funcionario era el gobernador de la tribu. A su lado estaba otro personaje electo, el *tlacatecutli*, que se encargaba de los menesteres militares (Tenorio H., s.a.).

En el México Prehispánico, el *Huehucóyotl coyote viejo*, deidad de una cultura anterior a la Náhuatl, incorporada al panteón de ésta, se le confunde con el *dios del fuego o de la caza*. Apareció como uno de los contendientes de la lucha que representaba durante la fiesta llamada *tlacaxi-pehualiztli decollamiento de hombres*.

El *Huehuetéotl* (*dios viejo o antiguo*), uno de los nombres con los que designaban los sacerdotes a *Hometaiti*, *Padre de los Dioses* conocido también como *Xiuhcúcutli*, *señor del tiempo y del fuego* sustituto del sol; aún antes de la cultura teotihuacana los pueblos le rendían culto.

El *huhuetlatolli* (o *plática de viejos*), eran razonamientos y preceptos doctrinales con que los antiguos mexicanos educaban a sus hijos en la buena conducta y en lo que podía llamarse práctica de las formas sociales. Eran además pláticas antiguas seculares, exhortaciones que los viejos hacían a sus hijos, los señores a sus vasallos, los monarcas a sus súbditos. Contenían la base sólida moral y pública (Miranda P., 1985).

Como consumación plena del ciclo del existir humano aparecía a los ojos de los antiguos mexicanos la *huehucóyotl*, *senectud o vejez*. Es interesante ver que en relación a este concepto se establecieron con un determinado número de años, una de las medidas del tiempo en las cuentas calendáricas, tal como se usaban en la región del altiplano central. Esa medida o ciclo era la *huetiliztli*, *cumplimiento de la vejez*, periodo de 104 años. Contrastando con la larga duración de ese ciclo, en verdad de vejez prolongada, estaba el de la mitad del mismo o *xiuhmolpilli*, *atadura de años*, exactamente de 52. En la tradición prehispánica quienes llegaban a una atadura de años, iniciaba el ciclo de esta tercera edad que podía prolongarse en casos excepcionales hasta más de una centuria, en la plenitud de la *huchuetiliztli*, *consumación de la vejez*.

Para la sociedad prehispánica la huehúeyotl, senectud, no implicaba necesariamente un estado de decrepitud, pérdida de las facultades por efecto de la edad, ya que podía abarcar desde una simple atadura de 52 años hasta el doble de ese lapso, la huehuetiliztli o consumación de la senectud (León P., 1984).

El estado sostenía los asilos de los viejos guerreros, la mayoría de ellos inválidos así como ancianos indigentes. La pobreza individual no existía. En el México Prehispánico no existió mendicidad y aquellos casos que se detectaban ya en extrema miseria era cuando perdían sus cosechas o a consecuencia de la guerra, emigraban o se vendían como esclavos o siervos a los señores. Lo que sí es importante recalcar es que de cualquier forma existía ayuda pública especialmente para los desvalidos. Quienes así lo hacían pensaban que habían cumplido con un deber moral o religioso.

También existían trojes que eran empleadas para guardar los granos de las abundantes cosechas para consumirse durante el año. El sobrante se repartía entre las personas de bajos recursos y/o enfermos. Había además hospitales en Tenochtitlán, Texcoco, Tlaxcala y Cholula así como asilos que brindaban servicio a ancianos nobles y guerreros inválidos.

4.2 LA COLONIA.

Durante la Colonia surgió un movimiento de grandes masas de indígenas y mestizos sin tierra que se dirigían hacia las principales ciudades, desde el origen de la conquista hasta el Siglo XIX. Esta población se enfiló en el ejército de reserva de la Nueva España; es entonces cuando aflora una detectable pobreza, observándose huérfanos, madres abandonadas, enfermos lisiados, menesterosos, limosneros y desde luego individuos que aunque aparentemente estaban en condiciones de trabajar su actividad no era calificada.

a) SIGLO XVI.

Ante la conquista de Cortés y la explotación de la raza indígena, se hizo a un lado la orden de Carlos V, que en 1503 había ordenado a los españoles que en las tierras conquistadas se hicieran hospitales para españoles e indios y que se procurara un trato justo para éstos. El proponía un plan de fraternidad entre ambas culturas. Pero los intereses de los españoles eran otros, la riqueza pudo más que el amor al prójimo.

Fue una época difícil e insalubre, las epidemias surgieron en apogeo y la morbilidad se hizo presente.

En cuanto a la economía nacional, los repartimientos o encomiendas pretendían evitar abusos que con frecuencia eran detectados. Sin embargo la explotación continuaba sin respetar a la población mexicana.

Después de estos años de brutal explotación y dominación violenta, España mandó a su nueva colonia: un grupo de *religiosos* que pretendían amar más a los demás que así mismos.

Los *Franciscanos* llegaron el 13 de Agosto de 1523, los *Dominicos* en 1526 y en 1533 arribaron los *Agustinos*. En 1572 llegaron los *Jesuitas*, que fueron los más grandes educadores de la época. Por último, en 1585 se presentaron los *Carmelitas*.

En 1576 surgió una peste entre los indios, que duró aproximadamente 2 años y costó cerca de 2 000 000 de vidas. El virrey organizó brigadas de ayuda, en las cuales colaboraron mujeres de buena posición social que proporcionaban ropa limpia, alimentos y cuidados de higiene ante la miseria e insalubridad que rondaba.

El Siglo XVI fue llamado *centuria caritativa*, por la gran atención brindada a los necesitados, lo que marcó definitivamente una etapa importante de la acción social en México.

Todos y cada uno de ellos buscaban refugio en conventos o iglesias solicitando ayuda para cubrir sus necesidades más inmediatas como alimentación, vestido, vivienda y medicamentos.

La atención prestada a toda esta gente se justificaba en nombre de la concepción religiosa del mundo. Además fue establecida una precaria política tendiente a preservar la sociedad del peligro que representaba la existencia de un sector numeroso en población en comparación con la burguesía quien se veía afectada al ser una amenaza para la existencia del orden establecido; para clamar dicha amenaza fueron fundados varios asilos, orfanatorios, centros de atención para lisiados, deficientes mentales, ancianos y enfermos.

La Nueva España se inicia con los primeros misioneros que de España vinieron a ganar más adeptos para la religión católica. Entre ellos destacó Fray Bartolomé de las Casas, quien promovió leyes humanitarias y protectoras para la raza indígena. Estas disposiciones pasaron a formar parte de las Leyes de Indias llamadas también Nuevas Leyes, las cuales dieron inicio en Barcelona el 20 de Noviembre de 1542.

Fray Bartolomé de las Casas (1474-1566) fue el más grande humanista del Siglo XVI y el que luchó más agresivamente contra la crueldad de la explotación española en América Latina. Fue en 1516 cuando propone a la Corona un plan de recuperación y

reinvindicación del sector indígena de manera que la población activa se mantuviera siempre ocupada. No obstante en cada pueblo siempre quedaría un buen número de adultos encargados de cuidar y alimentar a las mujeres, niños, ancianos y enfermos evitando el que se quedaran solos.

San Pedro Claver (1580-1654) Fue considerado como "el apóstol y esclavo de los negros" no tuvo un impacto trascendental como el de De las Casas, pero sí una entrega totalmente humana en favor de los esclavos negros dentro de los cuales existía un buen número de ancianos que en su mayoría padecían de enfermedades incurables que los hacían quedar en un estado de desahucio. Proporcionaba asistencia sin buscar intereses personales o de alguna otra índole.

Vasco de Quiroga (1470-1565). Dedicó su vida a la atención integral de los indígenas. Fundó el Hospital de Santa Fe en donde eran atendidos ancianos enfermos y desamparados.

Organizó diferentes comunidades, constituidas alrededor de un hospital. Estas comunidades eran dirigidas por religiosos. En Michoacán enseñó la agricultura e inculcó la religión. Los tarascos lo amaron tanto que incluso llegó a ser nombrado como "Tata Vasco".

Bernardino Alvarez (1514- ?). Fundó en la calle de Celada, hoy Venustiano Carranza, el Hospital de Convalescientes y Desamparados, para ancianos, inválidos y dementes. Posteriormente se trasladó a Calzada de Tlacopan, hoy Iglesia de San Hipólito, en la Calzada México-Tacuba.

Empezó a trabajar en la construcción del que más tarde sería Hospital de San Hipólito, clausurado a principios de este siglo.

Dentro del hospital creó una escuela para niños, en la cual los ancianos participaban como sujetos activos y no sólo como asilados, ya que daban algo de sí mismos, de acuerdo con sus capacidades.

b) SIGLO XVII.

Al iniciarse el Siglo XVII un grupo numeroso de religiosos de diversas denominaciones comienzan a extenderse en la Nueva España. Lamentablemente las acciones sociales caritativas disminuyeron notablemente. Muchos hispanos estaban enterados de la disposición de Carlos V en la Cédula del 10 de Mayo de 1543, en la que solicitaba la ayuda a los pobres de las tierras conquistadas. Sin embargo el enfoque de los religiosos era principalmente construir más iglesias que ayudar a la gente necesitada

de esos lugares. Por consiguiente un gran número de ancianos quedaron en la indigencia a expensas de la compasión y caridad de algunos bienaventurados.

A este siglo se le llamó *siglo de oro de la iglesia* pero para desgracia de muchos necesitados fue el peor siglo de la acción social en México.

Sólo por mencionar algunas catástrofes ocurridas en México en este siglo mencionaremos las siguientes (Flores G., 1986):

- En 1616 se perdieron las cosechas y hubo hambre.
- En 1630, una inundación seguida por una epidemia y hambre.
- Fundación de siete hospitales provisionales para atender a todos los afectados.
- En 1673 hubo una gran carestía de maíz y cacao, elevando su costo a muy alto precio. El gobierno virreynal proporcionó algunos granos a las personas realmente muy necesitadas de ayuda.
- En 1691 hubo hambre en la capital de la Nueva España debido a que las heladas destruyeron las cosechas. Algunas personas de mejores recursos económicos ayudaban a los que se morían de hambre.
- En 1692, el 8 de Junio, el pueblo hambriento se amotinó, apedreó e incendió el Palacio Virreynal y algunas casas fueron cometidos hurtos.

c) *SIGLO XVIII.*

En el Siglo XVIII resurge la caridad en manifestaciones pero los primeros años se pierden sin actos o instituciones de beneficencia importantes. Se le dió mucho más auge a la educación pública y a la religión que a la labor asistencial.

En 1714 hubo una peste como secuela de hambre; en 1736-37 hubo una peste entre los indígenas, presentándose una enfermedad que fue llamada *fiebre ardiente*, que duraba 120 días y terminaba en muerte; en 1750 hubo hambre en Guanajuato y Zacatecas, que a pesar de ser estados con grandes yacimientos y minerales podía observarse en las calles pedir a la gente de rodillas un alimento para no desfallecer; en 1761 sufrió la Nueva España una epidemia de viruela y otra de tifo; el 25 de Febrero de 1775, Pedro Romero de Terreros fundó el Nacional Monte de Piedad para poder facilitar préstamos de dinero bajo garantía prendaria; y en 1794 hubo una gran peste de viruelas en donde murieron miles de personas.

d) SIGLO XIX.

En este siglo se cierra la Epoca Colonial. Hubo peste y fiebre amarilla y murieron, solamente en la capital 20, 385 personas.

Los últimos años de la Colonia fueron de gran escasez para las obras de beneficencia. El erario real necesitaba dinero y tomó lo más que pudo, además de haber impuesto préstamos forzosos al clero, que era quien manejaba entonces las instituciones de caridad.

Fueron enviados a la ciudad \$2 000 000. 00 de los bienes obtenidos por obras pías en 1808 por el Virrey Pedro de Garibay. En los tres siglos coloniales anteriores se construyeron 16 hospitales, 2 asilos, 1 Monte de Piedad y 1 Real Lotería. En toda la república se fundaron 74 hospitales. En 1810 las condiciones en los hospitales son deplorables al detectarse en ellos una gran miseria.

Se instala un *Hospicio para los Pobres* en donde es incluido un *Asilo de Ancianos*. También son creados el *Hospital de San Hipólito* y el *Hospital del Divino Salvador* para enfermos mentales.

El 19 de Marzo de 1812 la Constitución de Cádiz dispuso que los establecimientos asistenciales pasaran a la jurisdicción de ayuntamientos. En 1820 se restableció la vigencia del código de 1812 con la Constitución de Cádiz en donde se decretó la extinción de las órdenes hospitalarias. Esta disposición se puso de manifiesto en la Nueva España en Enero de 1821 en vísperas de la Consumación de la Independencia.

En 1821 las condiciones de los establecimientos de beneficencia son más miserables. Es en este año y hasta 1867 que se acrecenta una crisis política y una desarticulación económica con una constante falta de recursos principalmente en el sector público. Hemos de recordar que en 1860 se manifiestan dos acontecimientos importantes, uno la enmarcación de la Deuda Exterior así como los rezagos de la Guerra de Independencia.

Tanto en 1824 como en 1917 las Constituciones Políticas no concedían carácter federal a la beneficencia. No obstante ya el 31 de Enero de 1824 el Acta Constitutiva de la República Mexicana pone a los establecimientos de beneficencia a cargo de los ayuntamientos.

En 1841 fue creado el *Consejo Superior de Salubridad* por el gobierno de la República. En 1836 con la Constitución Centralista y en 1843 con las Bases Orgánicas de la misma, señalaron la obligación del Estado de cuidar la salud pública y reglamentar lo conveniente para preservarla. Para 1842 son creadas la *Asociación de Beneficencia*

Española y las Asociaciones Franco Mexicana, Suiza y Belga. En 1843 las *Hermanas de la Caridad* establecen un *Centro de Ancianos y Enfermos Mentales*, el cual sólo funcionó hasta 1874. También en 1843 se crea la *Sociedad San Vicente de Paul*, que brinda servicios de ayuda a ancianos de bajos recursos. Posteriormente en 1844 se funda la *Asociación de Ayuda de la Colonia Alemana*.

4.3 INDEPENDENCIA Y REVOLUCION.

Entre 1846 y 1857 México sufre la más grave crisis de la historia como una nación independiente. En 1846 el país es invadido por fuerzas estadounidenses y como consecuencia de ello, México tuvo más de la mitad del territorio nacional; y casi al mismo tiempo ocurren diversas sublevaciones indígenas en el país.

En esta época la iglesia funda asilos, hospitales y casas de asistencia ante la expedición de 6 decretos de Juárez. El Estado Mexicano participó en la Desamortización de los Bienes de la iglesia. El Estado se hizo cargo de los necesitados con un sistema inicial de seguridad social. El Estado pasó a ser entonces un protector de los desvalidos por la situación económica, política y social que acontecía en esos momentos. Esencialmente, con las Leyes de Reforma se establecieron las bases para que la salud de los mexicanos, junto con otros aspectos de la asistencia social, quedara bajo el cuidado del Estado.

La *Beneficencia Pública* dependió del *Ministerio de Relaciones Exteriores* hasta el 23 de Agosto de 1852, fecha en que diferentes tipos de negocios pertenecían a los hospitales, montepíos y establecimientos de beneficencia.

Por Decreto del 29 de Mayo de 1853, formaban parte de la *Hacienda Pública*, los establecimientos de caridad y beneficencia sostenidos en forma parcial o total por el gobierno y se ordenaba que de las rentas nacionales se hiciera aplicación a dichas instituciones. No existía entonces un organismo especial encargado de administrar los fondos de beneficencia. El 12 de Mayo de 1855 por Decreto, el ramo de beneficencia pasó a la *Secretaría de Gobernación*.

En 1857 el Gobierno Constitucionalista intentó solucionar la crisis social con la creación temporal del *Departamento de Auxilios del Pueblo* en donde se vendían artículos de primera necesidad y estaban establecidos comedores públicos. Empieza a haber una mayor atención en asilos a ancianos desamparados. Sin embargo la atención prestada es desequilibrada, haciéndoles más caso a aquellos que hacían valer sus

demandas. Ello causó que en transcurso de este mismo año surgiera el *Decreto de Ayuda Gubernamental a Menesterosos*.

Ya en 1861, el 28 de Febrero es decretada la creación de la *Dirección General de Fondos de Beneficencia*. Al mismo tiempo Juárez decretó la secularización de los hospitales y establecimientos de beneficencia y adscribió ésta al Gobierno formándose el *Distrito General de Beneficencia Pública*.

Maximiliano de Habsburgo estableció una *Junta de Beneficencia* por Decreto del 10 de Abril de 1865 en donde la Emperatriz Carlota fue su presidenta.

En 1868 Rafael Martínez de la Torre escribe algunas reflexiones sobre la pobreza, y para 1869 brinda ayuda a ancianos pobres y proporciona dormitorios públicos.

En 1877 el servicio de salubridad depende de la *Dirección de Beneficencia*. El 23 de Enero sale una circular para brindar mayor prioridad a la beneficencia pública y así poder proporcionar una atención especial y la mayor protección posible.

Se crea un sólo sistema de atención con dos programas de servicio social: *Salubridad Pública y Beneficencia*. En 1879 surge la primera institución para ancianos llamada: *Asilo Particular para Mendigos*. También surgen otras instituciones más como son el *Hospital Concepción Beistegui* para menesterosos y un *Dormitorio Público*.

En este mismo año se efectúa la *Conferencia de San Vicente de Paul*, decidiendo proporcionar alimento, ropa y medicina a pobres y enfermos, sin embargo son expulsadas de la ciudad las Hermanas de la Caridad ante la intromisión de otros intereses extranjeros.

Ante estas diversidades de atención surge la necesidad de construir la *Dirección de Beneficencia Pública*, que es el antecedente primordial de la actual *Junta de Asistencia Privada*.

Entre 1864 y 1867 es constituido el *Consejo de Salubridad* y el *Consejo General de Beneficencia*. Para 1881 es reglamentado el funcionamiento de las instituciones de asistencia privada. El 10 de Septiembre de 1885 la Secretaria de Gobernación estima que debe existir una mayor vigilancia de la beneficencia privada. A partir de este momento nace la *Junta de Asistencia Privada en el Distrito Federal*.

Comienzan a extenderse en provincia iniciativas de atención a la vejez. En 1886 es inaugurado el *Asilo de la Ciudad de Mazatlán, Sinaloa*. En 1888 abre sus puertas el *Instituto Ribera, hoy Centro de Protección de Ancianos en Querétaro*. Para 1893 se cuenta en Chihuahua con el *Asilo Bocado de Pobre*.

El 7 de Noviembre de 1899 es aprobada la *Primera Ley de Beneficencia Privada* con sus respectivos estatutos. Porfirio Díaz decreta que dentro de esta ley no se incluyen las asociaciones religiosas.

La beneficencia da un giro diferente al ejecutarse con fondos particulares y con un fin de caridad o instrucción.

El 21 de Noviembre de este mismo año es abierto uno de los asilos más reconocidos: el *Asilo Matias Romero* por parte de la comunidad de religiosas *Hermanitas de las Ancianos Desamparados*, el cual continúa brindando servicio hasta nuestros días. Esta comunidad ha construido más de 10 asilos en México.

4.4 MEXICO CONTEMPORANEO.

Al dar inicio al Siglo XIX se efectúan una serie de modificaciones a los objetivos de los organismos responsables de las acciones asistenciales.

Son constiuidas oficialmente las siguientes fundaciones: en 1901 la *Fundación 16 de Abril*, en 1903, amparado por la Junta de Asistencia Privada, el *Asilo Casa Betty*, en 1904 una *Casa Hogar en Popotla* (Tacuba, D.F.), en 1907 la *Fundación Mier y Pesado* y en 1911 una *Casa Hogar en Orizaba Veracruz*.

Entre 1910 y 1920 nada satisfactorio pudo hacerse en beneficio de la salud y la asistencia social a consecuencia de la guerra civil. De 1910 a 1917 existe un gran desajuste social ante la permanencia de Díaz en el poder. Los años de 1914 y 1915 fueron los de mayor marginación de las acciones de asistencia pública, y aún así, con todo y eso, por disposición constitucional se creó el Departamento de Salubridad con muchos sacrificios, ya que a fines de 1915 Venustiano Carranza había intentado reorganizar la asistencia pública, pero ello se veía casi imposible debido a que 1915 fue el *año del hambre* en la ciudad de México. Los establecimientos de asistencia pública habían cerrado sus puertas por falta de presupuesto.

El *Departamento de Beneficencia Pública* dependiente de la Secretaría de Gobernación funcionó hasta 1920. Es entonces cuando surge la *Lotería Nacional para la Asistencia Pública* para cubrir las diferentes acciones asistenciales que eran requeridas en ese momento. El gobierno le asigna a la Lotería Nacional algunos productos para sostenerse.

Los años veintes dan un giro con la participación del *Departamento del Distrito Federal* en los programas de asistencia.

Entran en funcionamiento el *Centro de Protección Social, Albergues Temporales para población senecta, centros de atención de medicina preventiva y hospitalización así como servicio de asesoría jurídica.*

Entre 1920 y 1924 durante el periodo del General Alvaro Obregón es creado el *Departamento de Salubridad* y fundada la *Escuela de Salud Pública.*

El 13 de Agosto de 1925 es promulgada la *Ley de Pensiones Civiles de Retiro* con la finalidad de proteger al empleado público de enfermedades, vejez y otros riesgos.

Ante acuerdo presidencial, el 21 de Agosto de 1926 se declara que: el órgano del Estado destinado a prevenir y remediar las necesidades de las clases desvalidas es la *Beneficencia Pública* (Flores G., 1986).

Ya a fines de los años treinta existe una concepción más amplia de la asistencia social. En 1933 es manifiesta la abrogación de la *Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales.*

En 1934 es manejado en lugar del término *caridad* el de *solidaridad* (Flores G., 1986). El nuevo enfoque al proporcionar ayuda al necesitado, implica defensa pública. Sin embargo la atención prestada intentaba cubrir las clases más desvalidas, lamentablemente se llegó a caer en circunstancias elitistas.

Posteriormente, el Presidente Cárdenas creó la *Secretaría de Asistencia* en 1937 con atribuciones de carácter social para poder proporcionar atención a la gente más necesitada.

En 1940 es inaugurada la *Casa Hogar Arturo Munclet* aunque desde los veinte se comenzó a dar una atención a los ancianos adaptando el lugar como hospital.

En 1943 son fusionados la *Secretaría de Asistencia Pública* y el *Departamento de Salud Pública* para formar la *Secretaría de Salubridad y Asistencia.* Por otro lado en este mismo año se creó el *Instituto Mexicano del Seguro Social* con el cual pudieron proporcionarse servicios de prestaciones a la invalidez, pensiones, vejez y muerte entre otras. También a inicios de este año había sido promulgada la *Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal* creando nuevas reformas a la primera ley que había sido decretada por Porfirio Díaz.

Entre 1950 y 1980 las acciones básicas asistenciales se vieron vinculadas con el proceso de industrialización del país.

La *Beneficencia Pública* dependió del *Ministerio de Relaciones Exteriores* hasta el 23 de Agosto de 1952. En este mismo año fue establecida la *Casa del Asegurado del Instituto Mexicano del Seguro Social,*

Entre 1952 y 1958 bajo el régimen de Adolfo Ruiz Cortinez es puesto en servicio el *Hospital de la Raza (IMSS)*, al igual que dió inicio la construcción del *Centro Médico Nacional (IMSS)*.

Surgen otras instituciones asistenciales tales como los *Asilos de Torreón*, Coahuila en 1955, de *Puebla*, Puebla en 1956, de *Celaya*, Guanajuato en 1959 y la *Fundación Paulino de la Fe* en México, D.F. en 1960 con el propósito de brindar una ayuda más amplia a la ancianidad.

Un año después se estableció el *Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI)* como organismo público descentralizado. Para ampliar su campo de acción en Diciembre de 1975 cambió su denominación por el *Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia*, con el objeto de promover el desarrollo de la comunidad. De este modo se complementaba el esfuerzo iniciado en 1968 por el *Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez*. La fusión de ambos organismos dió origen en 1977 al *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)* (Soberón, 1988).

En 1962 dos casas más son fundadas: la *Casa de Reposo Mateos Portillo* en la Ciudad de México y el *Hogar para Ancianos de Cotija* de La Paz Michoacán.

Los setentas marcaron una alta desigualdad social ante la inestabilidad financiera mundial viéndose afectados los alcances en materia de salud, asistencia y seguridad social. Pero aún así surgieron instituciones y acciones sociales en favor de la senectud.

En 1975 es fundado el *Hogar Marillac* como una reminiscencia de las obras creadas por las Hermanas de la Caridad.

El año de 1977 señala una nueva etapa en la gerontología con la fundación de la *Sociedad de Geriatria y Gerontología de México (GEMAC)*. A partir de este momento son establecidas: la *Escuela de Gericultura*, *consultorios*, *clínicas de reposo privadas*, *centros de rehabilitación (358 centros institucionales en toda la república)*, el *Consejo Mexicano de Geriatria así como la especialidad de Geriatria en México*.

Los *Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública* se instituyeron en 1978 con el propósito de incrementar los recursos financieros que desde 1920 la Lotería Nacional destina a las acciones de asistencia.

En 1979 es fundado el *Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)*, cuyo objetivo principal es proporcionar a la población de más de 60 años asistencia económica, laboral, jurídica, médica, psicológica y social.

En este mismo año tiene origen la *Asociación de Atención al Anciano y Promoción Social* mejor conocida como *Quinta las Margaritas* en Tepepan, Xochimilco.

En 1980, con el fin de coordinar las acciones de asistencia fue elaborado el marco sectorial de salud, y para 1981 fue creada la *Dirección de Asistencia Social de la Coordinación de Salud*. Por otro lado la *Ley de Asistencia Privada* es presentada con mayor solidez.

El 10. de Diciembre de 1982 el Presidente Miguel de la Madrid, al tomar posesión de su cargo, estableció que los servicios básicos de salud serían transferidos a los gobiernos estatales ante la decisión de la descentralización de la vida nacional.

El 21 de Diciembre queda suscrito el Acuerdo por el que el *DIF* debe integrarse al *Sector Salud*, en cumplimiento de las disposiciones legales que le son aplicables.

Ante la coordinación de esfuerzos del *Instituto Politécnico Nacional* y el *ISSSTE* son contados en México en este año 76 Geriatras especialistas.

También en 1983 es presentado por el Presidente de la Madrid el *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988* en donde incluye los rubros de *salud, asistencia y seguridad social* proponiendo el fomento de programas que permiten a las personas de edad avanzada la realización de actividades culturales, sociales, de esparcimiento y productivas, así como el promover la protección social para el bienestar de la población de escasos recursos, en donde es tenida una consideración especial de los ancianos.

El 7 de Febrero de 1984 es publicada en el Diario Oficial la *Ley General de Salud*, con base al Artículo 40. Constitucional en donde es referida la *Asistencia Social al Anciano* en conforme al *Programa Nacional de Salud*.

El 21 de Enero de 1985 dentro del marco de la modernización administrativa, la *Secretaría de Salubridad y Asistencia* cambia su denominación por el de *Secretaría de Salud*, y pasa a coordinar el *Sistema Nacional de Salud* (SSA, 1988).

El 26 de Enero la *Secretaría de Gobernación* y la *Secretaría de Salud* ponen en marcha un programa de diagnóstico de los servicios médico-asistenciales a nivel municipal, para que el propio Ayuntamiento asuma gradualmente la responsabilidad de la prestación y administración de los servicios de salud.

El 19 de Septiembre ante las consecuencias del terremoto ocurrido en la ciudad de México, la *Secretaría de Salud* en coordinación con las instituciones hospitalarias del sector privado, instala 281 puestos de socorro para la atención primaria de las zonas afectadas en donde son atendidos varios ancianos que resultaron lesionados.

El 9 de Enero de 1986 es publicada en el Diario Oficial la *Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social* en donde es destacada la participación del *DIF* como el *Coordinador del Subsector de Asistencia Social*.

A partir de este momento instituciones sociales públicas modifican sus funciones. Tal es el caso del *ISSSTE* que enfoca su participación hacia el bienestar de sus jubilados, así mismo el *IMSS* promueve programas de servicio para jubilados y pensionados.

El 29 de Mayo se da a conocer la *Norma Técnica* para la atención de los *Servicios de Asistencia Social en Casas Hogar para Ancianos*.

También en 1986 son creadas las instituciones de *Mano Amiga a Mano Anciana*, *Fundación de Ayuda a la Ancianidad*, *los 60's* y *Dignificación de la Vejez*.

El 10 de Marzo de 1988 inauguró la Reina Sofía una casa para ancianos en acto presidido por el titular de la Secretaría de Salud, el Dr. Guillermo Soberón.

En Octubre de 1990 la *Fundación para el Apoyo de la Comunidad A.C. (FAC)* comenzó a hechar a andar el proyecto *Un Hogar para el Anciano en Nuestro Barrio* con el soporte financiero de *Caritas Alemania* para brindar ayuda a ancianos pobres.

A raíz de los sismos ocurridos en 1985, *FAC* conformó el *Proyecto Insolventes del Programa de Vivienda* junto con la *Comunidad Participativa Tepito A.C. (COMPARTE)* con el propósito de beneficiar a 62 ancianos que vivían en ese barrio. Actualmente ambos organismos fundamentados dentro de la Iglesia Católica, unen sus esfuerzos para proporcionar vivienda, atención personal y comunitaria a otros barrios de la Ciudad de México.

La *Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, A.C. (GEMAC)* desde su fundación en Mayo de 1977 ha dedicado una gran parte de sus esfuerzos a la educación gerontológica. La Sociedad ha efectuado eventos tales como cursos, congresos, conferencias, simposios, sesiones científicas, etc., en donde han asistido diversos profesionales interesados en el área de la vejez en nuestro país. A nivel internacional su existencia y labor es ampliamente reconocida por organismos como las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

Desde 1991 la *GEMAC* cuenta con un *Programa de Educación Continua* enfocado a profesionales y estudiosos interesados en la materia. Pero no fue sino hasta 1994 que la *GEMAC* implementó el primer *Diplomado en Gerontología* impartido tanto en sus instalaciones particulares como en la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el objeto de capacitar a un equipo multidisciplinario de trabajo que sea capaz de mejorar la calidad de atención integral al anciano.

Hasta este momento pareciera que han sido muchos los intentos que se han realizado para establecer un sistema de acción social gerontológica adecuado a las necesidades de los ancianos, sin embargo, aún no son suficientes. Se requiere de un esfuerzo mayor para instaurar un programa integral que beneficie no sólo a una parte de

los ancianos mexicanos sino que se haga extensivo a aquellos lugares más recónditos y desamparados de nuestro México.

CAPITULO V

**MODELOS INTERNACIONALES DE
ATENCION A LA SALUD
GERONTOLOGICA**

Este capítulo pretende dar a conocer lo que se está haciendo actualmente en otros países para brindar una mejor atención a los ancianos y de esta manera poder generar alternativas comunitarias que favorezcan principalmente a aquellos que viven en zonas marginadas.

5.1 ATENCION PRIMARIA A LA SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA.

La especie humana se caracteriza por una larga infancia y una prolongada vejez. En el transcurso de la historia esto ha permitido a las personas de mayor edad educar a los más jóvenes y transmitirles valores; esta función ha garantizado la supervivencia y el progreso del hombre. La presencia de los ancianos en el hogar, en la vecindad y en todas las formas de vida social sirve aún de lección insustituible para la humanidad. No sólo a través de su vida, sino incluso a la hora de su muerte, el anciano nos da a todos una enseñanza. Merced a la pena que sufren los supervivientes, éstos llegan a comprender que los muertos siguen formando parte de la comunidad humana, con los resultados de su trabajo, las obras e instituciones que dejan tras ellos, y el recuerdo de sus palabras y actos. Esto puede estimularnos a considerar con mayor serenidad nuestra propia muerte y hacernos más plenamente conscientes de nuestras responsabilidades hacia las generaciones futuras.

Una vida más larga proporciona a los seres humanos la oportunidad de examinar retrospectivamente sus vidas, corregir algunos de sus errores, acercarse más a la verdad y lograr una comprensión diferente del sentido y el valor de sus acciones. Quizá sea ésta la mayor contribución de las personas de edad a la comunidad humana. Especialmente

en esta época, después de cambios sin precedentes que han afectado al género humano durante su vida, la reinterpretación de su pasado por parte de los ancianos debería ayudarnos a todos a conseguir la reorientación de la historia que urgentemente se necesita.

La formulación y ejecución de políticas relativas al envejecimiento son un derecho soberano y una responsabilidad de cada Estado, que éste debe ejercer sobre la base de sus necesidades y objetivos nacionales concretos. No obstante el fomento de las actividades, la seguridad y el bienestar de las personas de edad debe ser una parte esencial de un esfuerzo integrado y concertado de desarrollo realizado en el marco del nuevo orden económico internacional y regional debe desempeñar un papel muy importante. (ONU, 1982)

La *atención primaria a la salud* ha puesto sus bases en el propósito principal de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* y la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)* que es el de *salud para todos en el año 2000*.

Al hablar de un análisis sobre la salud de los ancianos es importante considerar esta meta internacional de la atención primaria, incluyendo los aspectos que se relacionan con la comunidad.

Los servicios que se requieren deben ser significativos, eficaces, aceptables, costeables y de cobertura universal. La eficacia de tales servicios deben tener como fines *fomentar, prevenir, curar y rehabilitar*.

Jack Bryant (1985) argumenta que la diferencia entre prevención y fomento consiste principalmente en que la primera tiene que ver con la enfermedad y la segunda con la salud. Indica que lo que hace falta es que las actividades de participación de la comunidad se integren en un marco de desarrollo más general.

Cada vez más son los países que les están dando prioridad a los ancianos para resolver sus necesidades actuales y futuras.

Jack Bryant (1985), sostiene que las personas interesadas han comenzado a estudiar lo que él denomina una *fijación prospectiva de prioridades* al anticiparse a los acontecimientos en una o dos décadas para estimar que prioridades habrá en ese entonces y tratar de prepararse para enfrentarlas.

En este sentido el concepto *salud para todos* abarca tanto las necesidades de los ancianos como la preparación para ocuparse de ellas. Comprende los principios de equidad, necesidad y riesgo e implica contar con una infraestructura de atención primaria adaptable a las necesidades que sobrevengan y también a aquellas prioridades que cada país o comunidad considere apropiadas. Para J. Bryant la solución ideal a los problemas del anciano radica en hacer hincapié en la acción de la comunidad, lo cual supone

participación individual, autosuficiencia y reducción de la dependencia sin que sus miembros se limiten sólo en recibir pasivamente lo que se les entrega, sino que tomen parte efectivamente en la toma de decisiones. Destaca que el dar preponderancia a la salud y no a la enfermedad implica promover la salud, en lugar de o además de prevenir enfermedades y de dar importancia a la capacidad de vivir con una enfermedad evitable.

Suele decirse que el conjunto de servicios para la atención del anciano se divide en dos tipos: Institucional y Comunitario. Se habla de ellos como si constituyeran dos alternativas que se excluyen mutuamente, que se separan y compiten para obtener sus propios recursos.

J. A. Muir Gray (1985) expone que existen cuatro tipos de servicios para los ancianos, y es frecuente que la persona de edad que experimenta problemas necesite de los cuatro. Para él, el más importante siempre ha sido y seguirá siendo la *autoatención*. El segundo en orden de importancia es la *atención informal*, a cargo de parientes, amigos, vecinos y asociaciones de voluntarios. El tercero es la *atención comunitaria* a la que prefiere llamarla *atención domiciliaria* tomando en consideración los servicios comunitarios que pueden prestar algunas instituciones a nivel domiciliario. Y el cuarto tipo es de *atención institucional*, referida como la atención hospitalaria y/o la atención a largo plazo en el hogar.

Los servicios de atención primaria de salud brindan un marco adecuado para elaborar un *modelo de atención integral*, de acuerdo a los *principios* que la *OMS (1985)* sugiere. Tales principios son:

1. Los servicios deben de abarcar a la totalidad de la población.
2. Es menester hacer uso adecuado de la tecnología y emplear eficaz y eficientemente los recursos.
3. Debe existir planificación intersectorial.
4. La participación de la comunidad debe constituir un elemento esencial de la planificación y administración de servicios.

El grado de sensibilidad exigido a las comunidades para que puedan ocuparse eficazmente de poblaciones con necesidades especiales, como los ancianos endebles o los de edad muy avanzada, pone de relieve la importancia de la participación de la comunidad. Los miembros de la comunidad deben participar activamente en los programas de promoción y conservación de la salud, asumir una mayor responsabilidad por su propia salud, por las de sus familias y vecinos y utilizar los servicios sociales y de salud de la manera más eficaz posible. Además, deben hacerse cargo de supervisar y regir los factores en el lugar de trabajo y en el ambiente físico que afectan

desfavorable el bienestar. De manera más concreta, los miembros de la comunidad deben participar en (Edward, 1989):

- La expresión y la determinación de las metas y los objetivos de la atención social y de salud.
- La determinación de las necesidades sociales y de salud de la comunidad, más allá de las normas mínimas universales.
- La aplicación y examinación constantes de los planes sociales y de salud

La *participación de la comunidad* en el establecimiento de un marco prioritario, en el desarrollo de la política de adopción de decisiones -en suma, en la organización y el manejo de su sistema social y de salud- permite el pronto reconocimiento y solución de una amplia gama de problemas de un modo que se adapta a cada situación particular.

Definitivamente, la atención primaría a la salud de los ancianos con la participación de la comunidad tendrá muchas más ventajas que la atención institucional.

5.2 LAS DESVENTAJAS DE LA ATENCION INSTITUCIONAL.

Entre las principales desventajas de la atención institucional en hogares residenciales y hospitales están (Harbert W, 1989):

- 1) Exceso de dependencia de los residentes hacia el personal para la realización de sus necesidades más básicas.
- 2) Pérdida de oportunidades de los residentes al querer mantener su individualidad, imponer sus decisiones y ejercitar su iniciativa.
- 3) Los efectos de la estigmatización de la segregación -particularmente cuando las instituciones cuentan con más de 100 personas como la Alemania, Grecia, Rusia, Servia y otros países.
- 4) Inseguridad y falta de protección legal de bienes personales.
- 5) Dificultad para proveer estimulación física y mental a personas que así lo requieran para mejorar su estilo de vida con rutinas diarias.
- 6) Pérdida de determinadas relaciones.
- 7) Pérdida de posesiones personales que se habían acumulado durante toda la vida.
- 8) Pérdida de espacio personal y la necesidad en algunos hogares de vivir en dormitorios compartiendo las recámaras con desconocidos.

- 9) Pérdida de compromisos personales con sus parientes y amigos y falta de privacidad para sus visitas.
- 10) La ausencia de un inodoro personal y el impacto de esto sobre el confort personal y el sentido de dignidad, hacen que poco a poco el anciano se vuelva enfermizo y es cuando la presencia de la incontinencia puede aparecer. Aún personas quienes están severamente dañadas mentalmente responden favorablemente con atención, relaciones sociales, espacios adecuados, así como regímenes y posesiones que sean personalizados, pero todo esto que aunque no es imposible, resulta difícil de llevarse acabo en un ambiente institucional. Porque los fracasos presentados por el personal ante las necesidades de los residentes, crean comunmente en las instituciones: apatía, desinterés, introspección y sumisión entre los residentes; en circunstancias extremas la institucionalización puede ocasionar alteraciones hasta en la postura y el modo de andar de la persona. Con el paso del tiempo los cambios producidos en la conducta como consecuencia de la institucionalización pueden suponer que fueron originados desde el momento de la admisión, tanto que los parientes y el personal quedan convencidos de que la atención institucional representa sólo una opción disponible pero no la mejor.

5.3 PLAN DE ACCION INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. PROPUESTA DE LA ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS (VIENA, 1982).

El año de 1982 marca un acontecimiento mundial sin precedentes en la Historia de la Acción Social gerontológica con la realización del *Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento*.

Es a partir de esta propuesta que diferentes naciones preocupadas por el bienestar de sus ancianos participan con la elaboración de varios modelos tendientes a mejorar la calidad de vida de los mismos.

Para tener una idea más clara de estos modelos será necesario entrar a conocer en detalle las principales recomendaciones del Plan de Viena en cuanto a los servicios integrales de salud se refiere, para que posteriormente podamos conocer los diferentes

modelos que se acercan a esta misma propuesta. Todos ellos están delimitados dentro de un marco social comunitario y promueven la salud de las personas de la tercera edad. Algunas de estas recomendaciones son:

A) SALUD Y NUTRICION.

- * La *acción preventiva* es tan importante como la curativa y no deberá enfocarse a las personas de edad sólo en aspectos puramente patológicos sino desde un *punto de vista integral* que permita mejorar la calidad de vida de las personas de edad. Será necesario entonces darle prioridad a la atención sanitaria primaria de manera que los ancianos puedan llevar una vida independiente en el seno de sus propias familias y de su comunidad el mayor tiempo posible.
- * Para reducir incapacidades y dolencias se requiere de un diagnóstico precoz, un tratamiento apropiado y medidas preventivas, principalmente en situaciones que requieran de una atención especial (deficiencias, inadaptaciones o trastornos mentales) y así evitar la institucionalización.
- * Las medidas preventivas pueden centrarse en la capacitación y el apoyo a la familia así como a personal voluntario para evitar el aislamiento social. La capacitación gerontológica básica deberá impartirse a personal profesional, familiares y a las mismas personas de edad para mejorar el cuidado de sí mismas.
- * Deberá existir una coordinación más estrecha entre los servicios de protección social y de atención sanitaria, tanto a nivel nacional como a nivel de la comunidad y permitir que sean los mismos ancianos quienes participen en el desarrollo y funcionamiento de tales servicios.
- * Será preciso desarrollar al máximo en la comunidad los servicios sanitarios y conexos. Estos servicios deberán abarcar una amplia gama de servicios ambulatorios, como centros asistenciales diurnos, dispensarios, hospitales diurnos, atención médica y de enfermería y ayuda doméstica. Deberán brindarse servicios siempre de urgencia. El cuidado en instituciones deberá corresponder siempre a las necesidades de las personas de edad. Deberá evitarse el uso inadecuado de camas en las instituciones destinadas al cuidado de la salud. En

especial, las personas mentalmente sanas no deberán internarse en hospitales mentales. Debe prestarse servicios de exámen y asesoramiento médico en clínicas geriátricas, centros de salud o locales de la comunidad donde se reúnen personas de edad. Se debe contar con la infraestructura sanitaria necesaria, así como el debido personal especializado que pueda llevar a la práctica una *asistencia geriátrica integral y completa*. En caso de atención institucional deberá evitarse la alienación del senescente de la sociedad provocada por su aislamiento, entre otras formas, alentando más la participación de miembros de familia y de voluntarios.

- * Deberá perseguirse activamente el objetivo de mejorar la salud, prevenir las enfermedades y mantener las capacidades funcionales entre las personas de edad. Para ese fin un requisito es la evaluación de las necesidades físicas, psicológicas y sociales del grupo interesado. Esta evaluación promoverá la prevención de las incapacidades, el diagnóstico temprano y la rehabilitación.
- * Deberán intensificarse los esfuerzos para desarrollar la *asistencia a domicilio*, limitando el recurso de la hospitalización.
- * Deben promoverse intercambios internacionales y de cooperación para la realización de investigación epidemiológica y de validez de distintos sistemas de atención.
- * Los ancianos necesitan de una nutrición adecuada, especialmente aquellos quienes se encuentran en situaciones muy precarias. Será conveniente entonces tomar las medidas necesarias para poder efectuar una distribución apropiada de alimentos para los ancianos de zonas rurales y suburbanas.

B) PROTECCION DE LOS ANCIANOS COMO CONSUMIDORES.

- * Los gobiernos deberán garantizar que los alimentos, enseres domésticos, las instalaciones y equipos cumplan normas de seguridad y que tengan en cuenta la vulnerabilidad de las personas de edad
- * Es necesario promover el uso prudente de medicamentos y productos químicos que se utilizan en el hogar exigiendo que los fabricantes coloquen en esos productos las advertencias y las instrucciones necesarias para su empleo.
- * Es conveniente que se ponga al alcance de las personas de edad fármacos, audífonos, prótesis dentales, anteojos y otras prótesis, para que puedan continuar con una vida activa e independiente.

C) VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE.

- * Debe considerarse que la vivienda destinada a los ancianos sea algo más que un mero albergue. Además del significado material, tiene un significado psicológico y social que debe tomarse en consideración. A fin de liberar a las personas de edad de la dependencia de otros, las políticas nacionales en materia de vivienda deben *contribuir a que las personas permanezcan en sus propios hogares* mientras sea posible, mediante la restauración y el desarrollo de los mismos así como reestructurar y mejorar las viviendas que requieran de una mejor adaptación y facilidades de acceso.
- * En el marco de una política en materia de vivienda es preciso prever la posibilidad de otorgar financiamiento con apoyo de la iniciativa privada para programar y construir viviendas para personas de edad.
- * Debe alentarse a los gobiernos nacionales a que adopten políticas en materia de vivienda en las que se tomen en consideración las necesidades de las personas de edad y de los que están socialmente en desventaja.

- * El medio en que viven las personas de edad debe concebirse, con el apoyo de los gobiernos, las autoridades locales y las organizaciones no gubernamentales, de manera que puedan seguir viviendo, si así lo desean en un ambiente que les resulte familiar, y en que su participación en la comunidad sea prolongada y tengan la oportunidad de llevar una vida plena, normal y segura.
- * Las personas de edad deberán participar en la elaboración de políticas y programas de vivienda relativos a la población senescente.

D) FAMILIA.

- * Los gobiernos deberán promover políticas y crear servicios sociales necesarios que alienten el mantenimiento de la solidez familiar para el cuidado de sus parientes de edad avanzada en sus hogares.

E) BIENESTAR SOCIAL.

- * Los servicios de bienestar social deberán tener por objeto la creación, promoción y mantenimiento, durante el mayor tiempo posible, de las funciones activas útiles de las personas de edad en la comunidad y para la comunidad.
- * Debe fomentarse la participación intergeneracional de jóvenes y viejos en la prestación de servicios proporcionados. La atención y realización de actividades para las personas de edad deberá estimular la autoayuda entre las mismas con la posibilidad de formar grupos y movimientos de índole recreativo, social o cultural.
- * En el caso que sea necesario o inevitable la atención institucional para los ancianos deberá asegurarse de que gocen de una calidad de vida digna conforme a las condiciones de su comunidad.

F) SEGURIDAD DE INGRESO Y EMPLEO.

- * Los gobiernos deberán tomar las medidas necesarias para garantizar a todas las personas de edad un nivel mínimo de recursos adecuados, y desarrollar la economía nacional en beneficio de toda la población. Con este fin deberán
- * Crear o ampliar sistemas de seguridad social a fin de que el mayor número de personas puedan beneficiarse de esta protección. De no ser ello posible deberán buscarse otros medios, como beneficios en especie, ayuda directa a las familias y a las instituciones cooperativas locales.
- * Asegurar que el nivel mínimo de recursos permita satisfacer las necesidades esenciales de las personas de edad y garantizar su independencia.
- * En los sistemas de seguridad social, deberá procurarse que tanto los hombres como las mujeres adquieran sus propios derechos.
- * En el caso de que los trabajadores de edad sufran alguna incapacidad de trabajo, la seguridad social deberá responder por su seguridad de ingreso.
- * Los gobiernos deberán facilitar la participación de las personas de edad en la vida económica de la sociedad.
- * Los trabajadores de edad deberán permanecer en un empleo en condiciones satisfactorias y beneficiarse de la seguridad del mismo.
- * Los ancianos no deberán ser discriminados en el mercado de trabajo, sino ser tratados con igualdad con respecto a los demás trabajadores. Así mismo deberán gozar del derecho de acceso a los programas y servicios de orientación, capacitación y colocación.
- * Deberán tomarse medidas encaminadas a ayudar a las personas de edad a encontrar o reencontrar un empleo o un trabajo independiente, creando nuevas posibilidades de empleo y facilitando su capacitación y actualización de conocimientos.

- * El derecho de los trabajadores al empleo debe basarse en su capacidad para cumplir las labores de que se trate, más que en su propia edad.
- * Convendría no rebajar la edad de la jubilación salvo sobre una base voluntaria.
- * Los gobiernos deberán tomar las medidas más pertinentes para facilitar el proceso de *jubilación* haciendo flexible la edad de derecho a jubilarse. Deberán fomentarse cursos de preparación para el retiro y disminuir gradualmente el trabajo y horario los últimos años de la vida laboral (-aunque el Plan no lo menciona- se podría pensar que ello no repercutiría en una disminución drástica en sus percepciones económicas).

G) EDUCACION.

- * Deben establecerse programas de educación en los que las personas de edad puedan participar como maestros y transmisores de conocimientos, cultura y valores espirituales.
- * La educación debe proporcionarse sin discriminación hacia los ancianos.
- * Las políticas educacionales deben reflejar el principio del derecho de los senescentes a la educación mediante la asignación apropiada de recursos y con programas de enseñanza convenientes.
- * Los métodos de enseñanza deberán ser adaptados de acuerdo con las capacidades de los senescentes, de tal forma que puedan participar equitativamente en cualquier tipo de educación que se ofrezca y aprovecharla.
- * La necesidad de educación continua de adultos a todos los niveles debe contar con reconocimiento y estímulo. Por lo tanto habrá de tomarse en consideración el concepto de Educación Universitaria para las Personas de Edad.
- * Debe emprenderse un esfuerzo bien coordinado para que los diferentes medios de comunicación participen con campañas, programas de enseñanza y cursos de capacitación que destaquen los aspectos más positivos del proceso de

envejecimiento y de los ancianos mismos, dirigidos a todos los grupos de edad en todos los niveles escolares y culturales con carácter interdisciplinario.

- * Se deberá poner a disposición de las personas de edad amplia información sobre todos los aspectos de su vida, en forma clara y comprensible.
- * Las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales deberán capacitar a su personal en la esfera del envejecimiento y redoblar sus esfuerzos para difundir tal información.
- * Las organizaciones de jubilados y de ancianos deberán participar en la planificación y la realización de estos intercambios de información
- * En los planos nacional, regional e internacional deberá prestarse mayor atención a las investigaciones y estudios orientados a apoyar la integración de los problemas de envejecimiento en el marco de la formulación y aplicación de planes y políticas.
- * Los estados, las organizaciones intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales deberán estimular la creación de instituciones especializadas en la enseñanza de la geriatría y la gerontología.

5.4 DECLARACION SOBRE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD.

PROPUESTA DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE LA VEJEZ (ONU, 1992).

Aunque el *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento* adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982 significó un gran acontecimiento, este no representó el sentimiento vivo en los corazones y mentes de la mayoría de las personas de edad, ni llegó tampoco al público en general. Aún más, mientras que las Naciones Unidas a través de los años enunciaban un número de leyes en defensa de los derechos humanos de determinados grupos, ninguna de estas hablaba de la situación de las personas mayores. Entonces con la mira puesta en 1992, fecha que marca el décimo aniversario de la Asamblea Mundial, la *Federación Internacional de*

la *Vejez (FIV)* decidió redactar una *Declaración sobre Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad* que pudiese llenar tan importante vacío. La Declaración se elaboró con la cooperación de varias organizaciones miembros de la *FIV* y otros grupos que representan o trabajan a favor de las personas mayores alrededor del mundo.

La Declaración es en sí una manifestación de un ideal. La *FIV* reconoce que cierto número de los principios propuestos no sean factibles para muchas naciones en el futuro próximo. Sin embargo argumenta que es muy importante tener metas por las cuales se puedan evaluar los esfuerzos hechos en el presente.

A diferencia de otras declaraciones proclamadas por las Naciones Unidas, la *Declaración de la FIV* incorpora una sección de responsabilidades. La *FIV* está convencida de que los derechos serían fácilmente olvidados a menos que las responsabilidades sean reconocidas.

Considera también que las personas mayores en particular, sienten que tienen cierta responsabilidad hacia la sociedad y hacia las generaciones más jóvenes y aceptan gustosamente el reto de continuar cumpliendo con sus responsabilidades.

Los *Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad*, adoptados por la Asamblea General de la ONU en Diciembre de de 1991, se basan en su mayor parte en la *Declaración de la FIV*.

La *FIV* continúa trabajando por la aprobación de la Declaración, tanto por las Naciones Unidas como por los gobiernos y organizaciones no gubernamentales en todo el mundo.

5.4.1 PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD.

"Para dar más vida a los años que se han agregado a la vida".

LA ASAMBLEA GENERAL

Reconociendo las aportaciones que las personas de edad hacen a sus respectivas sociedades.

Reconociendo que en la *Carta de las Naciones Unidas* expresan, entre otras cosas, su determinación de reafirmar su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, y en la igualdad de derechos de hombres y

mujeres, y de las naciones grandes y pequeñas y de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Tomando nota de la elaboración de esos derechos en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* y en el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* y de otras declaraciones con objeto de garantizar la aplicación de normas universales a grupos determinados.

En el cumplimiento del *Plan de Acción Internacional Sobre el Envejecimiento* aprobado por la Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento y hecho suyo por la Asamblea General en su resolución 37/51 del 3 de Diciembre de 1982.

Reconociendo la enorme diversidad de las situaciones de las personas de edad, no sólo entre los distintos países, sino también dentro de cada país y entre las personas mismas, la cual necesita respuestas políticas así mismo diversas.

Consciente de que en todos los países es cada vez mayor el número de personas que alcanzan una edad avanzada y en mejor estado de salud de lo que venía sucediendo hasta ahora

Alertas de que la ciencia ha puesto de manifiesto la falsedad de muchos estereotipos sobre la inevitable e irreversible decadencia que la edad entraña.

Convencido de que en un mundo que se caracteriza por un número y porcentaje cada vez mayores de personas de edad es menester proporcionar a las personas de edad que deseen y puedan hacerlo, posibilidades de aportar su participación y contribución a las actividades que despliega la sociedad.

Consciente de que las presiones que pesan sobre la vida familiar tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, hacen necesario prestar, apoyo a quienes se ocupan de atender a las personas de edad que requieren cuidados.

Teniendo presentes las normas que ya se han fijado en el *Plan de Acción Internacional Sobre el Envejecimiento* y en los convenios, recomendaciones y resoluciones de la Organización Mundial de la Salud y de otras entidades de las Naciones Unidas.

Se alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus programas nacionales (ONU, 1982-1983):

A) INDEPENDENCIA

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de las familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuando y en que medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y capacidades en continuo cambio.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

B) PARTICIPACION

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
9. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

C) CUIDADOS

10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

11. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinde cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

D) AUTOREALIZACION

15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

E) DIGNIDAD

17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valorados independientemente de su contribución económica.

5.4.2 RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD.

DECLARACION DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE LA VEJEZ.

En consonancia con los valores individuales y en tanto que la salud y las circunstancias personales lo permitan, las personas de edad avanzada deberían tratar de:

1. Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.
2. Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.
3. Aprovechar los programas de alfabetización que se les ofrezca.
4. Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación.
5. Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desean participar en la fuerza laboral.
6. Ser flexibles junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
7. Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencia y valores con las generaciones más jóvenes.
8. Participar en la vida cívica de su sociedad.
9. Buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad.
10. Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que deseen recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.

5.5 PRINCIPALES MODELOS DE ATENCION: ACCIONES SOCIALES GERONTOLOGICAS DE MAYOR EXITO.

Barbara Rodgers (1976) señala que una demanda no cubierta no es necesariamente sinónimo de necesidad, y que muchas *necesidades de dependencia* pueden ser resueltas con sistemas alternativos o con una combinación de servicios que se ajusten a las circunstancias individuales. Insiste en una ausencia de criterios objetivos para apreciar la necesidad de gran número de servicios, y sugiere que podemos ver modelos de provisión y utilización de servicios y estimar las demandas no cubiertas por las listas de espera y medios similares.

Las políticas de atención deben incluir la protección económica, la atención sanitaria y alimenticia, la integración de servicios sociales, alternativas de alojamiento, actividades de esparcimiento y participación sociocultural de los ancianos, la familia y la comunidad, con el objetivo último de lograr la plena integración social y un nivel de vida aceptable para los ancianos.

Las necesidades de atención a la salud y al bienestar social de las personas de edad, han sido encaradas mediante diversos sistemas y programas de servicios de protección y asistencia orientados según dos modalidades principales:

- 1) La *institucionalización* del anciano, es decir su internación en establecimientos sanitarios y/o de albergue, o
- 2) El *mantenimiento del anciano en su hogar* o en su medio habitual, con miras a evitar o por lo menos a postergar la internación en una institución (Passanante, 1983).

Tal vez valdría la pena resaltar que la explicación para la insistencia en la *desinstitucionalización* o en las *alternativas a los cuidados institucionales* o en los *cuidados comunitarios* para los ancianos como esta política es descrita en diversos países, es que:

- a) Los ancianos prefieren permanecer en sus propios hogares.
- b) Los profesionales piensan que los ancianos viven más y de forma más feliz y satisfactoria, en sus propios hogares.
- c) Por la mayor parte de los ancianos los cuidados en el hogar son más baratos que los cuidados institucionales (Kahn y Kamermann, 1987).

El desarrollo de servicios geriátricos y gerontológicos en las naciones de Europa Occidental y en Estados Unidos evidencia la estrecha relación entre los llamados *sistemas abiertos (extramuros)* y los *cerrados (intramuros)*, o sea entre las dos orientaciones señaladas, por una parte debido al consenso general en que la preferencia debe recaer en el cuidado domiciliario y por la otra, a causa del reconocimiento de la diversidad de situaciones de la población añosa.

Es decir, que las políticas de salud y bienestar social adoptan principalmente estas dos formas que se combinan simultáneamente para lograr una mejor cobertura de las distintas necesidades de los mayores. Sin embargo ante la expansión de los *modelos institucionales*, han surgido nuevas alternativas y soluciones basadas en el *principio de permanencia en el propio ambiente habitual*.

A fines de 1991, se efectuó en Japón el *Simposio Internacional sobre el Envejecimiento de la Mujer por la Mujer y para Todos*, patrocinado por la Asociación Japonesa del Buen Envejecer. En él participaron cinco países que formularon estrategias sobre cómo debían cambiarse la política, la administración, los servicios de bienestar y asistencia médica a fin de hacer frente a una sociedad en vías de envejecimiento. Las declaraciones de las participantes juntamente con las sugerencias y propuestas del auditorio coincidieron en crear una sociedad para las personas de edad en que el sistema político y cultural permita mejorar la vida de toda la población con especial atención a las necesidades de las personas de edad. Los objetivos por alcanzar son:

- a) Debemos transformar una sociedad materialista en una sociedad compasiva, preocupada por todos sus miembros, especialmente las personas vulnerables o incapaces de atenderse a sí mismas.
- b) Debemos establecer un sistema nacional de seguridad social que garantice unos ingresos adecuados, en vez de esperar que cada anciano tenga que depender de los ahorros de toda su vida para disponer de ingresos en la jubilación.
- c) En vez de depender exclusivamente de los familiares en la vejez, debemos ampliar la red de apoyo para incluir a los amigos, a los vecinos y a la comunidad.
- d) La responsabilidad de cuidar a los ancianos debe confiarse también a los hombres y no limitarse únicamente a las mujeres.
- e) En vez de limitarse a aceptar un número *simbólico* de mujeres en los cargos políticos por elección, elegir una proporción importante de mujeres a fin de establecer una cuota del 30 al 40% por lo menos de mujeres.
- f) En vez de colocar a las personas de edad en hogares para ancianos semejantes a hospitales, ofrecerles un medio más hogareño que asegure la intimidad y el espacio suficiente para sus enseres personales.

- g) En vez de dirigirse a las personas de edad con expresiones tales como "abuelo", "abuela", etc dirigirse a ellas por sus propios nombres con el trato respetuoso de señor, señora, señorita, según el caso.
- h) Promover la rehabilitación, a fin de que las personas obligadas a guardar cama puedan utilizar sillas de ruedas y aprender de nuevo a permanecer levantadas y andar.
- i) Eliminar las barreras ambientales y psicológicas que convierten a las personas de edad en prisioneros en sus propias casas, permitiendo que los ancianos continúen participando activamente en la vida de la comunidad.
- j) Desaparecer las barreras creadas por los trámites burocráticos a fin de facilitar a las personas de edad acceso inmediato a los servicios.
- k) Eliminar la fragmentación actual de los servicios y programas consolidando y coordinando los organismos gubernamentales responsables de prestar servicio a los ancianos (y al público en general).
- l) Pasar de un sistema docente que destaca la competencia a un sistema más humano que fomente la formación de una personalidad más completa.
- m) Pasar de una enseñanza para la competencia a una enseñanza para la simbiosis.
- n) Cambiar de actitud del aislamiento a la independencia con solidaridad.
- o) Crear un espíritu solidario entre todos aquellos que cuidan de los ancianos a fin de establecer un movimiento internacional de estas personas (ONU, 1992a).

Suele considerarse que el envejecimiento supone una carga económica. El problema radica en decidir si éste ha de entrañar un incremento exagerado de los costos para mantener a una población cada vez más dependiente o si, por el contrario, el envejecimiento podrá verse como una victoria del Siglo XX, un éxito debido a la reducción de las tasas de mortalidad y al aumento de la longevidad. El tipo de políticas públicas que se adopten determinará la evolución futura de esta cuestión. Si bien el Plan

de Acción Internacional sobre el Envejecimiento proporciona un marco multidimensional para un programa mundial, su éxito dependerá de las medidas que adopten los Estados Miembros, a los que corresponde la responsabilidad de legislar y de poner en marcha programas sociales así como las organizaciones de personas de edad o que trabajan en favor de ellas.

El progreso en la aplicación del Plan de Acción Internacional ha sido desigual en las diferentes regiones del mundo y, a escala internacional, por desgracia no ha sido muy notable. Se ha tendido a concentrar la atención en la tarea de crear una mayor conciencia pública de la cuestión y en los trabajos de promoción, que en sí mismos tienen gran importancia pero que no se han traducido suficientemente en programas efectivos que tengan repercusiones favorables para las personas de edad.

La tarea más importante para lograr hacia el año 2001 consiste entonces en lograr una aplicación más eficaz del Plan de Acción Internacional para el Envejecimiento, en el contexto de las prioridades nacionales y dentro de los recursos disponibles. Si bien se puede predecir con relativa certeza el envejecimiento de las poblaciones, es probable lamentablemente, que el ajuste de la infraestructura social y económica no proceda a la par, y quizá se retrase gravemente en algunos lugares. Allí reside el desafío para cada país y para la comunidad internacional. Es indispensable promover políticas y asociaciones, ideas e iniciativas para orientar debidamente esta cuestión en los próximos años.

Los esfuerzos en beneficio de los ciudadanos de edad avanzada revisten una importancia especial que va más allá de las consideraciones socioeconómicas y sociales vinculadas al rápido envejecimiento de las poblaciones, por amenazantes que éstas sean. Los ciudadanos de edad avanzada representan no sólo un vínculo con el pasado sino también un puente vital con el futuro.

Lo que evidentemente convendría más a todas las naciones sería establecer como metas prioritarias la de mantener y reestablecer el máximo grado de independencia y autosuficiencia de cada ciudadano de edad avanzada. Sin embargo los recursos públicos en la mayoría de los países son insuficientes y es probable que en el futuro previsible lo sean más todavía. En estas circunstancias, la única acción viable consiste en ampliar la base de apoyo e incrementar los recursos públicos con fondos de otras fuentes.

Las Naciones Unidas tienen un papel importante que desempeñar, especialmente en lo que respecta a apoyar los proyectos relacionados con el envejecimiento de la población de los países en desarrollo. Esos países deberán recibir aliento y respaldo en los esfuerzos que realizan para mantener estructuras familiares que permitan que se respete y cuide a las personas de edad en sus propios hogares. El establecimiento de

metas y programas nacionales tiene suma importancia. Sin embargo no basta con fijar objetivos y aprobar programas nacionales. También es indispensable una activa ejecución y una evaluación posterior de las medidas adoptadas. A través de la cooperación internacional, los países podrán aprender unos de otros, aplicando los modelos de acción que se ajustan mejor a sus propias condiciones y culturas (ONU, 1993a).

Los principales modelos de disposiciones para la vida y el cuidado de los ancianos son francamente similares en todos los países. Se ha sugerido que las similitudes internacionales en política y programas de mantenimiento de ingresos (seguridad social, asistencia social) son los resultados del *aprendizaje societal* entre las naciones. Los programas de servicios para los ancianos son, también, una clara ilustración de este proceso. Parece que el reconocimiento de las necesidades de los ancianos y la preocupación por el desarrollo de programas y política social apropiados, surgieron en varios países en un tiempo en que las oportunidades para intercambios internacionales estaban en auge. Visitas, conferencias, discusiones, intercambio de estudios: todo ello ofrecía oportunidades para aprender y, claramente, las naciones han aprendido unas de otras, a través tanto de medios formales como informales.

Por lo tanto, no es sorprendente que ningún programa sea privativo de ningún país; y a ningún país le falte completamente alguno de los modelos existentes, ya sea de una forma o de otra.

A continuación se referirán las diversas acciones sociales más destacadas que a la fecha son empleadas en diferentes países del mundo, ubicándolas por áreas de atención conforme al Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.

Cada programa implementado ha surgido como una necesidad constante de cambio en busca del Modelo más idóneo para ser llevado a la práctica en el diario acontecer de la población añosa. (Veáse Cuadro 1).

Cuadro 1. Principales Acciones Sociales Gerontológicas en el Mundo

AREAS	ACCIONES SOCIALES	PROGRAMAS	SUB-PROGRAMAS
A) SALUD Y NUTRICION			
I. SALUD	a) Acciones Preventivas y/o Comunitarias	1. Servicios Voluntarios	1.1 Ayuda en el Hogar 1.2 Ayuda Sanitaria en el Hogar 1.3 Pedicuro 1.4 Visitas Amistosas
		2. Servicios de Atención Médica Domiciliaria	
		3. Residencias de Día	
		4. Hospitales de Día	
		5. Autoayuda	
		6. Banco de Medicos Auxiliares	
		7. Desarrollo Rural Integrado	
	b) Acciones Institucionales	1. Cuidados a Largo Plazo	1.1 Hospitales Geriátricos 1.2 Instituciones Gerontológicas 1.3 Agencias y Seguros Médicos 1.4 Servicios Integrales de Salud
		2. Hogares	2.1 Minirendencias 2.2 Hogares Combinados
II. NUTRICION	a) Acciones Comunitarias	1. Comidas sobre Ruedas en el Hogar 2. Comidas en Común 3. Apoyo Nutricional	
B) PROTECCION DE LOS ANCIANOS COMO CONSUMIDORES	a) Acciones Comunitarias e Institucionales	1. Prestación de Servicios Integrales 2. Protección en los Servicios de Bienestar Social y Educativo 3. Apoyo Nutricional 4. Asistencia médica gratuita y protección de seguros sanitarios	
C) VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE	a) Acciones Comunitarias e Institucionales	1. Viviendas Especiales	1.1 Viviendas Protegidas 1.2 Viviendas con Comodidades para Ancianos 1.3 Viviendas Individuales con Servicios Colectivos 1.4 Viviendas Agrupadas 1.5 Pisos para Pensionistas 1.6 Viviendas para Jubilados

(Continuación)

		2. Viviendas en Familia	
		3. Viviendas Atendidas por la Comunidad	
		4. Legislaciones para la Protección de la Vivienda	
		5. Protección del Medio Ambiente	
D) FAMILIA	a) Acciones Comunitarias e Institucionales	1. Asesorías Familiares	
		2. Asistencia Familiar en Apoyo a los Ancianos	
		3. Participación Familiar	
		4. Legislación Familiar	
E) BIENESTAR SOCIAL	a) Acciones Comunitarias e Institucionales	1. Centros o Clubes de Ancianos	
		2. Servicios Sociales de Apoyo a los Ancianos	2.1 Viajes Vacacionales
			2.2 Servicios de Transporte
			2.3 Servicios para Animar y Ayudar a los Ancianos
			2.4 Correo Rural
			2.5 Teléfono de Seguridad
			2.6 Talleres de Preparación de Promotores de Autoestima
			2.7 Actividades Deportivas
		3. Servicios de Bienestar en la Comunidad	
F) SEGURIDAD DE INGRESOS Y EMPLEO	a) Acciones Comunitarias e Institucionales	1. Proyectos que Generan Ingresos	
		2. Programas de Seguridad Social, Pensiones, Prestaciones y Jubilaciones	
		3. Preparación para la Jubilación	
G) EDUCACION	a) Acciones Institucionales	1. Universidades de la Tercera Edad	
		2. Otras Alternativas Educativas	2.1 Escuelas Especializadas para las Personas de Edad
			2.2 Conferencias de Indagación
			2.3 Escuela Ahora y Entonces
			2.4 Centro de Instrucción para Personas de Edad
			2.5 Campo de Vacaciones
			2.6 Cursos de Alfabetización
		3. Campañas y Proyectos Educativos	
		4. Financiamiento de Proyectos para Formación, Investigación y Servicios de Enseñanza	
		5. Formación Gerontológica Integral	

A. SALUD Y NUTRICION.

I. SALUD.

a) ACCIONES PREVENTIVAS Y/O COMUNITARIAS.

I. SERVICIOS VOLUNTARIOS.

Son servicios de ayuda directa o de soporte comunitario realizados por el personal voluntario originario de las instituciones o agencias asistenciales de iniciativa pública o privada, o miembros partícipes de la misma comunidad en atención a los ancianos que radican en sus propios hogares.

Entre las diferentes tareas desempeñadas por los voluntarios se encuentran:

I.1 SERVICIOS DE AYUDA EN EL HOGAR.

En general, estos servicios los llevan a cabo mujeres maduras, con conocimiento de las tareas del hogar como de cuidados personales. Pueden estar especialmente preparadas, como en Suecia y en los Países Bajos, o relativamente no formadas, como en el Reino Unido. La función de este servicio es la de mantener y preservar un entorno familiar amenazado por la enfermedad, muerte, ignorancia, desajuste social o diversos problemas. Los ayudantes de hogar pueden asumir la responsabilidad total o parcial del cuidado y manejo de la casa. Se supone que los servicios deben ser efectuados bajo la supervisión general de una enfermera, un trabajador social u otro profesional sanitario apropiado. Pero el ayudante del hogar no es ni un sustituto de estos profesionales ni una empleada de servicio.

Ejemplos de estos servicios los tenemos en Argentina, Bélgica (Passanante, 1983), Canadá, Francia, Israel (Kahn y Kamerman, 1987; Kahn, 1976) y Suecia (Passanante, 1983; Cates, 1993).

1.2 SERVICIOS DE AYUDA SANITARIA EN EL HOGAR.

Este término se refiere a los servicios de cuidado personal para un paciente, y puede ser utilizado de manera que incluya algunos de los servicios realizados por el ayudante de hogar.

Entre los trabajos realizados por el ayudante de hogar y el ayudante sanitario de hogar están: limpieza y lavados (ligeros), preparar y servir las comidas, compra, recados, enseñar las tareas del hogar a los miembros sanos de la familia y, en el caso de que haya niños pequeños, la supervisión general de los hijos o nietos del paciente.

Los servicios sanitarios en el hogar tienden a ser de *base hospitalaria* (servicios que se extienden a la comunidad), o *base comunitaria* con conexiones siempre y cuando estén asociados con otros servicios e instituciones. Los servicios pueden ser proporcionados por muchos tipos distintos de agencias privadas o públicas

Los servicios más comunes de ayuda sanitaria en el hogar los podemos encontrar en países tales como Alemania, Canadá, Estados Unidos (Kahn y Kamerman, 1987; Kahn, 1976, Flamm, 1974), Jamaica (ONU, 1992a), Noruega (Guntvedt, 1985 y 1986), Reino Unido y Servia (Kahn y Kamerman, 1987; Stojakovic, 1976; Doron, 1976; Social Work Service, 1975).

En Servia a la ayudante sanitaria de hogar se le conoce como *gerontodonzella* que es una paraprofesional que se especializa en el cuidado de ancianos y atiende de 10 a 14 ancianos que se encuentran aislados.

1.3 SERVICIO DE PEDICURO.

Complementario al servicio de atención sanitaria, se encuentra el servicio de pedicuro en el hogar.

Profesionales en esta área así como *gericultistas* y enfermeras *geriátricas* participan en el cuidado de los pies de los ancianos especialmente protegiendo a aquellos que son diabéticos o que padecen de algún tipo de invalidez para evitar cualquier enfermedad consecuente (como "gota" u otra) por una mala higiene y falta de aseo personal.

Los países que destacan en este campo son: Escandinavia (Nicola, 1990, Waerness, 1990), Noruega (Guntvedt, 1985 y 1986), Reino Unido (Kahn y Kamerman, 1987) y Suecia (Cates, 1993).

En países muy desarrollados como en Escandinavia se hace mucha asistencia domiciliaria que cuesta mucho a las administraciones públicas, y comprende incluso el servicio de pedicuro. En la ciudad de Estocolmo con un millón de habitantes aproximadamente hay más de 100 000 ancianos y 15 000 de ellos necesitan un servicio de pedicuro, por lo menos una vez cada dos meses.

1.4 VISITAS AMISTOSAS.

Este tipo de programa ha sido descrito como *vecindario organizado*, debido a que los voluntarios visitan de forma regular, una o dos veces a la semana, a ancianos que no pueden salir de sus casas. Hacen cosas como jugar al ajedrez, a las cartas, escriben cartas, ayudan a ir de compras o, simplemente se sientan y charlan. El elemento esencial es proporcionar una compañía constante para el anciano que está solo; los mismos ancianos son con frecuencia los mejores visitantes.

Las visitas amistosas tienen el propósito de aminorar el aislamiento social de los ancianos. En el mejor de los casos pueden dar un útil servicio suplementario a los ancianos aislados, o imposibilitados para salir de casa, solamente cuando todos los otros servicios domiciliarios están disponibles.

En Jamaica además del apoyo sanitario otorgado a la población senecta proporciona en forma constante atención especial a sus ancianos por medio de un servicio de visitas.

Varios voluntarios son entrenados bajo un programa de atención comunitaria que organizan los llamados *Clubes de la Edad Dorada*. Las necesidades de los ancianos determinan la frecuencia de las visitas, y durante las mismas se les presta la ayuda necesaria en la medida de lo posible.

En Servia existen *Centros Locales de Trabajo Social* que tienen como función la búsqueda y localización de ancianos necesitados y aislados que requieren atención social, médica o sanitaria.

Los visitantes diagnostican las necesidades y problemas de los ancianos para detreminar el plan de tratamiento a seguir.

Además, estos centros son responsables de la iniciación, planificación, desarrollo y operación de diversos servicios e instalaciones para los ancianos, así como de reclutamiento y formación de voluntarios y personal a sueldo para trabajar en estos programas.

2. SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DOMICILIARIA.

El suministro de servicios médicos a domicilio es una de las alternativas más viables en favor de los ancianos, cuya meta es evitar la internación en establecimientos geriátricos como hospitales u hogares de ancianos.

Es a través de centros públicos o privados de ayuda social que se puede impartir este servicio con un equipo interdisciplinario de trabajo en donde participan médicas, enfermeras, trabajadores y asistentes sociales que proporcionan atención médica, cuidados de enfermería y préstamo de materiales sanitarios a ancianos con cierto grado de dependencia y/o que se encuentran solos o desprovistos de ayuda familiar y los soliciten.

En los países nórdicos se llevan a cabo diversos servicios en apoyo a la comunidad. En ellos la atención abierta como controlada se administra y financia en gran parte por el sector público. Los países que más se caracterizan por este tipo de administración son: Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia.

Tanto en Noruega como en Suecia los familiares participan como asistentes de ayuda domiciliaria. En Noruega casi un tercio de la población total de las familias presta ayuda a a sus miembros ancianos (Olav D., 1985 y 1986).

Noruega se ha destacado como el país que cubre la mayor extensión asistencial domiciliaria. Prácticamente todos los condados ofrecen atención diaria con servicios médicos, principalmente bajo los auspicios de casas de convalecencia, pero más de la mitad de las plazas disponibles se encuentra en Oslo (Guntvedt, 1985 y 1986).

Otros países que se distinguen por sus servicios médicos en el domicilio son Bélgica (Passanante, 1983), Francia (Pineda S., et.al., 1990; Kahn y Kamerman, 1987; Passanante, 1983), Inglaterra, Italia, Servia (Nicola, 1990) y Reino Unido (Kahn y Kamerman, 1987; Social Work Service, 1975).

Venezuela cuenta con diversos programas médicos, sanitarios y sociales sustentados bajo el auspicio del *Instituto Nacional de Geriatria y Gerontologia (INAGER)*, que es el organismo rector de las políticas de protección y asistencia al anciano desamparado e indigente (Quintero M., 1992). INAGER detecta los casos de ancianos de bajos recursos para que sean atendidos en sus hogares u organizando a otros miembros de la comunidad para que reciban ayuda los ancianos indigentes y periódicamente en ambos casos se les brinda asistencia médica y sanitaria.

Uno de los servicios médicos comunitarios más sobresalientes es el proporcionado en Israel en donde no sólo la atención cubre a los pacientes agudos sino que tiene alcance también para aquellos ancianos *enfermos crónicos* que requieren de

cuidados especiales y no se les puede desplazar de su domicilio dado el estado de salud que presentan.

También en Haití, *Help the Aged International (HAI)*, en apoyo a la organización francesa *GARD*, establece un programa de salud rural, brindando atención a ancianos minusválidos e incapacitados gravemente enfermos que no están aptos para viajar a los centros existentes desde áreas remotas y aisladas en donde los caminos prácticamente no existen (Tout K., 1986b).

HAI capacita constantemente a voluntarios para ampliar sus servicios domiciliarios. Algunos de los lugares que se han visto beneficiados son Belice (Tout J. y Tout K., 1985 y 1986) y Croacia (ONU, 1993a).

3. RESIDENCIAS DE DIA.

Son establecimientos semiinstitucionales que por medio de cuotas graduadas según las posibilidades económicas de los ancianos proporcionan un lugar de permanencia durante el día, en donde pueden desarrollar actividades productivas y constructivas según sus intereses y aptitudes. También les son proporcionadas consultas médicas y/o psicológicas, así como servicio de comedor. Por la noche pueden regresar a sus hogares integrándose con sus familias.

España se distingue por contar con 533 residencias diurnas en donde participan un número elevado de ancianos funcionales o ligeramente dependientes en las diferentes actividades que se organizan dentro de las instalaciones (Jiménez H., 1989).

En algunos países como en Argentina, Francia, Inglaterra, Polonia y República Dominicana se les conoce como *Centros de Día Municipales o Privados* (Passanante, 1983; Kahn y Kamerman, 1987; Brocklehurst, 1991a; Medrano, 1992) o *Centros Asistenciales Diurnos* como son llamados en Colombia (Cardona y Dulcey, 1990).

4. HOSPITALES DE DIA.

En algunas naciones como Francia, Suecia, Noruega, Reino Unido y Estados Unidos se ha implementado un modelo de institución *a mitad de camino* entre la internación y la asistencia en el hogar (Passanante, 1983):

El *Hospital de Día* o también conocido como *Hospital Comunitario*, está destinado para casos que no requieren de severidades geriátricas de larga estancia. Ofrece tratamiento, revalidación y rehabilitación a ancianos que estén en condiciones de volver a sus casas por la noche.

El Hospital de Día Geriátrico en países tales como Inglaterra, Italia y Serbia fomentan la atención comunitaria antes que determinar un diagnóstico para rehabilitación y/o tratamiento (Nicola, 1990; Brocklehurst, 1991b; Hildick-Smith, 1991).

Instancias de iniciativa gubernamental con apoyo de algunas universidades han hecho posible la creación de *Hospitales Regionales* con un servicio especializado en geriatría. Tal es el caso de la República Dominicana (Medrano, 1992) en donde además con el apoyo de la *Fundación de Investigación de Apoyo Gerontológico (FLAGER)* y la *Asociación Nacional de Ayuda al Anciano (ANAYA)* se efectúan diversos proyectos de investigación que son puestos en práctica en colaboración con los mismos ancianos quienes resultan beneficiados por la atención sociosanitaria que se les brinda.

En Argentina el Dr. Papeschi (1979), propició la creación del Hospital de Día estableciendo las pautas y el esquema básico sobre cómo dirigirlo. El Hospital de Día Geriátrico según este modelo, consiste en una Unidad de Asistencia Médica dinámica con un rol bien definido dentro de los niveles de la Geriatría Asistencial.

La recepción de pacientes que han sido dados de alta médica pero que siguen necesitando apoyo del hospital aunque hayan pasado la etapa aguda, se efectúa en una *Unidad Geriátrica*, que es un servicio médico asistencial con dotación de camas e incluido dentro del *Hospital General de Agudos*, destinado a la atención de pacientes mayores de 60 años que presentan enfermedades agudas o agudizaciones de enfermedades crónicas que son para aquellos que necesitan de una ayuda permanente.

Para recibir algún servicio del Hospital de Día Geriátrico se le ubica al paciente en el mismo establecimiento en cuya unidad haya sido asistido o en un hospital independiente de él, en donde se efectúan las siguientes tareas:

- 1) Iniciar o completar la rehabilitación.
- 2) Reeducar las actividades de la vida diaria con el objeto de ponerlo en condiciones adecuadas para su reintegro al hogar.
- 3) Continuar con la asistencia geriátrica (vigilancia médica y de enfermería, sondajes, inyecciones, controles, etc.).
- 4) Aplicar la terapia ocupacional para reestablecer la mejoría orgánica y la adaptación psicológica.
- 5) Proveer una adecuada asistencia social.

El servicio general proporcionado por el Hospital de Día fomenta la asistencia geriátrica comunitaria, a través de un programa de control médico de *seguimiento domiciliario* destinado a la atención de ancianos que han superado el periodo agudo y no requieren el cuidado médico cercano, pero que aún no se encuentran totalmente reestablecidos. El método es el del control médico programado, en el domicilio, lo cual permite proseguir la rehabilitación ya iniciada en la unidad y ofrece las siguientes ventajas:

- 1) Favorece el alta. El paciente sabe que sigue formando parte del hospital y vigilado por el mismo equipo médico que lo atendió en éste.
- 2) Disminuye el tiempo de estadía hospitalaria y evita el empleo prolongado e innecesario de las camas.
- 3) Favorece la integración social del anciano.
- 4) Evita su desarraigo de la vida familiar.

El inglés J.C. Brocklehurst (1991b), considera que los hospitales de día en un futuro podrían convertirse en centros de capacitación multiprofesional que apoyen el desarrollo de políticas que incrementen los servicios comunitarios.

Una variante de hospitales de día son las *Estancias Temporales* que brindan servicio ocasional a las familias que sin dejar de responsabilizarse del anciano solicitan ayuda sólo por unos días como es el caso de Francia, o alternadamente (dos meses en casa y dos semanas en la residencia) como se lleva a cabo en Inglaterra o sólo cuando requiere de atención médica especializada en caso de enfermedad como es en Suecia (Pineda S., Martínez G. y Rodríguez R., 1990).

En Inglaterra a los ancianos se les protege durante los periodos en los cuales los familiares se ausentan en casa, como son en el caso de los fines de semana o de las vacaciones.

Los hospitales cuentan con camas reservadas para aquellos ancianos que las soliciten, especialmente para aquellos que son internados regularmente.

Una variante prolongada de hospital diurno es cuando los ancianos dejan la familia el lunes y vuelven a casa el viernes. Durante la semana la familia no debe preocuparse por ellos, pero durante el fin de semana los ancianos aprovechan del calor de la familia, y la familia se alegra de la presencia de los ancianos (Nicola, 1990).

5. AUTOAYUDA.

El hablar de autoayuda no sólo nos enfoca en la realización de un trabajo preventivo para preparar a los ancianos a vivir su próxima condición como tales, de la mejor manera posible y así evitar que se conviertan todos en clientes potenciales y usuarios de servicios sociales y sanitarios (Marchioni, 1989), de manera que sean más independientes u autogestionarios; la autoayuda implica la búsqueda de otros caminos más en el terreno de la acción comunitaria y solitaria en el terreno solamente asistencial, a diferencia de la ayuda a domicilio que sería recomendable sólo para aquellos casos que realmente lo necesiten para poder seguir viviendo.

Las acciones de autoayuda son complementadas con algunos servicios voluntarios desempeñados por miembros de la misma comunidad en donde habitan los ancianos.

Tal es el caso de los *visitadores sanitarios o amistosos* que además de colaborar junto con los ancianos en las labores domésticas del hogar pueden motivar el ánimo fomentado por la iniciativa de los ancianos para que puedan valerse por sí mismos en la realización de la mayoría de sus actividades, así como entusiasmarlos a seguir viviendo y poder mantener una relación social constante con otras personas sin importar su edad.

En Nueva Zelanda existen diversos programas dirigidos a ayudar a las personas de edad: Tal es el caso de programa denominado *Fifties Forward*, patrocinado por la *Comisión Hillary*, que ha permitido que las personas de edad en todo el país se organicen para llevar a cabo diversos programas de salud y recreación. Otro ejemplo es *Age Wise*, que es una red de grupos de autoayuda que se hace cada vez más extensa al promover la creación y el aprovechamiento de programas educativos para los ciudadanos de edad. También *Age Concern* ha establecido un *programa de buena vecindad* para las personas que viven solas en las comunidades, y un servicio de visitantes para los que se encuentran reclusos en hogares de cura y no tienen familia o amigos que los visiten (ONU, 1993a).

En Asturias por ejemplo, se ha descubierto que existen zonas rurales y montañosas de la región, formas históricas y comunitarias de ayuda a los ancianos solos por parte de otras familias y núcleos de la población (Marchioni, 1989).

En Estados Unidos la provisión general de servicios sociales para los ancianos ayuda a los diferentes estados a proveer tres metas principales:

- 1) Autoayuda
- 2) Autosuficiencia
- 3) Prevención de Internamiento

Sólo se facilita el internamiento siempre y cuando, el cuidado comunitario no sea factible (Kahn y Kameron, 1987; Janowits M., 1976).

Además de todo lo anteriormente mencionado, la autoayuda puede concebirse como la búsqueda de un desarrollo autopropulsivo dentro de un contexto de desarrollo comunitario y para que ésta pueda mantenerse permanentemente necesita de un postulado operativo esencial: "*el ayudar a ayudarse*". Toda acción comunitaria debe conducir a la autoresponsabilidad para resolver los propios problemas (individuales, grupales y comunales) (Ander-Egg, 1990).

En Jamaica los proyectos comunitarios se combinan con actividades de autoayuda de los miembros que confeccionan y venden tarjetas a fin de recaudar fondos para proyectos. Además los productos de artesanía producidos por los ancianos se venden para complementar más sus ingresos individuales. De esta forma las personas de edad ayudan a la comunidad y se independizan. El éxito de este proyecto comunitario se debe a la dedicación de sus miembros, y al hecho de que ellos han identificado necesidades individuales que pueden satisfacerse con las actividades de voluntariado y atención (ONU, 1992a).

6. BANCO DE MEDIOS AUXILIARES.

En la Cruz Roja de Belice opera el núcleo de un banco de medios auxiliares para incapacitados que en su mayoría pertenecen a los renglones de edad más avanzada. Este servicio había estado muy restringido debido a la falta de medios auxiliares adecuados y del capital necesario para adquirirlos.

Tanto el gobierno como las fuentes voluntarias están de acuerdo en que la Cruz Roja sea la organización que desarrolle este servicio a nivel nacional en base a dos opciones:

- 1) HAI pone a disposición de la Cruz Roja una cantidad en efectivo para la adquisición de medios auxiliares adicionales, ó
- 2) Cuando sea más económico comprar en Europa o Norteamérica medios auxiliares de segunda mano y enviarlos a Belice aprovechando fletes gratuitos o de concesionarios.

Además, HAI proporciona herramientas y materias primas iniciales para que la Cruz Roja pueda emplear a uno o dos ancianos en la fabricación de medios auxiliares sencillos como muletas, andaderas Zimmer, calzado especial, etc.. Cuando la persona puede hacer una aportación, se hace un pequeño cargo por alquiler por el uso de un

medio auxiliar y se espera que una vez que se otorguen los fondos existentes sea posible suministrar más materias primas para producir un mayor número de medios auxiliares con fondos recaudados localmente (Tout K., 1986b).

7. PROGRAMAS DE DESARROLLO RURAL INTEGRADO.

Estos programas buscan la integración de los servicios sociales y la participación comunitaria en zonas marginadas.

Se pretende que los mismos ancianos de la comunidad en conjunto, sean los participantes principales de la resolución de sus necesidades más inmediatas.

El desarrollo de la comunidad no tiene como objetivo fundamental resolver determinados problemas, sino conseguir la participación de la comunidad para que ésta sea capaz de afrontarlos y, dentro de sus posibilidades de resolverlos. De ahí que el primer problema que se plantea en la ejecución del problema es el de *poner en movimiento a la gente*. La acción, de ordinario, no es espontánea, sobre todo en las comunidades rurales. El estímulo exterior se hace necesario para lograr la indispensable participación ciudadana.

Por cierto que muchos problemas podrían resolverse con la sola ayuda externa, pero esto mantendría pasivos a los miembros de la comunidad. Lo externo o impulsivo pierde su valor educativo y de recuperación: *no basta dar a los hombres con qué vivir, hay que darles también esencialmente por qué vivir* (Ander-Egg, 1990).

El Programa de Desarrollo Rural Integrado en Colombia, plantea como segundo programa la *Erradicación de la Pobreza Absoluta* conforme al *Plan de Atención Integral al Anciano* establecido desde 1986 por el *Ministerio de Salud* de esta entidad (Cardona y Dulcey, 1991).

Durante la presente década, las acciones gerontológicas se desarrollan de acuerdo con un nuevo enfoque de atención comunitaria, que obedece a una doctrina de distribución de poder político y a un contexto de crisis económica, que hace indispensable el uso racional de los recursos, el fortalecimiento de los planes culturales que favorecen la permanencia del anciano en su familia y en su comunidad, y la promoción de una imagen de la vejez basada en un modelo de integración, con los elementos de autonomía, actividad y participación (Krotki, 1987; Ramírez M., 1989).

En Costa Rica, el sistema es tan dinámico como el mismo desarrollo del país. Con un enfoque socioantropológico se propone:

- 1) Aumentar las oportunidades para promover y mantener a la persona que envejece, la máxima autonomía funcional posible.
- 2) Disminuir la tendencia al internamiento indefinido del anciano.
- 3) Fortalecer y promover la participación responsable de la comunidad con el apoyo financiero y técnico de entes gubernamentales, lo cual entre otras cosas, evita las desventajas de la burocracia (Ramírez M., 1989).

Es muy importante la participación de los ancianos en la toma de decisiones de su comunidad.

Las comunidades y sus grupos, que tratan del envejecimiento deben de comprender que su propósito no es trabajar para los ancianos sino con y por medio de las gentes de edad avanzada.

Para empezar, los senectos deben formar parte de las discusiones, a su arbitrio, si es necesario y en una etapa temprana debe de haber oportunidades para que los grupos de personas de edad sostengan sus propios diálogos y nombren representantes para discusiones más amplias. No se deben forzar las decisiones sobre los grupos de ancianos, aunque con frecuencia se requiere acelerar un poco más la acción si se desea llegar a una decisión.

Por otro lado, instituir procedimientos mediante los cuales los ancianos actúen por sí solos unicamente, en lugar de abordar las situaciones a nivel comunitario, sería virar de regreso hacia la segregación por edad, cosa que los mismos programas para ancianos están tratando de evitar.

Los ancianos no son un grupo aparte de la población. Sin parte integrante de la comunidad, aunque presenten sus propios problemas y capacidades particulares, de la misma manera que lo hace cualquier otro grupo con otra edad (Tout K., 1986b).

b) ACCIONES INSTITUCIONALES.

1. CUIDADOS A LARGO PLAZO

En Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Israel, Polonia, Reino Unido y Serbia (Kahn y Kamerman, 1987, Comité Nacional Alemán, 1976; Doron, 1976; Fournier, 1976; Janowitz, 1976; Morris y Anderson, 1975; Lane y Kolankiewics, 1973), existen algunos establecimientos destinados a los cuidados a largo plazo para los ancianos enfermos, incapaces o seniles -aquellos que requieren unos cuidados

prolongados, tanto de médicos como de enfermeras. Estos pueden ser secciones de cuidados a largo plazo en hospitales generales, unidades geriátricas, o salas en hospitales generales, u hospitales psiquiátricos, hospitales de enfermos crónicos o sanatorios-residencias. Sin que importe la etiqueta, éstas son partes esenciales de establecimientos destinados únicamente a los ancianos, donde la mayor preocupación es la atención médica. En algunos países se han hecho más subdivisiones respecto a la extensión y el nivel de los cuidados en los sanatorios, esto es, para los ancianos que requieren atención profesional veinticuatro horas, o menos al día, como se puede proveer en establecimientos con enfermeras diplomadas.

También en todos los países anteriormente mencionados tienen algún establecimiento para cuidados a largo plazo para ancianos débiles y solitarios que necesitan *cuidados personales* (comidas, ayuda para bañarse y vestirse o algún servicio ligero de enfermería). Estos se llaman usualmente, instalaciones de cuidados personales, e incluyen hogares para ancianos, hogares de adultos, residencias, hoteles para jubilados, atención familiar sustituta. Aunque en estos hogares hay atención médica disponible, no es ésta la que predomina en el establecimiento.

1.1 HOSPITALES GERIÁTRICOS.

Están destinados a atender a pacientes mayores de 60 años que presentan enfermedades agudas o crónicas. Dentro de sus funciones están el realizar:

- 1) *Medicina Asistencial*: en consultorios externos, o mediante la internación para diagnóstico y tratamiento, también en forma de interconsulta con otras especialidades o derivación a otros servicios.
- 2) *Medicina Preventiva*: exámenes periódicos de salud, orientación gerontológica, régimen de vida y dieta adecuada.
- 3) *Medicina Social*: estudio ambiental del grupo familiar y tratamiento social.

La hospitalización geriátrica comprende un programa médico-asistencial en base a los objetivos propuestos por cada hospital de acuerdo con el tipo de población atendida. En base a ello, ésta se imparte en:

- 1) Unidades de geriatría dentro de un Hospital General
- 2) Hospitales Generales
- 3) Hospitales de Día (Privados)

El plan de trabajo médico se lleva a cabo de acuerdo a las posibilidades existentes, pero por lo general se incluyen tres programas o sistemas fundamentales de *Asistencia Médica en Geriatría*:

- 1) En un *Hogar* con apoyo de un *Hospital General de Agudos*, cuando se requiere tratamiento adecuado.
- 2) En una *Unidad Geriátrica* que forma parte de un servicio más del hospital de agudos. donde el paciente anciano, continúa su atención dentro del período agudo con asistencia a domicilio o en hospitales de día.
- 3) En un *Hospital-Hogar*, que comprende un nosocomio general incluido dentro de una población asilar gerontológica, es decir antiguos asilos a los que se les ha incorporado servicios especializados.

Los países más representativos en este campo son Argentina, Canadá y Reino Unido (Passanate, 1983; Kahn y Kamerman, 1987).

1.2 INSTITUTOS GERONTOLOGICOS.

En Francia los asilos tradicionales han desaparecido y han sido reemplazados por Instituciones Médico Sociales, dando la posibilidad de crear secciones de asistencia a la salud en los mismos establecimientos residenciales (Passanante, 1983).

1.3 AGENCIAS Y SEGUROS MEDICOS.

Estados Unidos y Canadá cuentan con un *Programa Global de Seguro Sanitario para los Ancianos (MEDICARE)*, con fondos de impuestos a las empresas y empleados, y un programa médico voluntario pagado individualmente, con una contribución igual del gobierno, que cubre enfermedades agudas a corto plazo que requieren hospitalización y/o internamiento.

También existe un *Programa de Asistencia Médica para los Pobres con Comprobación de Medios (MEDICAID)*, que suplementa el programa anterior y provee atenciones a largo plazo para los ancianos pobres.

Es conveniente mencionar que los Estados Unidos a diferencia de los países desarrollados no disponen de un Sistema Nacional de Salud, ni de un Régimen Nacional de Seguro de Enfermedad (Passanante, 1983; Kahn y Kamerman, 1987).

En países como Inglaterra, Italia y Suiza la Asistencia Médica Geriátrica está nacionalizada y se sustenta en base a un sistema de seguro obligatorio para poder proporcionar asistencia al anciano enfermo. Además aquellos ancianos que por alguna causa no se encuentran dentro del programa asistencial, pueden gozar de la oportunidad de ser atendidos particularmente beneficiándose del seguro nacional que extiende el gobierno francés (Nicola, 1990).

1.4 SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD.

Desde 1992 en Rumania, Barbados y Kuwait se lleva a cabo un programa de planeación, evaluación y entrenamiento de personal geriátrico y gerontológico que proporciona atención médica, psicológica y social de base comunitaria.

Los servicios que en estos lugares se proporcionan son:

- a) *Preventivos*
- b) *Curativos*
- c) *Rehabilitativos*
- d) *De Salud Mental*
- e) *Socioeconómicos*
- f) *De Planeación Administrativa*

Este programa está a favor de la desinstitucionalización y su objetivo principal es lograr para el año 2010 una plena atención integral en beneficio de los ancianos, llevando a cabo más atención primaria y extendiéndola hacia los hogares en la comunidad (Banoob, 1992).

2. HOGARES.

Son instituciones cerradas que proporcionan albergue colectivo a los ancianos.

2.1 MINIRESIDENCIAS.

Este es un servicio pensado para aquellas personas que se encuentran solas, que presentan ciertas dificultades para la convivencia con su familia o con los otros ancianos, que carecen de una total autonomía funcional, o simplemente que necesitando un servicio alternativo de convivencia prefieren no realizar una vida de familia. Además muchos ancianos no pueden convivir estrechamente con otros por problemas de personalidad, ciertas alteraciones psíquicas leves, problemas de integración en el hogar, problemas de relación, etc., y esto ha de ser tenido en cuenta a la hora de organizar servicios alternativos de vida.

En la miniresidencia, viven grupos medianos de ancianos (entre 10 y 25 personas) cada uno de los cuales poseen un espacio propio. La miniresidencia exige la atención de personal encargado de realizar las tareas de mantenimiento (aseo, limpieza, cocina, etc.), con lo cual se pide que alguna de éstas tareas las realicen los miembros del hogar; pero ello es un imperativo de la organización de este tipo de centros. Además una miniresidencia (por el número de personas que atiende) necesita de personal calificado las veinticuatro horas del día, por tratarse de un grupo numeroso expuesto a más riesgos de los normales (caídas, enfermedades, urgencias, etc.) la cual, también encarece notablemente el servicio ya que no es suficiente el servicio de ayuda a domicilio.

Respecto al funcionamiento y gestión de las miniresidencias, los ancianos suelen aportar también un porcentaje de sus pensiones o jubilaciones, pero para la participación de los usuarios en la gestión es necesario contar con mecanismos para ello (asamblea, consejo, o cualquier otra forma).

Por último otra cuestión a considerar es que el espacio físico para la miniresidencia tiene que reunir ciertas condiciones que generalmente no se encuentran en inmuebles ya construidos para otros fines (sobre todo en cuidados grandes), con lo cual hay que prever generalmente unos gastos de inversión destinados a la construcción de infraestructura física.

Las miniresidencias que más se distinguen por una atención especializada las encontramos en Argentina (Passanante 1983; Aguilar, 1990).

2.2 HOGARES COMBINADOS.

Son instituciones de bienestar social para ancianos con una especie de combinación entre sanatorio y hogar de ancianos. No son hospitales pero incluyen en su régimen una gran cantidad de atenciones de enfermería y médicas.

Los hogares están divididos en tres categorías:

- 1) Hogares sin secciones especiales de Hospital.
- 2) Hogares como los anteriores pero que tienen algún tipo de contacto con hogares que sí disponen de este tipo de instalaciones.
- 3) Hogares que tiene secciones especiales de hospital.

El ideal de este tipo de instalaciones es un establecimiento con tres alas:

- 1) Ancianos independientes.
- 2) Aquellos que necesitan atención sanitaria.
- 3) Atención médica especial o intensiva.

Este modelo se desarrolló a partir de los hogares iniciales para los ancianos independientes, al tratar de responder a las necesidades cambiantes de sus ancianos, que se hacen más incapaces y necesitan cuidados más completos.

Ejemplo de hogares combinados los tenemos en Francia, Israel, Noruega, Polonia y Suecia (Passanante, 1983; Kahn y Kamerman, 1987).

Recientemente en Suecia se han creado servicios médicos combinados tales como:

- a) Un *Hospital de Atención a Largo Plazo* que está conectado con un *Centro de Atención Primaria*.
- b) Un *Centro de Día* que se encuentra localizado dentro de un *Hospital de Atención a Largo Plazo* (Cates, 1993).

Tanto en Dinamarca como en Suecia están en la mejor posición de reducir la institucionalización incrementando los servicios de atención domiciliaria y servicios comunitarios (Weissert, et. al., 1988; Ljusdal, 1991; Cates, 1993).

II. NUTRICION.

Las personas de edad están expuestas a un riesgo mayor a medida que las poblaciones envejecen en todo el mundo. Prácticamente no se sabe nada del alcance y gravedad de la malnutrición entre las personas de edad en los países en desarrollo, ni existen otras directrices para evaluar la malnutrición entre esas personas en estos países.

Sin información ni sensibilización acerca de las cuestiones de nutrición, es posible que se olvide a las personas de edad en situaciones de emergencia y desastre. Se ha sugerido así mismo que la detección de la malnutrición entre las personas de edad puede ser un signo precoz de hambruna, toda vez que las personas de edad pueden constituir el primer grupo en verse privado de alimentos de escasez.

La *Primera Conferencia Internacional sobre Nutrición* de carácter mundial se celebró en Roma, Italia del 5 al 11 de diciembre de 1992, con el patrocinio de la *Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)* y la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. La conferencia centró la atención mundial en los problemas nutricionales relacionados con la dieta, en particular entre los grupos vulnerables desde el punto de vista de la nutrición (ONU, 1992a).

1. PROGRAMA DE COMIDAS SOBRE RUEDAS EN EL HOGAR.

Este es un programa que proporciona comidas calientes, de una cocina comunitaria, que son llevadas usualmente por voluntarios a los hogares de los ancianos. Estas comidas llevadas a los hogares proporcionan a la persona recluida en su casa un contacto diario con el mundo exterior. Alguien a quien poder saludar cada día; algunas veces el voluntario se queda de visita durante la comida. La incapacidad de ir de compras, de preparar la comida, la carencia de alguien que pueda ayudar de una forma regular, son las razones para necesitar este servicio.

Tanto en Bélgica como en Suecia (Passanante, 1983; Cates, 1993) existen instituciones municipales, asociaciones sin fines de lucro, mutualidades y también parroquias que prestan servicios coordinados de iniciativa pública o privada que prestan sus servicios para llevar comida a domicilio a los ancianos cuyo estado de salud les impide prepararse las comidas y están solos.

Bélgica cuenta con el sistema de la *Cruz Roja* que en colaboración con los *Municipios y Centros Públicos de Ayuda Social*, distribuyen comidas en el hogar.

2. PROGRAMA DE COMIDAS EN COMUN.

Otro de los programas que intenta ocuparse de dos problemas de los ancianos: *nutrición inadecuada y aislamiento social* es el *Programa de Comidas en Común*, que es, frecuentemente parte de un programa de Centros o Clubes de Ancianos.

La mayoría de las veces las comidas se cobran a muy bajo costo (del 1 al 60% de su costo real) y sólo en aquellos casos en que las condiciones del anciano sean muy precarias, la comida se le proporciona gratuitamente.

Ejemplos claros de la efectividad de este programa los tenemos en Alemania (Kahn y Kamerman, 1987; Flam, 1974), Argentina (Passanante, 1983), Belice (Tout K., 1986a), Estados Unidos, Francia (Passanante, 1983; Kahn y Kamerman, 1987 y 1976), Israel (Kahn y Kamerman, 1987; Kramer, 1976), Jamaica (ONU, 1992a) y Serbia (Kahn y Kamerman, 1987; Stojakovic, 1976).

3. PROGRAMA DE APOYO NUTRICIONAL.

En Bolivia, la *Junta Nacional de Solidaridad y Desarrollo Social* es el organismo encargado del cuidado de las personas de edad. Se trata de un servicio social público y de un órgano de promoción con autonomía administrativa, técnica y financiera, cuyo objetivo principal es aplicar las políticas de desarrollo social del gobierno en favor de los sectores más vulnerables de la población como lo son los ancianos.

Los programas se llevan a cabo en dos niveles: *institucional* y *comunitario*. Ambos programas reciben apoyo por parte del *Proyecto de Asistencia Alimentaria de la Comunidad Europea* de los que resultan beneficiados 25 000 ancianos (ONU, 1992a).

En Estados Unidos el *Acta para los Ancianos Americanos* provee los fondos para planificar y coordinar servicios para los ancianos estatal y subestatalmente. También provee fondos para programas especiales de nutrición personales y comunitarios.

Un hecho lamentable es que las personas de edad en Croacia, (ONU, 1993a) sufren (además de la guerra) no sólo por los rigores del invierno, sino también por la falta de nutrición adecuada.

El personal médico y los trabajadores sociales están llevando a cabo un programa de visitas domiciliarias cotidianas, para atender a quienes no pueden valerse por sí mismos.

Varias organizaciones no gubernamentales participan activamente en el proyecto. HAI proporciona fondos para los equipos multiétnicos que realizan visitas domiciliarias con el fin de verificar el estado de salud, la existencia de alimentos y el bienestar de las personas de edad en ambos lados de la línea de cese del fuego (ONU, 1993a).

HAI está actualmente en busca de socios entre otros países europeos que ejerzan el mismo compromiso especializado de permitir el establecimiento y réplica de programas cada vez más abundantes para los ancianos en vías de desarrollo.

El desarrollo de nuevos tipos de proyectos dentro de los programas de recaudación de fondos de HAI ha llegado durante casi 35 años a más de 80 países y, al hacerlo, ha acumulado una experiencia única en su género en el trabajo de proyectos; y al hacerlo ha acumulado una experiencia única en su género en el trabajo de proyectos; desde 1980 ha desarrollado lo que podrían llamarse *programas infraestructurales* (Tout K., 1986a) para personas de edad avanzada opuestos a la bien intencionada pero estéril práctica anterior de distribuir alimentos y otros productos básicos gratuitos sin pensar en el mañana.

B. PROTECCION DE LOS ANCIANOS COMO CONSUMIDORES.

1. PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES.

Francia tiene dos tipos de programas de mantenimiento de ingresos, en efectivo o en otro tipo de prestaciones (principalmente materiales, no en dinero en efectivo).

Existe una pensión a la que se contribuye en proporción al salario calculada para cubrir las necesidades básicas de un adulto activo. La otra, es una prestación nacional suplementaria, del Fondo de Solidaridad Nacional, con comprobación de medios económicos, para aquellas personas que no cuentan con una pensión mínima.

También están disponibles prestaciones adicionales discrecionales, muchas de ellas son universales, aunque algunas tienen comprobación de medios económicos.

Existen asignaciones para:

- a) Viviendas (cubrir o reducir alquileres)
- b) Ayuda en el hogar

- c) Ayudas directas
- d) Cuidados sanitarios en el hogar
- e) Atención médica domiciliaria
- f) Comidas
- g) Gastos de mudanza
- h) Vacaciones (con cuotas graduadas)
- i) Internamiento en centros (cuando es necesario)

2. PROTECCION EN LOS SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL Y EDUCATIVOS.

En Estados Unidos (Harrington y Newcomer, 1991), los Centros de Ancianos proporcionan auxilio en Administración Financiera, así como dinero en efectivo para emergencias. Una manera más de ayuda se efectúa através de la reducción de medios de transporte públicos.

Además, en Francia son eliminados los impuestos de radio y televisión para aquellos ancianos que no cuentan con una pensión mínima. También los servicios para dar seguridad por teléfono son gratuitos para todos aquellos que necesiten el servicio.

En Alemania e Italia (Nicola, 1990), se aplican descuentos para las personas mayores en:

- a) Ferrocarriles
- b) Cines
- c) Teatros
- d) Actividades deportivas

En estas últimas, se pide como requisito que sean los mismos ancianos quienes las practiquen. Por ejemplo: alpinismo o ski. Ambos países ofrecen descuento en sellovías.

En Alemania, los servicios de información, asesoramiento y orientación (incluyen asesoramiento legal) son gratuitos para todos los ancianos.

3. APOYO NUTRICIONAL.

En Ottawa, Canadá (Statistics Canada, 1991) los *servicios de comidas sobre rnedas y comidas en común* son gratuitos, en apoyo sobre todo de aquellos ancianos que tienen problema para cocinar, evitando que sean internados en establecimientos con cuidados personales.

En Israel las comidas se cobran al 60% de su costo sin requerir de comprobación de medios económicos. El principal grupo de usuarios de los servicios son ancianos aislados (Kahn y Kamerman, 1987).

4. ASISTENCIA MEDICA GRATUITA Y PROTECCION DE SEGUROS SANITARIOS.

En Alemania los *seguros sanitarios* se proveen para todos los ancianos (además de para casi todos los demás ciudadanos). Esta prestación cubre el 90% de la población. Están incluidos:

- a) Cuidados médicos y dentales
- b) Hospitalización
- c) Aparatos ortopédicos
- d) Medicinas con receta médica
- e) Un programa adicional de asistencia médica, con comprobación de medios económicos. Con los mismos beneficios se provee a aquellos que no están cubiertos por el Plan Nacional de Seguros Sanitarios.
- f) También por ley se proveen ciertos servicios sociales.

En Francia el seguro sanitario se otorga por medio de la legislación de seguridad social para todos los asalariados o jubilados como una prestación a la que se contribuye y cubre el 80% de todos los gastos médicos. El seguro incluye:

- a) Medicinas con receta
- b) Aparatos ortopédicos
- c) Lentes
- d) Prótesis auditivas
- e) Cuidados dentales
- f) Estancias en balnearios
- g) Programa de ayuda médica a ancianos necesitados

h) Cuidados en el hogar para pacientes externos e internos, con honorarios fijados por el Gobierno para aquellos que no están protegidos por la seguridad social.

En Suecia por medio del *Servicio de Omnibus* se obsequian materiales sanitarios a domicilio para los ancianos. Al igual, Venezuela proporciona prótesis y enseres médicos gratuitos a aquellos ancianos que no cuentan con los medios económicos necesarios para poderlos adquirir (Morazzani, 1988, Passanate, 1983).

En Polonia los servicios sanitarios son accesibles y gratuitos para todos, y se describen como una provisión social general indispensable para los ancianos.

Servia tiene una legislación especial que provee asistencia médica gratuita para los ancianos, que cubre el tratamiento, las medicinas y el transporte mientras que en otras repúblicas la protección de los seguros sanitarios es accesible a través del seguro social, o por medio del bienestar social local de las comunidades de interés como parte de la asistencia social.

En Argentina, la clase pasiva afiliada al *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP)* puede acceder a las prestaciones médicas y sociales en forma gratuita en los establecimientos del Instituto o en aquellos en que éste tiene contratos. Asimismo, el INSSJYP ha firmado convenios de servicios con otras obras sociales para que sus afiliados puedan continuar atendiéndose en las entidades a que pertenecían mientras estaban en actividad.

La *Sociedad Italiana de Beneficencia* en Buenos Aires cuenta con varios hospitales que en convenio con el INSSJYP, otorgan atención gratuita a pacientes geriátricos (Passanate, 1983).

El programa británico de salud nacional proporciona atención médica universal y gratuita para todos los pacientes externos e internos. Los ancianos están exentos de la pequeña suma que se abona con las prestaciones médicas, y aquellos que reciben las prestaciones suplementarias están exentos de los pagos que hay que hacer por tratamientos dentales y por ortodoncia. Este programa de atención médica es un programa global para los ancianos. El centro del servicio de salud comunitario o de hogar para los ancianos es el médico de medicina general, que prescribe las medicinas, ortopedia, atención sanitaria en el hogar que está en coordinación con el departamento de servicios sociales para la extensión de los servicios de bienestar social domiciliarios.

c. VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE.

1. VIVIENDAS ESPECIALES.

Existen diversos tipos de viviendas especiales o protegidas. Son viviendas especialmente diseñadas para los ancianos que no requieren la totalidad de las atenciones de una instalación para cuidados personales, pero que por una u otra razón, no pueden ya manejarse en sus propios hogares (debido a que la casa es muy grande, o que está en un edificio sin ascensor, o demasiado aislada, demasiado lejos de los centros comerciales, sin servicios de ayuda comunitaria accesibles, o no está equipada para cubrir las necesidades especiales debidas a deficiencias físicas). Pueden ser comunidades o viviendas especialmente planificadas o instalaciones para servicios múltiples, pueden ser grupos de viviendas individuales con establecimientos y servicios especiales comunes, o edificios de apartamentos solos, o en parte, para ancianos con similares establecimientos y servicios. Se caracterizan por una construcción y diseños especiales (amplios pasillos y ascensores, equipos de cocina en niveles bajos, para poder ser utilizados desde una silla de ruedas, un sistema de alarma que permita la disponibilidad constante de ayuda de emergencia) y servicios de soporte (encargados de la casa, ayudas de casa, sanidad, comidas, socialización y recreos). A pesar del limitado suministro, en la mayoría de los países son identificados como *servicios públicos*.

En Alemania, las viviendas especiales construidas con la ayuda federal y de los estados, están empezando a estar disponibles para los ancianos. Estas incluyen los siguientes tipos:

- a) Edificios con viviendas únicamente para ancianos
- b) Apartamentos individuales en edificios de apartamentos "normales"
- c) Cuartos especiales en viviendas unifamiliares

El objetivo principal es proporcionar alguna ayuda para los ancianos, al mismo tiempo que se les ayuda a vivir en viviendas y comunidades donde viven familias ordinarias, lo suficientemente cerca para permitir una provisión fácil y económica de los servicios de soporte.

En Bélgica (Nave, 1979), las *seniors* son departamentos privados con servicios comunes, están provistas de equipamiento de enfermería, restaurante, servicio doméstico, etc. Se combina la posibilidad de preservar la privacidad e intimidad y a su vez mantener una vida social activa. Las *seniors* belgas son privadas, por lo tanto se

reservan para quienes puedan pagarlas. (Los departamentos residenciales de Noruega, Dinamarca y Suecia son equivalentes).

En Croacia (ONU, 1993a) aunque ha sido un poco difícil mantener a los ancianos en sus domicilios, éstos son beneficiados por medio de ayudas de servicios especiales, motivándolos a que regresen a sus hogares de origen todos aquellos que se desplazaron a otros lugares a consecuencia de la guerra.

En Estados Unidos las viviendas especiales incluyen establecimientos de cuidados personales, hogares de adultos, hoteles de jubilados, hogares de servicios múltiples para ancianos y viviendas de apartamentos específicamente diseñados así como comunidades para jubilados. Sin embargo la mayoría de los ancianos viven en casas individuales, normales y dispersas, o en apartamentos.

En Escocia (COI, 1977), podemos identificar dos tipos de viviendas especiales que han sido más aceptadas por el nivel de seguridad con el que cuentan:

- 1) *Viviendas protegidas*: cuentan con un sistema de guardia y alarma permanente.
- 2) *Viviendas con comodidades para ancianos*: sustentadas por la organización Anchor Housing Association, creada por Help the Aged.

Francia (CIGS, 1980), cuenta con los *logements-foyers* que son pequeñas viviendas con servicios colectivos (de asistencia y cuidado) destinadas a recibir a las personas de edad solas o aquellas cuyas condiciones requieren vigilancia constante. Están pensadas para los que sufren de una incapacidad pero con posibilidades de cura. Los ancianos que residen en ellas encuentran un sustituto a la vivienda propia, gozando de una total libertad y de ciertos servicios colectivos. Representan una solución alternativa al hogar de ancianos pues preservan la individualidad y a su vez ofrecen atención y vigilancia. La mayoría de estas instituciones incluyen una sección de atención médica. Sus residentes tienen derecho a una asignación de vivienda y también de ayuda personalizada.

También existen los *foyers-soleil* que son viviendas individuales con servicios compartidos (de comedor y atención médica) y actividades de recreación organizadas por animadores (que guían y orientan las actividades recreativas como coros, sesiones de cine, música, etc.).

Israel cuenta con apartamentos especialmente equipados de fácil acceso al disponer de servicios de soporte básicos. Por lo general una directora o *mudre de hogar* vive en el edificio, que puede estar únicamente habitado por ancianos o, también por familias normales.

El *Ministerio de Salud y Bienestar Social* de Polonia maneja un programa de vivienda para ancianos, cuyo objetivo es dar a los ancianos la posibilidad de elegir el lugar de residencia, ya sea en casas normales solos o con sus familias o bien en una institución construida especialmente para ancianos o en una residencia con todos los servicios.

Las *viviendas especiales* o las *viviendas agrupadas* en el Reino Unido están ganando favor rápidamente con las autoridades locales, como método de ayuda para la resolución de los problemas sociales y de alojamiento de muchos ancianos. Este tipo de casas son viviendas especiales para hombres y mujeres que normalmente pasan la edad de pensión y donde está empleado un celador residente.

En algunos países nórdicos existen otras variaciones de viviendas especiales tales como *pisos para pensionistas* (Finlandia) que no cuentan con servicios y son asignadas sólo a ancianos que pueden valerse por sí mismos o las *viviendas protegidas con servicios especiales* para ancianos dependientes (Suecia y Dinamarca), aunque cerca del 90% de los ancianos en estos países habitan en viviendas ordinarias (Olav, 1985 y 1986).

En Suecia, las *viviendas para jubilados* son de dos tipos:

- 1) *Departamentos con comodidades especiales*: los ancianos obtienen los mismos beneficios económicos que para una vivienda común.
- 2) *Pensioners Flats*: son departamentos de uno o dos ambientes y salas de reunión compartidas.

Estas viviendas son iguales a los *seniories* belgas o los *logement-foyers* franceses.

Suecia ha decidido no planificar más hogares de los ya existentes, considerando que el número con que cuentan es suficiente para el futuro. En cambio están promoviendo otro tipo de viviendas llamadas *departamentos con servicios compartidos*. Los *residencial homes* suecos son diferentes a las *mansions de retraite* francesas o belgas. En Suecia prevalece un criterio más abierto donde los huéspedes pueden traer sus propios muebles, teléfonos, aparatos, etc., lo cual da la posibilidad de crear un ambiente a su gusto con una mayor personalización (Passanante, 1983).

2. VIVIENDAS EN FAMILIA.

En Estados Unidos, hay departamentos comunes destinados a matrimonios jóvenes con uno o dos niños, quienes no tienen problema en conseguir *baby-sitters*, pues sus mismos vecinos de edad pueden serlo.

Las autoridades locales y las empresas privadas ofrecen a las personas de edad alternativas atrayentes tales como pequeñas unidades en su vecindario habitual. Algunas de estas son:

- 1) Pequeños *bungalows* o departamentos para personas funcionales que pueden atenderse solos.
- 2) Departamentos con servicio de guardia que les permite mantener su independencia y tener la seguridad de la ayuda necesaria en caso de dificultades o problemas.
- 3) Residencias de ancianos para los que no pueden vivir independientemente.
- 4) Viviendas compartidas entre padres e hijos adultos, donde ambas partes están separadas y comunicadas a la vez, combinando la independencia con la compañía familiar.

Este último sistema también ha sido establecido en el Reino Unido complementándolo con el modelo de *familias sustitutas* en los casos en que los ancianos no cuentan con familiares directos, sino que los mismos vecinos *adoptan a los ancianos* como si fueran sus propios padres o abuelos.

Otro tipo de viviendas como es el caso de Francia (CIGS, 1980) incluyen edificios de apartamentos, para *familias normales* en los que algunos apartamentos o grupos de éstos (por ejemplo los situados en las plantas bajas) están especialmente diseñados y destinados para los ancianos.

Los pueblos de jubilados, bajo los auspicios de asociaciones o de organizaciones con ánimo de lucro, existen también, pero no están sujetas a las regulaciones gubernamentales de la misma forma que lo están otros modelos de viviendas.

3. VIVIENDAS ATENDIDAS POR LA COMUNIDAD.

En Inglaterra (Nicola, 1990), también existen pequeños bungalows (no más de seis por grupo), en donde dos apartamentos comparten un jardín común. El alquiler se efectúa de acuerdo a la pensión de los ancianos, pero todos ellos son asistidos por la misma comunidad.

En otros lugares de Europa como Varsovia, Zagabria y Praga hay algunas casas de reposo y residencias sencillas, poco lujosas, con mas calor y más interés para los ancianos al contar con la ventaja de llevar una vida en comunidad.

4. LEGISLACIONES PARA LA PROTECCION DE LA VIVIENDA.

Canadá tiene una legislación especial que provee asistencia en la construcción de viviendas subvencionadas (ordinarias, de diseño especial y sanatorios) para los ancianos, proporcionando préstamos hipotecarios y subvenciones, sin ánimo de lucro, a promotores tanto públicos como privados. El 40% de estos fondos se destinan a las viviendas para los ancianos.

En Dinamarca (DPCMRED, 1979), las autoridades públicas han llevado a cabo políticas para ayudar a jubilados con dificultades, sea a través de subsidios o proporcionando unidades habitacionales adecuadas.

La Ley de Subsidio de Alquiler en Dinamarca provee a los inquilinos subvenciones en caso que el alquiler exceda una proporción de sus ingresos. El sistema permite obtener una asignación adicional a la pensión, mayor para los que poseen entradas menores. La autoridad local puede otorgar préstamos a un pensionado que se mude a un departamento especial.

Las municipalidades danesas han construido edificios de departamentos para jubilados de uno o dos ambientes. Para poder ser beneficiario de uno de ellos es preciso ser pensionado de vejez o invalidez y tener dificultades financieras.

La ley de Vivienda de Estados Unidos (Janowitz, 1976), promueve la creación de programas en beneficio de los ancianos a través del plan de *hogares congregados* en donde son autorizados créditos para los propietarios e inquilinos de escasos recursos para reacondicionar su vivienda a una baja tasa de interés.

La Ley Francesa (CIGS, 1980), acuerda a quienes tengan 65 años o más (o 60 en ciertas condiciones) una asignación de vivienda destinada a permitirles hacer frente al pago de su alquiler o a las expensas derivadas de la compra de la vivienda. La condición establecida es que el pago de alquiler sea un monto mínimo.

Noruega (Guntvedt, 1985 y 1986), proporciona subsidios para vivienda de personas mayores de bajos ingresos que gastan más del 15% de éstos en alojamiento. También facilita préstamos con baja tasa de interés para reacondicionar y mejorar el estado de la vivienda, así como la construcción de apartamentos ex profeso para los ancianos, con servicios o sin ellos.

Otras legislaciones importantes que han destacado en este campo son las británicas y las servias.

5. PROTECCION DEL MEDIO AMBIENTE.

Además de preocuparse por la constante renovación de las viviendas, Belice (Tout K. y Tout J., 1985; Tout K., 1986a) promueve la realización de diferentes proyectos de jardines rurales. En las partes remotas del Distrito de Cayo, donde se encuentra parte de la selva más impenetrable del mundo, se han adoptado medidas para proporcionar recursos a gentes de edad que habitan en comunidades como Arenal y Santa Familia. Han sido celebradas diversas reuniones con grupos locales con el objeto de establecer jardines y hortalizas comunales para los ancianos bajo la supervisión del poblado.

Los gastos realizados hasta ahora han cubierto la compra de ganado, instrumentos y semillas para uso de los más ancianos. Los ancianos de menos edad desempleados pueden obtener préstamos para la compra de ganado, maquinaria pequeña y otro equipo agrícola.

En China (Jiping, 1992), los ancianos colaboran comunitariamente participando en actividades sociales tan importantes como lo es la protección del medio ambiente con una estricta supervisión y control ecológico en beneficio de toda la población.

En Haití (Tout K., 1986a), con ayuda de Help the Aged se han realizado diferentes proyectos comunitarios parcialmente autofinanciados en los campos de sanitización, irrigación y prevención de la erosión.

Otros proyectos de desarrollo comunitario podemos identificarlos en Jamaica (ONU, 1992a) gracias al apoyo brindado por el Club de la Edad Dorada. Año con año el club selecciona un proyecto: en 1991 por ejemplo, se construyó un camino de 160 pies

de longitud para sustituir a otro que había arrasado el huracán Gilbert en 1968. Los miembros del club solicitaron donativos de cemento, gravilla, alimentos y mano de obra gratuita, y recaudaron 2 000 dólares jamaíquinos. Cuando el camino estuvo terminado se adornó con plantas. Este proyecto demuestra un verdadero espíritu comunitario, ya que la mano de obra fue facilitada por comerciantes de la zona seleccionados y cuyas actividades fueron coordinadas por los mismos ancianos.

D. FAMILIA.

1. ASESORIAS FAMILIARES.

Dinamarca (Rold A., 1986) ha propuesto que en lugar de que se lleve a cabo atención domiciliaria puede brindarse *asesoría a los miembros jóvenes de las familias*. Estas asesorías consisten en orientar a los familiares sobre lo que pueden hacer en casos de amnesia, confusión, dolores reumáticos y otros síntomas normales de envejecimiento.

Los asesores familiares son formados en cursos especiales de capacitación en donde se les entrena para que puedan mantener las funciones sociales de los senectos.

La ONU (1992a), constantemente está proponiendo propuestas a favor del cambio en la en la estructura familiar y en particular, hace énfasis en la reducción del tamaño familiar, ya que esta circunstancia favorece la mejor atención de sus miembros ancianos.

2. ASISTENCIA FAMILIAR EN APOYO A LOS ANCIANOS.

Bolivia (ONU, 1992a) ha dado un giro importante en la asistencia y protección en favor de los ancianos al establecer un proyecto de información comunitaria sobre los derechos de las personas de edad, así como las responsabilidades de la familia hacia los ancianos.

Colombia (Cardona y Dulcey, 1990) proporciona ayuda directa a familias con ancianos por medio de *cajas de compensación familiar* apoyando económicamente a las familias de bajos ingresos que desean mantener en sus hogares a personas de edad avanzada.

En el caso de Haití (Tout K., 1986a) organizaciones altruistas como Help Aged apoyan a las familias en el cuidado de sus parientes ancianos en el ámbito de su propio hogar.

Puerto Rico (Sánchez, 1994) es uno de los principales países latinos que fomenta el apoyo terapéutico familiar para mantener al anciano en su comunidad.

Las políticas de mantenimiento en el hogar se complementan con ciertas disposiciones relativas a incentivar la colaboración de la propia familia en la atención al anciano. Tal es el caso de el Reino Unido, que otorga una asignación de atención al inválido, a los que no pueden trabajar porque pasan al menos 35 horas semanales cuidando a un familiar discapacitado que a su vez recibe una asignación por asistencia.

Noruega concede en ciertas municipalidades un subsidio de atención médica que constituye un apoyo financiero a los que son asistidos en sus casas por parientes o vecinos a condición de poseer escasos recursos. Además quienes han estado cuidando de sus padres ancianos o discapacitados, una vez fallecidos éstos, se hacen titulares de una pensión del sistema general de Seguro Nacional, si el hecho de haberlos atendido significó una reducción de sus posibilidades de trabajo.

3. PARTICIPACION FAMILIAR.

Cada año en Ecuador (González, 1988), se efectúan campañas nacionales de participación familiar, en donde se crea una mayor concientización renovada según las necesidades existentes de la población añosa.

En Singapur (Hoy Pick, 1985), se llevan a cabo reuniones de trabajo denominadas *Vida de Familia a Tres Niveles* en donde se busca colmar la brecha existente entre personas de diferentes edades y estimular la vida entre generaciones. Las edades de los participantes han sido entre los 16 y los 67 años.

Dadas las condiciones bélicas en Croacia (ONU, 1993a), se han adoptado disposiciones para que las mujeres y los niños puedan visitar a sus abuelos. Las familias organizan reuniones diarias, así como intercambios de paquetes en diversos centros en toda la zona. De esta manera, un promedio de 2 000 personas pueden visitar sus aldeas de origen.

El respeto por los ancianos es una característica común de la cultura de todos los países asiáticos, donde los ancianos siguen gozando de alta estima en el seno de la familia y contribuyen al bienestar de ésta. Al seguir formando parte de la familia, los ancianos tienen la oportunidad de disfrutar de una vida digna y plena (ONU, 1993a).

4. LEGISLACION FAMILIAR.

Servia cuenta con una legislación nacional obligatoria regida bajo el principio de responsabilidad familiar a diferencia de otras repúblicas que sólo cuentan con normatividad legal en las áreas de salud, bienestar social y vivienda.

E. BIENESTAR SOCIAL.

1. CENTROS O CLUBES DE ANCIANOS.

Un programa que proporciona una combinación de varias actividades y servicios, es el de centros o clubes de ancianos. Los tipos de programas y servicios que ofrecen los centros varían mucho, así como también la calidad y adecuación de las instalaciones, y el número de horas y días por semana en que abren; pero todos ofrecen algún tipo de contacto con otros ancianos y cierta relación con los servicios necesarios.

La acción de la comunidad destaca especialmente en Argentina en el ámbito de los sistemas alternativos a la institucionalización. Los *clubes para el tiempo libre* configuran verdaderos modelos de atención gerontológica. En ellos están incluidos los *talleres de laborterapia* que tienen como finalidad aumentar la autoestima. Los hombres realizan trabajos de carpintería, fabrican artesanías, dibujan, pintan; las mujeres tejen, cosen y realizan otras manualidades. El trabajo puede ser individual o grupal; en el taller no hay aprendizaje nuevo, sino que cada uno continúa desarrollando su capacidad (Familia Cristiana, 1980).

En los últimos años Colombia ha destacado en este campo no sólo en el diseño de programas recreacionales, sino también, con la ayuda de *PROVIDA* (al facilitar la venta de productos elaborados por los mismos ancianos) conforme al *Programa para la Erradicación de la Pobreza Absoluta* (Cardona y Dulcey, 1990).

Un modelo importante de servicio de suministros es un *centro de servicios global*, situado en una comunidad israelita cerca de la cual vive gran cantidad de ancianos. En algunos sitios los centros o clubes de ancianos, están siendo ampliados y transformados en este tipo de establecimientos, destinados a proporcionar un amplio muestrario de servicios comunitarios (Kramer, 1976).

Como ha sido referido anteriormente, Jamaica tiene un sistema de *Clubes de la Edad Dorada* dependientes del *Consejo Nacional para las Personas de Edad*, un órgano consultivo del gobierno. Los miembros de estos clubes son predominantemente mujeres. Los proyectos son determinados por sus propios miembros.

Uno de los clubes, dirigido por una mujer de 78 años, demuestra claramente el éxito que puede tener la atención comunitaria (ONU, 1992a).

2. SERVICIOS SOCIALES DE APOYO A LOS ANCIANOS.

a) *Viajes Vacacionales*: En Francia el programa de vacaciones para los ancianos forma parte del servicio de salud preventivo. Las mujeres son las que más solicitan el servicio así como personas de edad con bajos ingresos. Con frecuencia los usuarios también son miembros de los centros de ancianos (Fournier y Questiaux, 1976).

Italia y Escandinavia promueven en viajes individuales y en grupo, por ejemplo en lugares con clima favorable y en periodos fuera de temporada y, por lo tanto más baratos (Nicola, 1990).

El Reino Unido tiene excelentes establecimientos para atenciones a corto plazo como lo son en los periodos vacacionales o en viajes de fin de semana (Social Work Service, 1975).

b) *Servicios de Transportes*: Son empleados para facilitar el acceso a los servicios sociales (veáse los puntos de Salud y Nutrición).

c) *Servicios para animar y ayudar a los ancianos*: Han sido diseñados especialmente para motivar a los ancianos a que conozcan y hagan uso de los establecimientos y servicios disponibles que existen en la comunidad. Este tipo de servicios los podemos encontrar especialmente en Estados Unidos

- d) *Correo Rural*: El Ministerio de Asuntos Sociales de Noruega coopera con el Correo Central para establecer este plan cuya finalidad es proporcionar a las personas de edad seguridad e información.
- e) *Teléfono de Seguridad*: Muchos ancianos que viven solos tienen miedo de tener una caída, o ponerse súbitamente enfermos, y no ser capaces de pedir ayuda. Los programas de teléfono de seguridad proporcionan contacto telefónico diario a ancianos que, de otra forma, podrían no tener contacto con el exterior durante prolongados periodos de tiempo. Los usuarios de este servicio reciben una llamada cada día, a una hora predeterminada. Si la persona no contesta, se envía inmediatamente ayuda a la casa. Usualmente en caso de no haber respuesta, se solicita a un vecino o un pariente, o a la estación de policía o de bomberos más cercana que hagan una comprobación personal. Esto se acuerda cuando la persona se inscribe al servicio. Generalmente, el teléfono de seguridad cuesta poco y puede ser realizado por personas de cualquier edad, ya sean voluntarios adolescentes u otros ancianos. En los países cuya red telefónica es limitada, se provee un servicio similar por medio de vecinos, o voluntarios, que visitan regularmente al anciano (véase en Acciones Preventivas y/o Comunitarias: *Servicio de Visitas Amistosas*). Por otro lado, algunos países dan un servicio telefónico gratuito, o fuertemente subvencionado, para los ancianos que viven solos. Los países que más destacan en la prestación de este servicio son Francia y Suecia.
- f) *Talleres de Preparación de Promotores de Autoestima*: Desde hace ya varios años en Venezuela, B. H. Morazzani (1988) y otros de sus seguidores han implementado este taller para los ancianos que presentan sentimientos de inseguridad y minusvalía sin una motivación que los haga levantarse con más ánimo ante la vida. Los resultados han sido excelentes al cubrir con cada uno de sus objetivos:
- 1) Adquirir mejor comunicación y trato social, junto a una positiva disposición participativa para constituir un grupo que facilite el conocimiento de cada uno de los participantes.
 - 2) Profundizar en el conocimiento de sí mismo como base del conocimiento del prójimo.
 - 3) Favorecer el amor así mismo para dignificar más la propia existencia.
 - 4) Promover un lógico y mesurado amor al prójimo para que aumente la propia estima.

5) Perfeccionar la propia estima a través de la promoción de la estima en la Tercera Edad.

g) *Actividades Deportivas*: Italia es uno de los principales países europeos que fomenta en gran medida las actividades deportivas. Ha realizado ya varios congresos relativos a este tema de interés para los mismos ancianos (Nicola, 1990).

3. SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL EN LA COMUNIDAD.

El campo de los servicios comunitarios para los ancianos tanto en los países europeos como en los norteamericanos es particularmente apoyado por el sector voluntario quien juega un papel muy importante en la ejecución de los programas de atención. En Canadá, Israel, Estados Unidos y Alemania, las agencias voluntarias son abastecedoras en gran escala tanto de atenciones sanitarias como de servicios sociales, y en todos estos países, las agencias y los trabajadores voluntarios son parte muy activa en el suministro de servicios tales como orientación, recreo y socialización, visitas e información. La diferencia principal entre los países parece referirse al grado de responsabilidad y control públicos en relación con el sector privado. Especialmente en Alemania, el sector voluntario es uno de los proveedores principales, suministrando más de la mitad de los servicios; sin embargo, debe rendir cuentas a las autoridades gubernamentales que los financian y subvencionan.

Las principales actividades para los ancianos en Israel son llevadas a cabo por el Ministerio de Bienestar Social y Salud:

El Ministerio de Bienestar Social es responsable de la planificación y organización de servicios sociales para los ancianos, incluyendo el desarrollo de las instalaciones institucionales y de los servicios de atención comunitaria. Estas actividades son llevadas a cabo por un servicio especial para los ancianos que es parte del ministerio. Esta agencia se responsabiliza de aquellos de 60 o más años cuyas necesidades y problemas pueden ser atendidos con una atención en el hogar apropiada, y de aquellos que están en residencia debido a la falta de programas de atención comunitaria o por tener hogares en condiciones inadecuadas.

El Ministerio de Salud se responsabiliza fundamentalmente, de las atenciones médicas en el hogar o en instituciones y de estas actividades se ocupa una división especial para los enfermos crónicos en los hospitales y dentro del marco de las atenciones comunitarias.

Las oficinas de bienestar de las autoridades locales son responsables de los programas directos de atención social para los ancianos, así como de proveer cuidados residenciales no médicos para aquellos ancianos que lo necesitan. En este campo las oficinas locales de bienestar funcionan bajo la guía y supervisión del Ministerio de Bienestar Social, y de acuerdo con las condiciones locales y las necesidades de los ancianos.

En China (Jiping, 1992) los servicios de bienestar social comunitario facilitan la participación de los ancianos en diversas actividades sociales, cada servicio puede adaptarse de acuerdo a las actividades de preferencia que los ancianos quieran y/o puedan desempeñar. La promoción de estos servicios se realiza especialmente para aquellas personas que han sufrido de los efectos del stress social o de alguna incapacidad física en particular.

En Polonia la participación social de las mujeres en las acciones de bienestar se hace muy notoria. Entre las principales agencias donde interviene fundamentalmente el sector femenino están:

- a) *El Comité para el Bienestar Social*
- b) *La Liga de las Mujeres*
- c) *El Círculo de Anas de Casa Rurales*

F. SEGURIDAD DE INGRESO Y EMPLEO.

I. PROYECTOS QUE GENERAN INGRESOS.

La *Asociación Nacional de Establecimientos Privados para el Bienestar Social de los Ancianos en Colombia (PRO-VIDA)* es miembro asociado de la familia de organizaciones voluntarias de Help the Aged International. PRO-VIDA significa en favor de la vida, una vida mejor y más prolongada (Tout K., 1986).

En la actualidad PRO-VIDA tiene el propósito de establecerse financieramente a través de varios proyectos comerciales que produzcan un ingreso estable de servicio al público en general ofreciendo al mismo tiempo servicios gratuitos o baratos a los ancianos y empleando realmente personas de edad avanzada; con la asesoría de técnicos y hombres de negocios, así como la ayuda de organismos extranjeros. PRO-VIDA

trabaja en tres proyectos comerciales: una lavandería, una panadería y un pequeño laboratorio médico.

El impulso principal de PRO-VIDA radica en su relación de gran fuerza e imaginación con la comunidad local; identifica las necesidades específicas de los ancianos y entonces aborda estos problemas en una forma constructiva destinando recursos locales materiales, mano de obra, habilidades técnicas y apoyo voluntario sostenido por parte de la comunidad.

Con este enfoque, PRO-VIDA mejora las instalaciones existentes e inicia proyectos piloto que proporcionen empleo y presten servicios a los ancianos generando, al mismo tiempo, los ingresos para desarrollos futuros.

En Bélgica existen asociaciones particulares que se han organizado para proporcionar trabajo voluntario a las personas de edad. También las hay para trabajo remunerado las cuales ayudan a encontrar a los ancianos trabajos compatibles con su jubilación. Gran Bretaña también cuenta con una agencia de empleo privada para quienes quieran realizar trabajos de oficinas, recepcionistas, telefonistas, etc.

Belice (Tout, K. 1986) ha realizado varios proyectos que generan ingresos. Ejemplo de ello lo podemos ver con un *Taller Cooperativo de Costura* en donde los ancianos realizan prendas de buena calidad a bajo costo. Otro caso es el de participación personal de los ancianos en la prestación de servicios sociales a domicilio ayudando a otros ancianos menos activos o poco hábiles. Belice ha fomentado mucho que su población valore más el trabajo de los ancianos sin menospreciarlo.

Bolivia (ONU, 1992a) cuenta con un *Centro de Actividad Múltiple* o *Club de los Abuelos* financiado por el *Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para el Envejecimiento*, viene funcionando desde 1988 y beneficia a unas 1 300 personas. Dos de los grupos incluidos en el proyecto, integrado por viudas de distinguidos veteranos y personas de edad de la comunidad, se dedican: uno a la producción de hilo de alpaca y a la fabricación de chales, corbatas y alfombras y otro, produce mantelería. Un tercer grupo de viudas de guerra realiza trabajos de crochet y de punto. Se espera ampliar esta operación a la región central de Bolivia en Cochabamba, Santa Cruz y Chuquisaca. Para este proyecto ya se han formado grupos en nueve regiones que están estableciendo los clubes de abuelos.

En Jamaica (ONU, 1992a), las actividades generadoras de ingresos con más probabilidades de éxito son las que tienen en cuenta las funciones y responsabilidades tradicionales de la mujer. Entre estas funciones figuran las siguientes: prestación de servicios sociales como el cuidado de los niños, enfermos y personas impedidas; cocina, jardinería y agricultura, y trabajos de artesanía.

El Club de Edad Dorada ofrece un punto de partida para desarrollar proyectos generadores de ingresos. El proyecto de elaboración de *bammy* (un tipo de fideos) ha funcionado favorablemente gracias a que los *bammies* constituyen un alimento básico muy importante en la dieta de los jamaquinos, por lo que siempre existe un mercado para este producto. Como la elaboración de *bammies* es una tradición que se transmite de una generación a otra, la participación de las mujeres de edad es esencial para el éxito del proyecto.

En el Reino Unido existen, actualmente más de tres mil programas empleando celadores, que atienden a ciento veintidós mil unidades de viviendas protegidas. Las estimaciones indican que probablemente se necesita doblar este número.

2. PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL: PENSIONES, PRESTACIONES Y JUBILACIONES.

En lo que respecta a los ancianos, la ley más importante y los programas estatuarios se ocupan del programa de los ingresos de los jubilados. Todos los países tienen alguna forma de legislación de seguridad social que proporciona pensiones de jubilación o de vejez universales; y todos los países tienen una legislación que proporciona asistencia social -un programa con comprobación de ingresos para aquellos ancianos que no están cubiertos por la seguridad social y/o con los ingresos insuficientes para cubrir el estándar mínimo de vida en cada país. Estas pensiones de vejez suelen ser, en la mayoría de los países la principal fuente de ingresos para los ancianos. Las diferencias se refieren normalmente a las prestaciones económicas del seguro social exentas de impuestos (Reino Unido) o en porción al salario (Alemania y Estados Unidos) o ambas cosas (Reino Unido y Canadá); si se insiste o no en las pensiones ocupacionales (Reino Unido e Israel); si la cobertura es amplia, cubriendo a casi todos los ancianos (Estados Unidos, Reino Unido y Alemania, o si grandes números siguen sin cubrir (Polonia y Yugoslavia), con ciertos países participando en ambos aspectos. La asistencia social varía en los distintos países en cuanto al porcentaje de ancianos que cubre con respecto a su cobertura y prestaciones de servicios sociales.

3. PREPARACION PARA LA JUBILACION.

La *Oficina Internacional del Trabajo*, que actúa de secretaria de la *Organización Internacional del Trabajo (OIT)* publicó un folleto titulado *La OIT y las Personas de Edad* (OIT, 1992), que coincide con el décimo aniversario de la adopción del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. En el preámbulo el Director General de la Oficina Internacional del Trabajo esboza los objetivos de las políticas de la OIT sobre el envejecimiento, entre las que figuran: *la prevención de la discriminación por razones de edad en el empleo y la ocupación, el mejoramiento de la protección social, y la preparación para el acceso a la jubilación, incluida la prestación de una pensión decente.*

A su juicio, la OIT destaca actualmente la necesidad de dar a las personas de edad la oportunidad de seguir trabajando o jubilarse, o de combinar trabajo y jubilación si así lo desean. Esto exige unas condiciones de trabajo flexibles para las personas de edad y el mejoramiento de su situación económica, su capacitación, formación y reciclaje para cualquier tipo de actividad, así como un plan de jubilación flexible.

Países latinos como Colombia (Cardona y Dulcey, 1990) y Costa Rica (Ramírez, 1989) han promocionado diferentes programas oficiales y privados de preparación para el retiro por pensión y programas de prejubilación con asesorías integrales y empresariales para pensionados, dando especial difusión en las microempresas.

Otro ejemplo más lo tenemos en Singapur (Hoy Pick, 1985), distinguiéndose como una sociedad en rápido proceso de modernización, ya que ha establecido programas de educación previos a la jubilación como los iniciados en las naciones desarrolladas bajo los auspicios de la *Asociación Popular de Clubes de Jubilados*.

g. EDUCACION.

Las ofertas de instrucción que se brindan a las personas adultas de edad avanzada se han ramificado ahora para satisfacer numerosas necesidades diversas, como el hacer frente a las maneras de vivir cambiantes y la adquisición de conocimientos. Los auditorios que asisten a esos programas están expandiéndose, incluidos los que se encuentran en establecimientos oficiales de atención a la salud, así como las personas que viven de manera independiente en la comunidad.

El interés por el *aprendizaje autodirigido* en particular está intensificándose, ya que muchos adultos entrados en años con amplia formación cultural pueden trabajar con éxito fuera de los ambientes estructurados. Los jubilados pueden poner interés particular en proyectos individuales, como la renovación del propio hogar, en hacer experimentos con nuevas tecnologías, o en desarrollar nuevos pasatiempos, o bien pueden adoptar papeles de aprendizaje activo en ambientes de grupo, a menudo los que tienen lugar entre generaciones. Es típico que tales actividades de grupo incluyan educación en materia de salud, aptitud física y deportes, pintar, dinámica de grupo, publicación de boletines internos, cursos de idiomas y reuniones de trabajo de recuerdos colectivos. Con frecuencia los adultos de más edad que han participado en estos programas de grupo siguen adelante para convertirse en líderes de grupo ellos mismos.

1. UNIVERSIDADES DE LA TERCERA EDAD.

Desde que en 1973 nació en Toulouse, Francia, la idea de una *Universidad de la Tercera Edad (U3A)* bajo la dirección de Pierre Vellas, el concepto se ha difundido con rapidez a través de las fronteras nacionales. La *Asociación Internacional de Universidades de la Tercera Edad* reconoce a: Alemania, Argentina, Bélgica, Canadá, Gran Bretaña, España, Estados Unidos, Francia, Italia, Polonia, Suecia y Suiza como las universidades distinguidas por el mayor número de miembros institucionales. Hoy en día existen más de 300 U3A en Europa y Norteamérica. China cuenta con 900 colegios y U3A que son atendidos por cerca de 200 000 personas. Otras instituciones han utilizado el concepto y aún el nombre sin ser miembros de la asociación (ONU, 1992b; Radcliffe, 1985 y 1986).

Creada inicialmente en respuesta a las necesidades particulares de las personas entradas en años, el movimiento de la U3A de manera implícita pone en tela de juicio las convenciones establecidas acerca de la relación existente entre la edad cronológica, la educación, la ocupación y la situación social en el curso de la vida. Al tratar de satisfacer las necesidades de las gentes de edad que quieren que algo vaya más allá de la aprobación y condescendencia superficiales, la U3A refleja una demanda creciente entre las personas entradas en años de reconocimiento de su derecho a recibir educación independientemente de los antecedentes y a la creación de oportunidades educacionales en el sentido más amplio.

El movimiento de la U3A en Francia (Radcliffe, 1985 y 1986) es descentralizado, separándolo de la tradición establecida de la educación francesa. Sin

embargo, la *Unión Francesa de las Universidades de la Tercera Edad*, fundada en 1980, ha estado tratando de fijar normas y de restringir el uso del nombre U3A para instituciones que no reúnen estos requisitos. La preocupación acerca del mal uso de la palabra *universidad* se ha expresado en diversos informes emitidos por el *Ministerio de Asuntos Sociales*. El ministerio, apoya el principio de que el ingreso en la U3A debe fundamentarse en la motivación personal y no en los antecedentes académicos anteriores, y define la misión de la U3A como instrucción, investigación productiva y desarrollo personal.

La U3A brinda la posibilidad de estudiar a las personas mayores temas que quizá fueron motivo de inquietud personal durante su vida activa pero que no pudieron realizarlo en su momento porque debieron abocarse a las tareas laborales. Como no se exigen títulos previos de estudios secundarios, tampoco se expiden diplomas superiores posibilita a quienes no han finalizado el ciclo secundario satisfacer inquietudes intelectuales tal vez postergadas. Se dictan clases y cursos muy variados.

2. OTRAS ALTERNATIVAS EDUCACIONALES.

a) Australia.

En Australia (Biennen, 1985 y 1986) existen tres tipos de modelos educativos para las personas entradas en años:

1) Escuelas Especializadas para las Personas de Edad.

Estas escuelas han sido creadas por un grupo religioso bajo un programa organizado y dirigido por personas de edad. Las materias que se imparten allí son historia y literatura, aunque también se ofrecen actividades sociales y giras educacionales. Un aspecto que da lugar a controversias es que estas escuelas son segregadas por edad, reuniéndose personas de la tercera edad exclusivamente para su propio apoyo e interés común.

2) Conferencias de Inilgación.

Tienen el objeto de hacer que las personas mayores participen en la planificación y resolución de problemas. Los ancianos han mostrado su deseo de trabajar junto con profesionales y educadores en la elaboración de recomendaciones dirigidas a los organismos gubernamentales acerca de políticas y servicios para las mismas personas de edad

3) Escuela Ahora y Entonces.

Pone en contacto más estrecho a los niños y los ancianos en un marco educacional. En el aula los niños y su maestro examinan como vive la gente en nuestros días, y después entrevistan a las personas de edad para enterarse de como se hacían las cosas hace 40 o 50 años. Esta es la versión moderna de los niños que aprenden de sus mayores como se solía hacer en las sociedades tradicionales tribuales y en las familias extensas.

b) Singapur.

Singapur promueve dos opciones educativas para las personas de la tercera edad:

1) Elderhostel: Centro de Instrucción para Personas de Edad.

Se ha diseñado para satisfacer las necesidades del número creciente de adultos de edad con el nivel más elevado de instrucción de Singapur para aquellos que desean un programa de educación continuada.

2) Campo de Vacaciones.

Es un programa académico residencial para personas mayores, impartido en la Universidad de Singapur. En él, se incluyen conferencias sobre nutrición, aprovechamiento del tiempo de asueto y la salud ambiental, junto con ejercicios, juegos, cantos y danzas.

c) Haití.

Cuenta incondicionalmente con el apoyo de Help the Aged International, y así como ha participado en el auxilio de otras áreas de intervención, también lo ha hecho en el campo de la educación:

1) Cursos de Alfabetización.

Con la ayuda de la *Fundación Alemana MISEREOR*, Help the Aged ha establecido diversos centros, donde año con año se inscriben más de 800 personas de edad que desean aprender a leer y escribir.

3. CAMPAÑAS Y PROYECTOS EDUCATIVOS.

Las campañas de concientización pública ayudan a conservar la dignidad general de la vejez porque reforman las opiniones de los individuos más jóvenes sobre el tema de envejecimiento y la persona misma del anciano. Todos los sectores de información - televisión, radio, prensa, organismos gubernamentales y privados- desempeñan un papel sumamente importante para una difusión eficaz.

Colombia (Cardona y Dulcey, 1990) ha sido uno de los principales países que se ha distinguido por fomentar en su población una conciencia real y participativa en favor de un cambio de actitud más positivo con respecto a la vejez. Lamentablemente en este país se ha publicado muy poco al respecto y la mayoría de sus publicaciones son inéditas, no obstante ha obtenido muy buenos resultados a través de la radio, prensa y televisión ya que cuenta con el apoyo de colegios y universidades.

Otro caso similar es el de Cuba, pues sus campañas inspiran respeto y consideración por los ancianos de la sociedad así como el deseo de desarrollar servicios educacionales para ayudar a la familia a ocuparse mejor de ellos dentro de su núcleo. (Veáse *Participación Familiar*).

El Ecuador (González, 1988) además de realizar lo antes mencionado, capta a todo el personal técnico y profesional como público en general, interesados en recibir asesoría y capacitación con el propósito de impulsarlos a realizar actividades en favor de los ancianos. Algunos de los campos de acción que se promueven son:

- a) Investigación y promoción de el mejoramiento de las condiciones de vida
- b) Difusión cultural
- c) Intercambio internacional de información

En Junio de 1992, los representantes de CDSAH/ONUW y HAI firmaron un Memorandum de Entendimiento para 1991-2001. Conforme a lo convenido cada una de estas entidades han colaborado en las esferas de cooperación técnica, capacitación, definición de objetivos y desarrollo de la información. Estas actividades incluyen:

- a) El establecimiento de una red de cooperación técnica.
- b) Un seminario interregional de capacitación sobre formulación de proyectos.
- c) Ampliación de los servicios de capacitación.
- d) Adopción de nuevas medidas en cooperación sobre el envejecimiento en los países en situación de cambio y transición.

Es importante mencionar que los servicios de información en países tales como Alemania, Bélgica, Estados Unidos y Reino Unido otorgan asesoramiento y orientación (incluyendo la de tipo legal) sobre todos los servicios gratuitos disponibles para todos los ancianos.

4. FINANCIACION DE PROYECTOS PARA FORMACION, INVESTIGACION Y SERVICIOS DE ENSEÑANZA.

HAI como una organización no gubernamental internacional reconocida como entidad consultiva por el Consejo Económico y Social ha recibido una mención especial por el Secretario General en reconocimiento por los servicios de apoyo prestados al programa sobre el envejecimiento. HAI financia constantemente programas destinados a las personas de edad en los países en desarrollo -como se ha referido especialmente con Belice (ONU, 1992a; Tout J. y K., 1985).

Similarmente la *Red Canadiense de Investigación sobre el Envejecimiento (CARNET)* es un programa de investigación financiado por el gobierno de Canadá a través de sus redes de centros de programas de excelencia. La red agrupa a distinguidos expertos del Canadá en diversas disciplinas como psicología, sociología, gerontología, economía y geografía, en una serie de programas integrados de investigación con el fin de estudiar la forma de promover la independencia y productividad de una sociedad que envejece. La Red tiene su sede en la Universidad de Toronto y combina los esfuerzos de 23 investigadores de 10 universidades de todo el Canadá, de dos empresas asociadas, de diversas empresas filiales, y de tres asociados nacionales de enlace.

Carnet está integrada por los cuatro grupos de investigación siguientes, vinculados entre sí:

- a) El Grupo de Investigaciones sobre el Apoyo Formal, de la Universidad de Manitoba, que lleva a cabo investigaciones sobre el desarrollo de productos y servicios nuevos e innovadores para una población que envejece, incluidos los servicios de cuidados en el hogar, que promueven una forma de vida independiente de las personas de edad.

- b) El Grupo de Investigaciones sobre el Trabajo y Cuidado de los Ancianos, de la Universidad de Guelph que examinan las diversas formas en la que se examina las diversas formas en las que las personas combinan el empleo remunerado, con la atención de los familiares ancianos, los efectos de las responsabilidades de cuidar a los ancianos sobre el rendimiento laboral y las pautas de la fuerza de trabajo en general. Además este grupo analiza el impacto de una serie de iniciativas públicas y privadas destinadas a optimizar el equilibrio entre trabajo y vida familiar.

- c) El Grupo de Investigaciones sobre la Función Cognoscitiva, de la Universidad de Toronto, que examina el impacto del medio laboral sobre el rendimiento cognoscitivo y el comportamiento laboral de las personas de edad en las instituciones de ancianos.

- d) La infraestructura de redes de la Universidad de Toronto, que brinda apoyo estimulando la vinculación de las actividades de la investigación entre los grupos. La Infraestructura de Redes también lleva a cabo investigaciones basadas en las implicaciones de política de las conclusiones de las investigaciones de CARNET (ONU, 1992a).

En Estados Unidos el *Acta para los Ancianos Americanos* provee los fondos para planificar y coordinar servicios para los ancianos en los niveles estatales y subestatales, también provee ciertas financiaciones de proyectos especiales para formación, investigación experimentación y servicios de enseñanza continua.

La *Organización Japonesa para la Cooperación Internacional en Planeación Familiar (JOICFP)* estableció un proyecto que se ha implementado desde 1992 hasta el presente año de 1995. Este proyecto ha sido patrocinado por la *Fundación Popular de las Naciones Unidas (UNFPA)* titulado: *Promoción de la Formulación de Nuevas Normas y Políticas sobre el Envejecimiento*. Las medidas tomadas hasta ahora han sido implementadas ya en el Japón pero se pretende ampliar las expectativas para un número mayoritario de países (JOICFP, 1993).

5. FORMACION GERONTOLOGICA INTEGRAL.

Países latinos como Costa Rica (Ramírez, 1989) y Venezuela (Quintero, 1992) se han caracterizado por entrenar y capacitar profesionalmente a todos aquellos interesados en el campo de la *Geriatría Integral* bajo un marco filosófico y pragmático de educación permanente y participación popular.

En forma semejante Rumania, Barbados y Kuwait (Banoob, 1992) entrenan a personal de las áreas sociales, de salud y educación.

CAPITULO VI

MODELOS NACIONALES DE ATENCION A LA SALUD GERONTOLOGICA

Este capítulo contempla las acciones sociales gerontológicas que se realizan dentro de la República Mexicana por las diferentes instituciones que participan a favor de los ancianos. Antecede una introducción acerca de las condiciones de salud en las que vivimos conforme al SNS vigente, para tener una base que nos ayude a identificar los requerimientos nacionales conforme al Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.

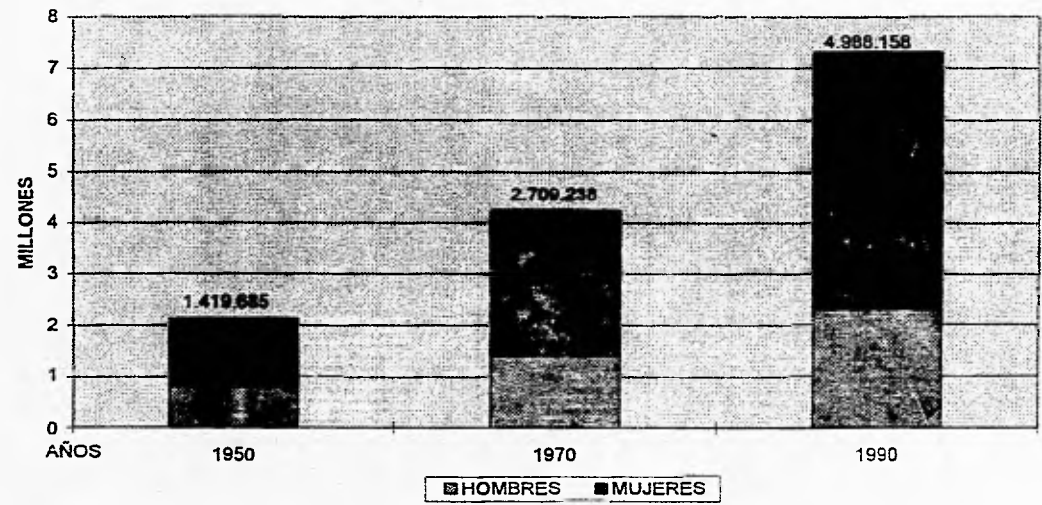
6.1 ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE LA VEJEZ EN MEXICO.

En México se ha presentado un incremento en la esperanza de vida media, y esto se ha dado gracias a la conjugación de diversos factores como el avance en la tecnología biomédica, el mejoramiento de las condiciones ambientales, la disminución de las tasas de mortalidad, la calidad de los aspectos nutricionales, todo esto de una u otra manera hace posible que la gente aspire a vivir un mayor número de años y que estos años de vida tengan una mayor calidad, en relación a otras épocas (GEMAC, 1989)

De acuerdo a los resultados obtenidos por el *XI Censo General de Población y Vivienda 1990* la población de la tercera edad, considerada como la de 60 años y más, ascendió en marzo de 1990 a casi 5 millones de personas que representan el 6.1% de la población total del país, proporción que supera la alcanzada en 1970, de 5.6%. En números absolutos el aumento en ese periodo fue de 2.3 millones de personas, equivalente a una tasa de crecimiento medio anual de 3.1% superior a la registrada por la población total en esos veinte años, de 2.6%.

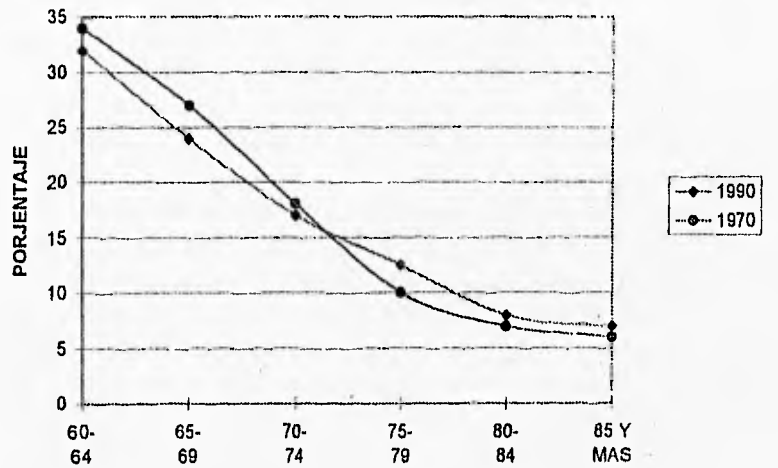
Debido a que la mortalidad es mayor en los hombres que en las mujeres, en la tercera edad hay 112 mujeres por cada 100 hombres (Véase Tabla 1)

TABLA 1
EVOLUCION DE LA POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS POR SEXO, 1950, 1970 Y 1990



Comparando la distribución por grupos de edad de 1970 y 1990 se observan proporciones mayores en las edades avanzadas (de 75 años y más) para 1990, lo que refleja el aumento en la sobrevivencia de la población (INEGI, 1993), (Véase Tabla 2).

TABLA 2
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION DE 60 AÑOS
Y MAS SEGUN GRUPOS QUINQUENALES, 1970 Y 1990



6.2 SALUD, ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL.

En los últimos años, no obstante las severas restricciones de recursos que ha enfrentado el país, se han conseguido avances en materia de salud; los principales indicadores muestran un mejoramiento de las condiciones generales de bienestar del país. La mayoría de los mexicanos tiene acceso a establecimientos permanentes de servicios de salud, y se ha logrado una fase de crecimiento regulado de la población. Sin embargo en las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud ni de la calidad deseable, y subsisten en general limitaciones en el suministro de medicamentos, materiales de curación, equipos e instrumental médico, así como escasez de medios para su mantenimiento.

A pesar del acelerado proceso de urbanización del país, persiste una marcada dispersión de asentamientos de población en el área rural, lo cual torna muy difícil la atención a la salud y asistencia a cada uno de ellos.

El *Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994* señala que el objetivo más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social persigue impulsar la protección de todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de las condiciones de bienestar social.

Entendida en un sentido más amplio, la *salud* no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones económicas, sociales y culturales, y es, con ellas, un componente sinérgico de bienestar social. Así la salud es un elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad sociales, es un derecho esencial de todos.

La asistencia y seguridad social complementan a la salud haciendo más integral el propósito de atender el bienestar social en esta materia. La *asistencia social* es el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (*Art. 167, SSA, 1993*). Los servicios de asistencia social son proporcionados principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos. La *seguridad social* atiende el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación; protege el nivel adquisitivo de su salario y

otorga apoyos financieros; y garantiza la protección en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte.

6.3 EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD.

El derecho a la salud se ha ido modificando con los nuevos sistemas de seguridad social. Así el 3 de febrero de 1983 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* una adición al Artículo 4o. Constitucional que dice:

“ Toda persona tiene el derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la frac. XVI del Art. 73 de esta Constitución ”.

A diferencia de las garantías individuales, las cuales solo deben ser respetadas por el Estado, el derecho a la protección de la salud como garantía social, junto con las ya consagradas de la educación, el trabajo, la vivienda y la planificación familiar determina que el Estado tiene la responsabilidad de proveer lo necesario para dar a este derecho una efectividad creciente.

Este derecho tiene tres características:

- 1) Es universal sin limitación alguna, puesto que se otorga a todo mexicano por el hecho de serlo.
- 2) Lo esencial de esta garantía es el acceso a los servicios de salud; para este fin, por medio de una ley, se establecerán las bases y modalidades de dicho acceso.
- 3) Establece el carácter concurrente en materia de Salubridad General que la Federación y los Estados aplicarán en función de la descentralización de los servicios de salud, con el siguiente fortalecimiento del pacto federal (SSA, 1988).

La *Ley General de Salud* reglamentaria del Art. 4o. Constitucional conforme a su párrafo tercero mencionado anteriormente, es el ordenamiento encargado de regular un programa de salud, que busca proporcionar tales servicios a toda la población para mejorar su calidad. Por tal motivo, esta ley fue reformada y adicionada en dos ocasiones en el año de 1987.

Las más recientes reformas realizadas el 14 de Junio de 1991 pretenden estar acordes con la transformación dinámica y la modernización en materia sanitaria, trazadas en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. Con ella se busca consolidar el *Sistema Nacional de Salud*, mejorar la calidad de los servicios, disminuir las desigualdades sociales, fomentar la cultura de la salud, lograr el acceso universal a los servicios con

equidad y calidad, poner énfasis en la prevención y control de enfermedades, impulsar la protección del medio ambiente y el saneamiento básico, así como contribuir a la regulación del crecimiento demográfico (CNA, 1991)

El Sistema Nacional de Salud es un componente estructural del Sistema Nacional de Planeación Democrática. Permite armonizar los programas de servicios de salud que realiza el Gobierno Federal, con los que llevan a cabo los gobiernos de los estados, los municipios federativos y el conjunto de los sectores social y privado que participan en el mismo. Se trata de dar cumplimiento efectivo al derecho a la protección de la salud.

2.4 SECRETARÍA DE SALUD

La Ley Federal de Salud crea y establece la Secretaría de Salud, el Sistema Nacional de Salud y la Secretaría de Salud (CNA, 1991). La responsabilidad de llevar a cabo el programa de salud pública en México corresponde al Sistema Nacional de Salud, en el que participan:

- ESTADOS: conducir a política nacional de salud y salud
- GOBIERNO FEDERAL: organizar la atención de salud de los mexicanos y establecer la infraestructura básica de salud pública, de investigación y servicios de diagnóstico, programas de salud que se otorgan a todo nivel
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO POPULAR: proporcionar servicios de salud
- ENTIDADES FEDERATIVAS: aplicar a todo nivel la política y programas de salud
- GOBIERNO FEDERAL: proporcionar la infraestructura de servicios de salud
- ENTIDADES FEDERATIVAS: proporcionar la infraestructura de servicios de salud
- SECTORES SOCIAL Y PRIVADO: proporcionar servicios de salud, investigación y servicios de diagnóstico
- ENTIDADES FEDERATIVAS: proporcionar servicios de salud
- INSTITUCIONES DE LOS SECTORES SOCIAL Y PRIVADO: proporcionar servicios de salud
- ENTIDADES FEDERATIVAS: proporcionar servicios de salud

equidad y calidad, poner énfasis en la prevención y control de enfermedades, impulsar la protección del efecto del ambiente y el saneamiento básico, así como contribuir a la regulación del crecimiento demográfico (SSA, 1993).

El Sistema Nacional de Salud es un componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática. Pretende armonizar los programas de servicios de salud que realiza el Gobierno Federal, con los que llevan a cabo los gobiernos de las entidades federativas y el concurso de los sectores social y privado que prestan sus servicios, a fin de dar cumplimiento creciente al derecho a la protección de la salud.

6.4 SECRETARÍA DE SALUD.

La Ley General de Salud hace recaer la coordinación del Sistema Nacional de Salud en la *Secretaría de Salud (SSA)*. La responsabilidad de ésta en su cometido de consolidar el Sistema Nacional de Salud se da, entre otros, en los siguientes ámbitos:

- 1) Establecer y conducir la política nacional en materia de salud.
- 2) Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen.
- 3) Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.
- 4) Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud.
- 5) Coordinar el proceso de programación de las actividades de sector salud.
- 6) Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud.
- 7) Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud, coadyuvando a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.
- 8) Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

6.4.1 SECTOR SALUD.

La base jurídica vigente permite configurar al Sector Salud de la siguiente forma.

- a) Las funciones programas y servicios de salud que realizan el *Instituto Mexicano del Seguro Social*, el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* y en general, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.
- b) El subsector de los institutos nacionales de salud, que incluye los de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Nutrición, Pediatría, Perinatología, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital Infantil de México.
- c) El subsector de instituciones de asistencia social incluyen el *DIF*, los Centros de Integración Juvenil y el *Instituto Nacional de la Senectud*. El eje de la asistencia social y la vigilancia de la operación de ella recae en el *Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia*.
- d) Otras entidades que tienen diferentes ubicaciones y funciones en el Sistema Nacional de Salud, como son: el Hospital General Dr. Manuel Gea González, el Centro Materno Infantil Maximino Avila Camacho, y un patronato para la Asistencia Privada (SSA, 1986).

6.5 ASISTENCIA PRIVADA.

La asistencia social en nuestro país, es atendida por el *Sector Público* y por el *Sector Privado*. Así la *Asistencia Pública*, es la asistencia social proporcionada por el estado mediante sus instituciones y *Asistencia Privada*: es la asistencia social proporcionada por los particulares, como personas físicas o morales, que con bienes de propiedad particular, ejecutan actos con fines humanitarios de asistencia, sin propósito de lucro y sin designar individualmente a los beneficiarios, a quienes el estado reconoce personalidad moral, al estar constituidos institucionalmente y tener capacidad patrimonial propia para la realización de sus objetivos asistenciales, que las poblaciones marginadas le demandan.

Las *Instituciones de Asistencia Privada (Fundaciones o Asociaciones)*, al desarrollar sus acciones en beneficio de la población con carencias, sin recursos, o incapacitada, auxilian en forma destacada al estado en la atención y solución de estos problemas; razón por la cual, las instituciones de asistencia privada son consideradas de *utilidad pública* y están exceptuadas del pago de los impuestos, derechos y aprovechamientos que establezcan las leyes del Distrito Federal, así como de los impuestos federales, cuando las leyes de aplicación general lo determinen.

La disposición legal que regula la asistencia privada en el Distrito Federal, es la *Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal* y esta ley define que la *Junta de Asistencia Privada* es un órgano administrativo desconcentrado por funciones, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud, por medio del cual el poder público ejerce la vigilancia y asesoría que le compete sobre las instituciones de asistencia privada (Cuarón S., 1988).

Actualmente existen 24 *Instituciones de Asistencia Privada para Ancianos*, 22 de ellas son *Casas Hogar* y 2 *Centros Laborales*.

6.6 PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD.

El gobierno anterior propuso a la nación un cambio en lo económico y en lo social, un cambio que modificara el papel de un estado propietario y paternalista hacia un estado solidario y corresponsable con una sociedad cada vez más participante.

El *Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL)* fue puesto en marcha el 2 de diciembre de 1988 como una estrategia comunitaria de ayuda mutua tanto en el campo como en los barrios y colonias populares. Aunque muchas acciones del programa tienen alcance nacional, sus repercusiones son locales o regionales. Por ello la operación del mismo desde la toma de decisiones, está orientado al fortalecimiento del municipio, que es la instancia que permite al programa una cercanía real con la población y así responder efectivamente a sus demandas y propuestas de acción. Desde su puesta en marcha, Solidaridad ha descentralizado tanto acciones como recursos en apoyo de los gobiernos estatales y municipales.

De igual manera se alienta la participación del gobierno municipal en la ejecución de los subprogramas de Solidaridad; cuando las características técnicas requieren procesos financieros o técnicos complejos se busca el respaldo de la autoridad estatal requerida por los gobiernos estatales o municipales, pero lo hace en su carácter de entidad normativa y para efectos de asesoría y de apoyo en cuestiones determinadas.

Solidaridad tiene sus bases en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos sustentando el cumplimiento de los *derechos sociales (alimentación, educación, salud y vivienda)* como la vía para alcanzar los propósitos de libertad, igualdad y justicia.

El PRONASOL a través de los *Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADES)* asigna un presupuesto a instituciones de bienestar social que prestan servicios de asistencia a la vejez tales como el DIF y el INSEN (PRONASOL, 1994).

6.7 NIVELES DE ATENCION EN SALUD.

Los *niveles de atención* son el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familias, los recursos de la prevención, como son el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación. Es decir son elementos prácticos u operaciones de los niveles de prevención: la aplicación de aquellos.

Entendemos por nivel de atención la división funcional de los problemas de salud de los grupos humanos teniendo en cuenta, básicamente: frecuencia y gravedad del padecimiento, orientación de los servicios, tipo de servicios (continuo, episódico, discontinuo) y accesibilidad del público a los servicios (Gomezjara, 1983).

Las diversas instituciones que prestan atención médica a población abierta o a población asegurada han definido y puesto en práctica, con grados diversos en avance y extensión, una organización de los servicios en los tres niveles generalmente aceptados: el *primario*, para la atención de los problemas más comunes de salud que no requieran el uso de tecnología compleja ni de hospitalización; el *secundario* basado en la consulta externa o la hospitalización a cargo de los especialistas clínicos básicos (pediatras, ginecobstetras, internistas y cirujanos generales) y de los especialistas de apoyo (anestesiólogos, patólogos, radiólogos y laboratoristas), y el *terciario*, de alta especialidad, que además sirve de apoyo a la investigación biomédica y sus aplicaciones.

Los niveles de atención se han ligado íntimamente al proceso de regionalización, sobre todo en las instituciones de seguridad social. El tipo de unidad, en tamaño y recursos, depende del nivel de los servicios impartidos y del número de personas por atender.

La *atención primaria* ocurre en el hogar, en consultorios, clínicas o centros de salud localizados cerca del sitio donde viven o trabajan las personas, e incluso, por razones de emergencia, en la vía pública o en el medio rural.

La *atención secundaria* presta servicios a grupos referidos de una zona de influencia más amplia y se imparte en hospitales regionales o distritales, con recursos especializados de personal, equipo e instalaciones.

La *atención terciaria* sólo se presta en unas cuantas ciudades donde ha sido necesario y factible establecer estos servicios, en centros médicos o en hospitales de alta especialidad, que funcionan como unidades de concentración.

En relación con los esquemas de atención de las diversas instituciones de salud, conviene señalar que las grandes diferencias se encuentran fundamentalmente entre los servicios primarios que se imparten a los grupos protegidos por la seguridad social y los ofrecidos a la población abierta. Esas diferencias a favor de los seguros sociales, inciden tanto en los recursos físicos como en los humanos, sobre todo en el número de personal profesional médico y paramédico.

En las instituciones que atienden a la población abierta, los indicadores de cobertura, número de consultas o atenciones, señalan disparidades entre las necesidades, la demanda y el uso de los servicios. El nivel socioeconómico y cultural de la población y el marginalismo rural o urbano, influyen considerablemente en la utilización real o potencial de los servicios.

En lo que se refiere a la atención secundaria o terciaria, no varían tanto en calidad los esquemas de atención entre las instituciones de servicios a la población abierta. Empero en estos últimos la capacidad del nivel secundario es insuficiente para atender los casos referidos del nivel primario. En la instituciones de seguridad social, los procedimientos para referir a los pacientes funcionan de modo adecuado, aunque cierto número de enfermos ingresan en forma directa a los hospitales generales de especialidades (SSA, 1986).

6.7.1 MODELO PROGRAMÁTICO DE ATENCIÓN AL ANCIANO.

El Dr. Raymundo Collada propuso en el año de 1983 un modelo de asistencia social al anciano análogo al de niveles de atención a la salud, y más especialmente para prestar ayuda y servicios a ancianos que no contaran con apoyo familiar.

El modelo tiene forma piramidal, con tres niveles de atención a la asistencia social, cada uno de ellos organizado de acuerdo al porcentaje de población que es recomendable que se cubra. Sin embargo pese a todos los esfuerzos que tanto el DIF como otras instituciones han realizado, vemos que lamentablemente 12 años después de la propuesta inicial, la meta no ha sido cubierta y aún dista mucho por alcanzarla. El modelo es el siguiente:

El *primer nivel*, tiene una cobertura del 85% de la población de 60 años y más. Este nivel de atención es la base de la pirámide en el cual se desarrollan programas de prevención y promoción social entre los cuales se contemplan alimentación, educación, capacitación para el trabajo, preparación para el retiro o jubilación, actividades lúdicas, capacitación a la familia y la comunidad, asistencias específicas, bolsa de trabajo y atención médica primaria, entre otras.

Este nivel tiene un enfoque profesional de organización de la comunidad encaminado a la solución de la problemática presentada entre los individuos pertenecientes a ella y apoyados por el personal de asistencia social profesional técnico con capacitación específica.

El *segundo nivel* agrupa la capacidad instalada de unidades físicas donde las acciones programáticas de asistencia social se desarrollan a través de centros comunitarios, albergues de estancia diurna que contemplan actividades productivas, educativas, culturales, de enseñanza continua, terapia ocupacional, terapia recreativa, alimentación y asistencia geriátrica; proporcionando solución a la problemática presentada por el 10% de la población de 60 años y más del país, atendidos por personal profesional especializado en las áreas convenientes y necesarias para desarrollar las actividades programadas a nivel óptimo, mediante la utilización de la capacidad instalada y desarrollo de técnicas de alto nivel profesional en este campo.

El *tercer nivel* de atención está representado en este modelo en el ápice de la pirámide, por la utilización programática, de la capacidad instalada de las casas hogar para ancianos sanos, casas hogar hospital para ancianos enfermos crónicos, que contemplan además el desarrollo de investigación gerontológica y geriátrica, así como capacitación en estas áreas del conocimiento al personal de la ciencias de la salud.

Este modelo podría adquirir mayor relevancia si se profundizara más sobre el, para lograr rescatar sus posibilidades de acción y satisfacer las necesidades de los ancianos.

6.8 MODELO DE ATENCION A LA SALUD PARA LA POBLACION ABIERTA.

La forma en que los gobiernos de la República han proporcionado atención médico-preventiva a la población no protegida por la seguridad social, o incapacitada económicamente para acudir a los servicios privados ha tenido variaciones en los diferentes períodos gubernamentales.

Algunas características positivas de esa atención fueron en términos generales: atender la demanda, procurar aumentar territorialmente las unidades correspondientes; apoyar el desarrollo de éstas en función de la demanda o del interés del directivo local, haciendo que algunos de ellos elevaran su calidad. Entre las negativas se pueden mencionar algunos que se observan con relativa frecuencia, tales como: descoordinación entre las unidades; impulso a realizar acciones de primero, segundo y hasta tercer nivel en cualquier sitio, con las consecuencias desfavorables desde todo ángulo: administrativo, económico, científico, técnico y de beneficio a los usuarios.

Si bien se habían hecho intentos, especialmente en los últimos años, para remediar esta situación, faltaba y falta todavía mucho por realizar en este sentido. De ahí que las últimas administraciones de salud (1982-1988 y 1989-1994) han procurado diseñar, operar y fortalecer un sistema que contara con una estructura y un funcionamiento apegados, a la lógica administrativa y a las necesidades de salud para la atención integral de la población.

Dado lo anterior, se concibió estructurar un modelo de atención a la salud que contemplara los siguientes objetivos, prioridades y estrategias:

Objetivos:

- Mejorar el nivel de salud de la población, procurando su cobertura total con servicios integrales de calidad básica homogénea y fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos.
- Optimizar la organización y funcionamiento homogéneo de los servicios estatales de salud para asegurar a la población la disponibilidad y acceso a servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente sus necesidades.

Prioridades:

El modelo contempla dos prioridades básicas.

- El fortalecimiento de la atención primaria como fórmula para proveer a toda la población de servicios básicos de salud individual y comunitaria, por lo que pone énfasis en la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales, de promoción y fomento a la participación comunitaria en la operación de los servicios y el autocuidado de la salud, así como en aquellas relacionadas con la preservación y conservación de condiciones sanitarias y ambientales adecuadas.
- Asegurar la atención equilibrada a las diversas regiones del país, sustentada ésta en la utilización racional de los cursos existentes y en el desarrollo de la infraestructura de servicios, previendo el equilibrio al que debe sujetarse el crecimiento de cada nivel de atención.

Estrategias:

De acuerdo a las prioridades anteriormente mencionadas, fueron propuestas diversas estrategias de las cuales dos de las más importantes son:

- Impulsar y fortalecer la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales, con base en los programas específicos que respondan a las necesidades locales y regionales.
- Promover y fomentar la participación de la comunidad en la operación de los servicios y en el autocuidado de la salud.

Dada la descentralización de los servicios de salud, las unidades establecidas se reclasificaron conforme a dos niveles básicos de salud el primero refiere a todos aquellos centros de salud comunitaria y el segundo a hospitales generales (de 30, 60, 120 o 180 camas).

6.8.1 ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.

La estrategia esencial del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta es la Atención Primaria, adoptada como tal según la declaración de Alma Ata:

La *Atención Primaria a la Salud (APS)* es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que sean aceptables, con plena participación de la comunidad y a un costo que ésta y el país puedan soportar. La APS constituye el núcleo del Sistema Nacional de

Salud y forma parte de la estrategia de desarrollo económico y social de la comunidad (OMS, 1978; SSA, 1988; Baz Diaz Lombardo, G., 1993).

El constituirse en puerta de entrada al sistema de salud y funcionar como primer nivel de atención, no significa que la APS actúe aisladamente, sino que está o deberá estar, íntimamente relacionada con el segundo y tercer niveles, los cuales le sirven de apoyo. Este hecho invalida la interpretación que algunas veces se da a la APS, de ser una atención de segunda categoría, puesto que dentro del contexto que se le ubica, la población puede acceder a los servicios más especializados, si es el caso con las limitaciones que surjan del subdesarrollo con el sistema que dificulte la referencia y la contrarreferencia, o de la falta de niveles superiores de buena calidad (SSA, 1988).

Su representante, el *Sistema Local*, es el contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, acerca lo más posible la *Atención Integral de la Salud* al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Baz, G., 1993).

El fortalecimiento de los *Sistemas Locales de Salud (SILOS)* es una estrategia propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, la cual fue incorporada al Programa Nacional de Salud 1990-1994. Su propósito principal es el de impulsar la toma de decisiones en los sitios donde se generan los problemas y por consiguiente, propiciar la descentralización de facultades y recursos hacia las instancias periféricas del Sistema Nacional de Salud.

Dentro del contexto internacional, el fortalecimiento de los SILOS ha sido definido como una táctica operacional para impulsar el desarrollo de las acciones comprendidas en la estrategia de APS.

En México el *Proyecto de Desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias (PDJS)* ha jugado un papel fundamental, toda vez que su misión y objetivo es el de fortalecer a las jurisdicciones sanitarias como las instancias coordinadoras de los SILOS en el territorio nacional. Es por la vía de ese proyecto que las jurisdicciones sanitarias pasaron de ser instancias con grandes limitaciones técnico-administrativas, a organismos con capacidad para programar, dirigir y evaluar los programas de atención médica para la población no asegurada, así como para coordinar las acciones de salud pública y asistencia social, tanto con las instituciones que en el ámbito local integran el Sector Salud, como con aquellos organismos de otros sectores que están involucrados en la atención a la salud (Kumate R., et. al., 1994).

Los SILOS conforman la mejor estrategia dentro de las diferentes propuestas que se han dado para lograr una mayor cobertura de los sistemas de salud y a la vez como una forma de organización que integra a todas las demás.

En los SILOS se sigue la estrategia de atención primaria, se busca una mayor participación social, se mantiene como base el principio de descentralización y se definen áreas de acción conforme a lo que se ha dado en llamar *atención primaria selectiva*.

El objetivo de los SILOS es conservar y mejorar la salud de la población. Sus objetivos específicos han sido definidos de la siguiente manera:

- a) Responder operacional y específicamente a los problemas de salud-enfermedad de las poblaciones.
- b) Favorecer la democratización y la participación social activa en el abatimiento de los daños a la salud de las poblaciones.

Se han formulado diversas propuestas de sistemas de planificación y programas de salud, pero todas se han orientado a la oferta de servicios más que a la solución de necesidades.

Los sistemas de salud en general, y los latinoamericanos en particular, funcionan como instituciones con objetivos de un nivel de generalidad tan grande, que dan cabida al desarrollo de múltiples actividades que inclusive pueden ser contradictorias entre sí. No se cuenta con una perspectiva del impacto en el nivel de salud como indicador clave de su gestión y los sistemas funcionan inmersos en una administración rutinaria y cotidiana, enfocada primordialmente al uso y al reacomodamiento de recursos, y no al logro de otro tipo de objetivos ni a la búsqueda de resultados.

La actividad se desarrolla dentro del modelo de atención médica que hace énfasis en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, el cual subvalora notablemente la prevención misma y el fomento a la salud, reduciendo en forma considerable su efectividad.

Las tendencias modernas como la gerencia estratégica, la de servicio o la de calidad total no han llegado aún al campo de los sistemas comunitarios de salud y apenas empiezan a incursionar en algunos hospitales.

Es necesario facilitar la aplicación de los conceptos más modernos de la gerencia de empresas al manejo de los SILOS, de tal forma que se asimilen a la labor cotidiana de los trabajadores de la salud y de las respectivas comunidades. Ello permitiría la conducción hacia los objetivos claros, previamente definidos, midiendo sus resultados e introduciendo elementos de innovación que hagan de los SILOS empresas dinámicas, adaptables y responsables, sensibles a las necesidades de las comunidades y a los cambios de su entorno.

Esta puede ser una contribución útil e importante, en un momento en el que en el continente se impulsa hacia la descentralización de los sistemas de salud y en que éstos

se abren a la influencia de los nuevos vientos que recorren las ciencias de la gerencia (Durán A., L. y Yepes, F., 1994).

Hasta este momento las aportaciones que ha hecho la *psicología* en este campo, se han referido exclusivamente al estudio de las actitudes y conductas de los individuos en relación con la definición de salud-enfermedad, identificando las expectativas de los usuarios con respecto a los servicios de salud y los servicios reales proporcionados.

6.9 PROPUESTAS NACIONALES AL PLAN DE ACCION INTERNACIONAL DE VIENA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.

En México, la aplicación del Plan de Acción Internacional se ha ido estructurando paulatinamente, pero aún hace falta mucho por hacer. Los propósitos generales de la política de salud en México apuntan a:

- 1) Lograr una mayor cobertura de los servicios de salud.
- 2) Mejorar la Salud de la población.
- 3) Fortalecer el nivel primario de atención a la salud.
- 4) Impulsar la investigación y la formación de recursos humanos (SSA, 1994).

En este contexto se ha considerado muy someramente el problema de la población envejecida, no obstante que la atención a la salud es una de las necesidades primordiales.

Tanto las Instituciones Públicas por parte del Sector Salud como las Instituciones de Asistencia Privada han desarrollado *Programas de Asistencia Social para la Tercera Edad* y aunque éstos pretenden tener un enfoque integral (biopsicosocial), muchos de sus esfuerzos han sido aislados.

Los recursos humanos y materiales son muy escasos aún y no alcanzan a cubrir la demanda real de la población mayor de 60 años, pues al ser muy pocos se ve limitada la expectativa tan alta que van a generar más de seis millones de personas de edad en un futuro inmediato.

También la falta de personal capacitado puede llevar a situaciones perjudiciales al paciente anciano ya que su fragilidad física lo hacen más vulnerable a los tratamientos inadecuados. Los egresos prematuros o estancias prolongadas en el hospital, así como las medicaciones agresivas, que degeneran en iatrogenias, son sólo algunos problemas al respecto.

Debe hacerse hincapié en la importancia que tienen la atención primaria, porque constituye el pilar de todos los servicios de atención sanitaria y permite prevenir,

detectar tempranamente y dar tratamiento oportuno a las enfermedades antes de que se considere necesario canalizar a los ancianos a otro nivel de atención más especializado

Las instituciones responsables de proporcionar asistencia social para mejorar la calidad de vida de las personas envejecidas, que no están adscritas a ninguna institución de seguridad social, han realizado esfuerzos que de alguna manera resuelven las necesidades de algunos de esos grupos. Es conocido que este tipo de apoyo no es equitativo, pues no llega muchas ocasiones a los más necesitados, ya sea porque no existen suficientes o porque se desconoce su existencia.

Las instituciones públicas han optado por dar atención al anciano sano, que requiere asistencia social y que, al ingresar éstas, es independiente funcionalmente. En el caso de las instituciones de asistencia privada, algunas atienden al anciano inválido, pero en su mayoría lo rechazan por carecer de los recursos y el personal necesario para su atención. Las nuevas instituciones que surgen en el sector privado con fines lucrativos suelen ser menos selectivas en cuanto a nivel de funcionalidad o de morbilidad que presentan los ancianos, pero son costosas. Actualmente existen pocas de éstas, y se desconoce casi totalmente la calidad de los servicios que ofrecen.

Para alcanzar el bienestar integral en la población de edad avanzada es necesario que las políticas de salud dirigidas a los ancianos incluyan objetivos claros en materia de atención de sus necesidades básicas y que se orienten a mantener la integración, en la familia y la sociedad, de los individuos que envejecen (SSA, 1994).

A continuación se expondrán los programas más importantes, tanto gubernamentales, como no gubernamentales y de iniciativa privada que de una u otra forma han recibido apoyo y aceptación ante su ejecución en el Distrito Federal y a nivel estatal en diferentes estados de la República. Estos programas son los que más se acercan a los parámetros establecidos por el Plan de Acción Internacional. (Véase Cuadro 2).

Cuadro 2. Principales Acciones Sociales Gerontológicas en la República Mexicana

AREAS	ACCIONES SOCIALES	PROGRAMAS	SUB-PROGRAMAS
A) SALUD Y NUTRICION			
I. SALUD	a) Acciones Preventivas y/o Comunitarias	1. Servicios Voluntarios	1.1 Servicios de Ayuda en el Hogar 1.2 Servicios de Ayuda Sanitaria en el Hogar 1.3 Servicio de Pedicuro 1.4 Visitas Amistosas
		2. Servicios de Atención Médica Doméstica	
		3. Residencias de Día	
		4. Hospitales de Día	
		5. Grupos de Autocuidado y Autoayuda	
		6. Banco de Medicos Aportantes	
		7. Programas de Desarrollo Rural Integrado	
	b) Acciones Institucionales	1. Cuidados a Largo Plazo	1.1 Hospitales Geriátricos 1.2 Institutos Gerontológicos 1.3 Agencias y Seguros Médicos 1.4 Servicios Integrales de Salud 2.1 Centros de protección Social
II. NUTRICION	a) Acciones Comunitarias	1. Programa de Reparto de Despensas a Domicilio	
		2. Servicio de Comedor	
		3. Programa de Apoyo Nutricional	
B) PROTECCION DE LOS ANCIANOS COMO CONSUMIDORES	a) Acciones Institucionales	1. Prestación de Servicios Integrales Tarjeta INSEH	
		2. Protección en los Servicios de Bienestar Social	2.1 Pensiones 2.2 Ayudas a Instituciones 2.3 Ayudas Esporádicas 2.4 Ayudas en Especie
		3. Protección en los Servicios de Seguridad Jurídica	3.1 Programa de Asistencia Jurídica 3.2 Procuraduría de la Defensa del Anciano
		4. Apoyo Nutricional	
		5. Tiendas y Centros Comerciales	
		6. Asistencia Médica Gratuita y Protección	
C) VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE	a) Acciones Institucionales	1. Multifamiliares	
	b) Acciones Comunitarias	2. Vivienda en Familia	
		3. Viviendas atendidas por la comunidad	
		4. Legislaciones para la vivienda	
		5. Protección del Medio Ambiente	

(Continuación)

D) FAMILIA	a) Acciones Comunitarias	1.- Asesorías Familiares		
		2. Asistencia Familiar en Apoyo a los Ancianos		
	b) Acciones Institucionales	3. Participación Familiar		
		4. Legislación Familiar		
E) BIENESTAR SOCIAL	a) Acciones Institucionales	1. Clubes de Tercera Edad	1.1 Charlas para Jubilados y Pensionados	
			1.2 Talleres Ocupacionales	
			1.3 Consejos de Ancianos	
	b) Acciones Comunitarias	2. Servicios Sociales de Apoyo a los Ancianos		2.1 Viajes Vacacionales
				2.2 Servicios de Transporte
				2.3 Teléfono de Seguridad
				2.4 Actividades Deportivas
	3. Servicios de Bienestar Social en la Comunidad			
F) SEGURIDAD DE INGRESOS Y EMPLEO	a) Acciones Institucionales	1. Proyectos que Generan Ingresos		
		2. Bolsas de Trabajo		
		3. Legislación Laboral		
		a) En el ISSSTE	3.1 Pensión por Jubilación	
			3.2 Pensión de Retiro por Edad y Tiempo de Servicios	
			3.3 Pensión por Cesantía en Edad Avanzada	
			3.4 Indemnización Global	
	b) En el IMSS	3.5 Seguro de Invalidez		
		3.6 Seguro de Vejez		
		3.7 Seguro de Cesantía en Edad Avanzada		
		3.8 Seguro de Muerte		
	4. Preparación para Jubilación			
G) EDUCACION	a) Acciones Comunitarias e Institucionales	1. Centro Cultural de la Tercera Edad		
		2. Otras Alternativas Educativas	2.1 Programa de Asistencia Educativa	
			2.2 Conferencias y Cursos de Capacitación	
		3. Campañas y Proyectos Educativos		
		4. Financiación de Proyectos para Formación, Investigación y Servicios de Enseñanza	4.1 Investigación para la Salud	
			4.2 Sociedades Científicas	
	5. Formación de Recursos Humanos	5.1 Instituciones Docentes		

A. SALUD Y NUTRICION.

I. SALUD.

Desde el punto de vista del acceso formal a la atención médica en las instituciones públicas existen dos grandes grupos de usuarios: los *afiliados a la seguridad social*, que son unos 45 millones, y los *no asegurados*, que representan alrededor de 35 millones. Los primeros incluyen sobre todo a la población trabajadora del sector formal. El grupo de no asegurados incluye a los que no participan en el sector formal de la economía, principalmente en el medio rural, y las clases medias, autoempleadas que no están protegidas ni han adquirido un seguro médico privado. En su mayoría este grupo hace uso de los servicios públicos que ofrecen la Secretaría de Salud, el Programa IMSS-Solidaridad y los servicios estatales y municipales. Hay un tercer grupo que tenga o no acceso a la seguridad social, tradicionalmente utiliza los servicios de medicina privada.

Las instituciones de nuestro sistema de salud están organizadas y operan de manera centralizada en líneas bien definidas para una *coordinación efectiva* entre ellas. Cada una realiza por separado acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas de servicios de que consta el marco que garantiza la *integridad de las acciones y evita la duplicación*. Esta operación segmentada y desconectada de los servicios genera la *ineficiencia* reduce las producciones de los servicios de diagnóstico y atención de los pacientes y *incrementa* los costos debido a la *repetición de procedimientos y recursos* cada vez más escasos y *dispendiosos*. Poder Ejecutivo Federal, 1996.

II. ACCIONES PREVENTIVAS EN COMUNITARIAS

A. NERVENOSA COMUNITARIAS

Las promotoras comunitarias que trabajan con el IMSS en un *trabajo comunitario* tiene a su disposición de las siguientes *herramientas*. Estas se *usan* *coordinadamente* *enfocadas* en diferentes acciones *dirigidas* *por* *comités* *y* *organizadas* *de* *la* *comunidad* *de* *una* *de* *las* *zonas* *de* *atención* *de* *la* *Secretaría* *de* *Salud*.

A. SALUD Y NUTRICION.

I. SALUD.

Desde el punto de vista del acceso formal a la atención médica en las instituciones públicas existen dos grandes grupos de usuarios: los *afiliados a la seguridad social*, que son unos 45 millones, y los *no asegurados*, que representan alrededor de 35 millones. Los primeros incluyen sobre todo a la población trabajadora del sector formal. El grupo de no asegurados incluye a los que no participan en el sector formal de la economía, principalmente en el medio rural, y las clases medias autoempleadas que no están protegidas ni han adquirido un seguro médico privado. En su mayoría este grupo hace uso de los servicios públicos que ofrecen la *Secretaría de Salud*, el *Programa IMSS-Solidaridad* y los *servicios estatales y municipales*. Hay un tercer grupo que tenga o no acceso a la seguridad social, tradicionalmente utiliza los servicios de medicina privada.

Las instituciones de nuestro sistema de salud están segmentadas, y operan de manera centralizada, sin líneas bien definidas para una coordinación eficaz entre ellas. Cada una realiza por separado acciones normativas, financieras y de provisión de servicios sin que exista un marco que garantice la congruencia de las acciones y evite la duplicidad. Esta operación segmentada y centralizada de los servicios públicos de salud reduce las posibilidades de dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales, diluye la asignación de responsabilidades y resulta cada vez más costosa e inoperante (Poder Ejecutivo Federal, 1995).

a) ACCIONES PREVENTIVAS Y/O COMUNITARIAS.

1. SERVICIOS VOLUNTARIOS.

Las promotoras voluntarias que colaboran con el DIF son un factor determinante para el buen desempeño de sus funciones institucionales. Ellas en forma desinteresada participan en diferentes acciones sociales que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de vida de la población necesitada.

La *Unidad de Promoción Voluntaria* que colabora constantemente con hechos tangibles en apoyo a los programas del Sistema DIF, concibe al *trabajo voluntario* como el fruto de un sólido deseo de servicio que se manifiesta en forma organizada y permanente, lejos de la compasión y la caridad fingida, en identificación plena con la solidaridad y el respeto.

El personal voluntario del DIF atiende a ancianos que se encuentran en las Casas Hogar dependientes del DIF.

En otras instituciones gubernamentales, no gubernamentales y educativas existen otras personas voluntarias así como estudiantes de servicio social que fungen como agentes de apoyo en el trabajo de promoción para la atención del anciano. Algunas de estas son INSEN, *Fundación de Ayuda a la Comunidad (FAC)* e instituciones pertenecientes a la Junta de Asistencia Privada.

1.1 SERVICIOS DE AYUDA EN EL HOGAR.

FAC en coordinación con las asociaciones civiles que están a cargo de sus centros ofrece servicios de ayuda en los hogares de ancianos enfermos de bajos recursos que viven en comunidades marginadas dentro del Distrito Federal.

Además de ayudar a mantener limpia la vivienda, el ayudante de hogar puede efectuar los pagos tales como el predio, el agua, alcantarillado y cooperaciones vecinales (FAC, 1993).

Hasta este momento es la única institución en que se ha detectado la prestación de este tipo de servicio.

1.2 SERVICIOS DE AYUDA SANITARIA EN EL HOGAR.

El personal voluntario de FAC también colabora con el aseo personal de aquellos ancianos que requieran de ayuda para tener una higiene adecuada en su persona.

Otras instituciones no participan en la ejecución de este servicio. Sólo enfermeras particulares o damas de compañía son las que acceden remuneradamente a desempeñar tal labor.

1.3 SERVICIO DE PEDICURO.

Este servicio aunque es complementario al de atención sanitaria, no se lleva a cabo en el hogar. No es una prestación de base comunitaria. Exclusivamente gericultistas, pedicuristas y enfermeras particulares lo realizan.

Instituciones como el IMSS o el ISSSTE atienden a algunos ancianos que llegan con uñas enterradas regularmente porque no hay quien cuide del aseo especialmente de sus pies. Con mucha frecuencia acuden a solicitar el servicio a las instituciones de salud ya cuando está presente la enfermedad de "gota" o algún otro tipo de infección.

1.4 VISITAS AMISTOSAS.

En la ciudad de México no existen instituciones públicas o privadas que faciliten la participación de voluntarios para cubrir en los ancianos necesidades de afecto y compañía. Los visitantes domiciliarios (institucionales o vecinos) limitan su actividad de ayuda sólo en aquellos casos en que el anciano presente algún tipo de padecimiento postoperatorio o que se vean imposibilitados en valerse por sí mismos.

En Acapulco, Guerrero, existe una institución llamada *Los Hermanos del Anciano, A.C.*, de iniciativa francesa, que se ha dedicado a proporcionar ayuda comunitaria a ancianos desamparados, pero su principal objetivo no es sólo ayudar por ayudar, sino dar un testimonio de consideración, compañía, confort y amor a los ancianos.

En toda la República es la única institución que se dedica a este fin. Pequeños grupos altruistas principalmente de tipo religioso realizan intentos en pequeña escala en comunidades urbanas y suburbanas, pero la tendencia más común es visitar a aquellos ancianos que se encuentran en ambientes institucionales.

2. SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DOMICILIARIA.

El *Servicio de Atención Médica Domiciliaria (AMD)*, ha sido una de las acciones sociales geriátricas que más auge ha tenido dentro de las diferentes instituciones enmarcadas dentro del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, DIF e INSEN).

Desde su implementación, tanto en el ISSSTE como en el IMSS, la consulta domiciliaria es una prestación otorgada a todos sus derechohabientes, proporcionando

atención médica de primer y segundo nivel exclusivamente en el servicio de medicina general. Los servicios de geriatría y gerontología son proporcionados sólo dentro de los hospitales.

A últimas fechas, el IMSS ha establecido un programa piloto interdisciplinario de asistencia médica domiciliaria que se lleva a cabo en el Centro Médico la Raza (SSA, 1994).

Los DIF estatales de las principales entidades federativas desarrollan el *Subprograma de Ancianos Desamparados y en Situación de Riesgo* a su integridad física, psíquica y social, es prioritario por el tipo de ancianos que atiende, las acciones son realizadas por el equipo multidisciplinario (medicina, enfermería, psicología y trabajo social) proporcionando atención en el domicilio o lugar en donde se encuentre el desamparado ofreciéndole una solución a sus necesidades de vivienda, alimentación, salud, reintegración familiar, etc.

DIF a través del *Programa Consejos de Ancianos* y el *Subprograma de Ancianos Desamparados* e INSEN por medio de sus *servicios de salud comunitaria* llegan a brindar AMD en zonas suburbanas y rurales. Sin embargo el alcance que ambas instituciones han tenido es muy reducido, a pesar de que en cada una de ellas existen servicios estatales en diferentes estados de la República.

Aunque en ambas instituciones se llevan a cabo acciones de AMD, se le da mayor prioridad a aquellas actividades que fomentan aspectos preventivos como son: educación para la salud y grupos de autocuidado y autoayuda (estos se referirán posteriormente).

Otras instituciones no gubernamentales que otorgan AMD son FAC en el D.F. quien además facilita el servicio de *enfermera a domicilio* y *VOGENE (Voluntariado Gerontológico del Noreste A. C.)* en Tamaulipas, quien mantiene un *programa permanente de atención integral domiciliaria a ancianos minusválidos* (FAC, 1993; Marrufo, 1989).

Los servicios médicos y de enfermería particulares a nivel geriátrico son pocos y muy costosos beneficiándose únicamente aquellos ancianos que cuentan con una posición económica solvente.

3. RESIDENCIAS DE DIA.

Dentro del D.F. en el DIF y en el INSEN existen las llamadas *Residencias Diurnas* cuyo objetivo es proporcionar a la población un lugar de permanencia durante el día, en donde puedan desarrollar actividades productivas y constructivas de su interés y se les den técnicas de apoyo psicológico, servicios de consulta médica y de comedor, integrándolos a su núcleo familiar durante la noche (INSEN, 1982).

DIF Estado de México (DIFEM) cuenta con el servicio de residencia de día como parte integral del programa de actividades del *Centro de Geriatría y Gerontología* (COMLAT, 1989).

4. HOSPITALES DE DIA.

DIFEM es el único lugar que cuenta con un sistema de atención semejante a los hospitales de día conocido como *Villa Temporal* (COMLAT, 1989) y en caso de que el paciente requiera de una estancia de mediano plazo para lograr una mejor recuperación se le establece dentro de la *Villa Senescente* sin pretender una estancia muy prolongada o definitiva, sino brindándole al anciano los cuidados médicos necesarios contemplando su reinserción a la comunidad en el menor tiempo posible.

5. GRUPOS DE AUTOCUIDADO Y AUTOAYUDA.

La palabra *autocuidado* desconocida hasta 1983, cada día se relaciona más con la vejez y prácticamente todas las instituciones oficiales han incorporado programas de autocuidado, educación y promoción de la salud, prevención de accidentes, manejo por parte de la familia, el paciente y la comunidad de los problemas crónicos más comunes como diabetes, hipertensión arterial y artritis reumatoide, campañas diversas contra el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad, además de ser dirigido a la población general, resaltan su impacto hacia la tercera edad (González Aragón, 1988).

Tanto en el DIF como en el INSEN se realizan actividades grupales con intervención integral de su personal a través de sus unidades gerontológicas, consejos de ancianos y actividades de promoción para la salud comunitaria en donde participan médicos, enfermeras, dentistas, nutriólogos, psicólogos y trabajadores sociales, todos colaboran con pláticas de orientación, dinámicas de grupo y evaluaciones de su estado

físico, psicológico o social. Estas actividades de alguna manera forman parte del fomento al autocuidado en los ancianos miembros de ambas instituciones.

La población interna y externa que forma parte del sistema DIF ha sido capacitada para llevar un control personal de su salud por medio de la *Cartilla de Autocuidado "Yo Anciano, Cuido mi Salud"*. El propio individuo es responsable de tomar aquellas medidas y conductas necesarias para conservar su estado de salud.

El IMSS bajo el programa de *Promoción de la Salud* fomenta en los senectos el control de su salud mediante una *Cartilla Preventiva* que permite identificar tempranamente enfermedades crónico degenerativas.

Por otro lado el IMSS participa en la integración de grupos de autoayuda para mejorar el nivel de salud de los ancianos tanto derechohabientes como de la población abierta.

También, dentro de su programa de *Protección y Mejoramiento del Ingreso* difunde el establecimiento de *Grupos de Autogestión* de jubilados y pensionados para atender por sí mismos sus necesidades relativas al bienestar y estimular recíprocamente su capacidad de organización y gestión de sus necesidades.

6. BANCO DE MEDIOS AUXILIARES.

Ciertas casas de aparatos ortopédicos y de rehabilitación en convenio con INSEN facilitan descuentos a los ancianos que presenten su tarjeta como miembros del mismo instituto.

Algunas instancias particulares con intenciones altruistas realizan acciones de beneficencia otorgando medios de apoyo a la salud de los más necesitados. Por ejemplo el Club de Leones participa con la dotación de lentes, y/o promoviendo cirugías visuales, através de acciones intersectoriales.

La intersectorialidad es la unión de esfuerzos de diferentes grupos de instituciones en la prestación de servicios de salud en la lucha contra las enfermedades, con el único objetivo de mejorar el nivel de salud y de vida de la población más necesitada (López Ardines, 1993).

Pequeños grupos empresariales con enfoque intersectorial efectúan concesiones de sus artículos a cambio de un determinado número de objetos que han perdido su valor inicial de compra, por ejemplo boletos de camión o fichas de refrescos. Algunos de los artículos proporcionados son muletas, sillas de ruedas y andaderas.

Otras instituciones como es el caso de la *Asociación Nacional de Rehabilitación Integral A. C. (ANDERI)* solicitan donativos de muebles de oficina aparatos domésticos o artículos del hogar usados, que después son vendidos a muy bajo costo, y del dinero obtenido se compran los artículos antes mencionados para poderse los suministrar a personas minusválidas de escasos recursos económicos al 50% de su costo o en su caso haciendo la donación total.

Ninguna de estas organizaciones particulares son exclusivas en proporcionar atención a la vejez. Los servicios que brindan son para la población abierta en general que cuentan con pocas posibilidades económicas y que difícilmente podrían adquirir tales medios.

7. PROGRAMAS DE DESARROLLO RURAL INTEGRADO.

Dentro de los programas con los que cuenta el DIF se encuentra el de *Promoción de Desarrollo Comunitario*. El objetivo principal del mismo consiste en disminuir la marginación en las áreas rurales y urbanas. Para ello se promueve un proceso de cambios progresivos dentro de las comunidades seleccionadas, con el concurso de la participación popular, los recursos propios de la comunidad, la asistencia técnica y los recursos institucionales del DIF. Se busca satisfacer las necesidades y resolver los problemas de cada comunidad. Los órganos de gestión por lo que DIF promueve sus actividades son los Comités de Desarrollo Comunitario. Cada comité tiene a su disposición tecnología y asistencia que el DIF pone a su servicio. Las modalidades en que participan los miembros de la comunidad, su forma de trabajo número y características de sus integrantes, se determinan con base en las peculiaridades de cada sitio.

Para impulsar la formación de *Comités de Desarrollo Comunitario* en el país y en general para fomentar este programa, el DIF dispone de 1167 *Centros de Desarrollo de la Comunidad* en toda la República; 23 de ellos se ubican en el Distrito Federal, pertenecientes al Sistema Nacional, lo mismo que 18 más, 10 de los cuales se localizan en la montaña de Guerrero, 1 en Acapulco, Guerrero; 6 en el Valle del Mezquital y 1 en Temixco, Morelos. Asimismo, cuenta con 21 Centros Familiares y 13 de Bienestar Social Urbano en el Área Metropolitana de la Ciudad de México (DIF, s.a.).

La *Red Móvil Nacional* es el órgano operativo del DIF responsable de sensibilizar, orientar y organizar a los habitantes de las comunidades rurales del país para que participen en forma activa y organizada en la búsqueda de su propio desarrollo.

La Red Móvil Nacional está integrada por 2300 promotoras las cuales proceden de localidades rurales de cada una de las 31 Entidades Federativas. Esta situación les permite facilitar su acceso y penetración en los diferentes grupos de las comunidades y la identificación de su problemática.

Sin embargo es importante hacer notar que el Programa de Promoción de Desarrollo Comunitario está dirigido a la comunidad abierta en general y no específicamente al sector de la tercera edad. Aunque más específicamente, en este caso en particular los ancianos son atendidos por profesionales y miembros de su misma comunidad, pero pocas veces son partícipes autogestionarios del desarrollo de su propia localidad. Como en el caso de los Consejos de Ancianos en donde los miembros de la comunidad mayores de 60 años participan activamente en labores de beneficio común. Por otro lado DIF Jalisco desde hace varios años ha promovido con gran éxito el *Programa de Grupos de Ancianos en la Comunidad* con el objetivo de organizar a la población de edad avanzada en grupos dentro de su comunidad atendiendo la problemática intrínseca de la vejez, logrando su autogestión mediante la participación coordinada del equipo institucional y los ancianos (Gutiérrez Guerrero, 1984).

Hoy en día la *erradicación de la pobreza y la marginación social* son dos de las metas más prioritarias que el Gobierno de la República desea lograr por medio de una estrategia integral que permita proporcionar servicios básicos a la población y al mismo tiempo promueva su participación en actividades que incrementen su productividad y sus ingresos.

En el sexenio 1989-1994 la participación de los *Comités de Solidaridad* conformaron una política social descentralizadora de la gestión pública. Aunque muchas acciones del programa tuvieron alcance nacional sus repercusiones fueron locales o regionales. La operación del mismo estuvo orientado a nivel municipal pretendiendo responder más efectivamente las demandas (PRONASOL, 1994).

Dentro del *Programa de Desarrollo Social* planteado en el reciente *Plan Nacional de Desarrollo* se propone que como parte central la política social para el periodo 1995-2000, se transforme el *Programa Nacional de Solidaridad* con el propósito de que la experiencia acumulada permita ahora la construcción de una política integral que se concentre en los grupos y en las regiones con menores oportunidades de desarrollo y aglutine los esfuerzos de la federación, los estados y los municipios de gobierno y sociedad.

La nueva política de combate a la pobreza y a la marginación social se dará a partir de una estrategia renovada de integración social y productiva. La *integración social* alude al compromiso de crear condiciones para la participación de todos los grupos sociales en los beneficios del desarrollo, compromiso que fortalece la identidad y la unidad nacionales y acredita una relación estrecha con la democracia participativa. La integración social permite establecer metas comunes que reniten a valores compartidos socialmente.

Por su parte la *integración productiva* es un medio que permite socializar el esfuerzo para superar los rezagos y promover el crecimiento económico, condición ineludible si se quiere romper el círculo vicioso de la pobreza y la marginación. La integración productiva constituye también un elemento de articulación del desarrollo regional como estrategia para la aplicación de políticas integrales de bienestar (Poder Ejecutivo Federal, 1995).

La política de superación de la pobreza tiene como objetivo establecer las condiciones materiales necesarias para impulsar la plena incorporación de los grupos más desfavorecidos al proceso de desarrollo, y con ello contribuir a la efectiva evaluación de los niveles de bienestar y desarrollo social del país. Esta política pretende sustentarse en la renovación del acuerdo social que consolide los consensos entre los diversos sectores de la sociedad y de las organizaciones ciudadanas, y fortalezca, asimismo, la alianza del estado con los grupos populares. Este acuerdo intenta impulsar una amplia movilización de recursos y voluntades para mejorar el escenario social de los próximos años.

El Gobierno de la República contempla el brindar atención especial a los grupos de mexicanos que se encuentren en situaciones deventajosas, a fin de garantizar su acceso en condiciones de equidad al proceso de desarrollo. De manera particular se desea atender a las personas de la tercera edad que, al dejar de participar en actividades económicas formales constituyen uno de los sectores más desfavorecidos.

La principal estrategia que plantea el actual Plan Nacional de Desarrollo para lograr la integración social y productiva de los ancianos como uno de los grupos más vulnerables a los niveles de bienestar y desarrollo que demanda la nación es impulsar una autosuficiencia basada en la superación personal y en la adquisición de capacidades para ejercer en condiciones de igualdad, los derechos que les reconoce la Constitución.

Esta estrategia deberá contemplarse con modificaciones al marco jurídico para consolidar su establecimiento y observancia en los niveles federal, estatal y municipal, al mismo tiempo que se impulse el fortalecimiento de las organizaciones que agrupan a este segmento de la población. Por otra parte se estimulará el desarrollo de actividades

b) ACCIONES INSTITUCIONALES.

1. CUIDADOS A LARGO PLAZO.

En las zonas urbanas y suburbanas de los diferentes estados de la República y el Distrito Federal existen algunos establecimientos destinados para proporcionar cuidados a largo plazo para ancianos que necesitan una atención integral más especializada.

Sin embargo son contadas las instituciones que atienden enfermos crónicos, ya que la mayoría de los llamados asilos, casas hogar o residencias de cuidados prolongados, solicitan como requisito que los ancianos sepan valerse por si mismos tanto física como psicológicamente.

Son insuficientes los hospitales que cuentan con un servicio de geriatría. Existen algunos datos de los hospitales que cuentan con este servicio, que coinciden en que el 30% de las camas de hospitalización son ocupadas por personas mayores de 60 años, que aproximadamente el 20% de las consultas son dadas a personas de ese grupo de edad, que este porcentaje aumenta con los pacientes de más de 80 años, y finalmente que el promedio de estancia de los pacientes de edad avanzada es de 21 días (SSA, 1994b).

1.1 HOSPITALES GERIATRICOS.

En años recientes el cuidado geriátrico se ha enfocado hacia la evaluación global, la prevención de discapacidades y la protección de la independencia. El objetivo es identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas de deterioro antes de que este ocurra o sea irreversible.

Son escasos los hospitales que cuentan con un servicio de geriatría y gerontología, cuyo objetivo sea la preservación funcional del paciente envejecido. Estos servicios geriátricos están ubicados en el D.F. y se ofrecen en el *Hospital Adolfo López Mateos* del ISSSTE, en el *Hospital General* y en el *Instituto Nacional de Nutrición*, ambos de la SSA, y en el *Hospital Español*. El *Hospital Gustavo Baz Prada para Enfermos Crónicos* y el *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez* también cuentan con atención geriátrica en la aplicación de su especialidad (Gutiérrez M., 1993).

Estos hospitales cuentan con un promedio de 15 camas, algunos en un pabellón independiente y otros dentro del pabellón de medicina interna, con 2 o 3 geriatras por hospital, y que aproximadamente atienden a 1000 pacientes anualmente. El costo día-cama oscila entre 500 y 1000 nuevos pesos (SSA, 1994).

Otros hospitales que en convenio con FAC prestan servicios de atención médica especializada a los ancianos que forman parte de su programa, son el *Juárez* y el *GEA González*.

FAC además de preocuparse por sus ancianos enfermos y atenderlos en el hospital realiza un seguimiento médico que facilite su reingreso hospitalario en aquellos casos en que sea necesario.

DIFEM ha desarrollado un programa geriátrico consistente en un Centro Hospitalario de 80 camas para uso exclusivo del anciano, con las áreas de especialidad que conforman un tercer nivel de atención médica, contemplando todo el apoyo tecnológico que implica una unidad de ese tipo: laboratorios, fisiología respiratoria, terapia intensiva, quirófanos, electrocardiografía dinámica y en reposo, radiología, hemodinámica, endoscopia, medicina nuclear, tomografía computarizada, litotriptor y resonancia magnética.

1.2 INSTITUTOS GERONTOLÓGICOS.

DIFEM es el único centro que cuenta con un programa geriátrico y gerontológico. En lo que respecta a este último, DIFEM brinda atención asistencial a través de los siguientes servicios:

- a) Residencia de Día
- b) Clubes de la Tercera Edad
- c) Villa Temporal
- d) Villa Senescente
- e) Terapia Ocupacional
- f) Psicoterapia
- g) Rehabilitación
- h) Protección Jurídica

Hasta hoy DIFEM es el primer Centro Médico Geriátrico y Gerontológico en la República Mexicana. Es el organismo central que rige la atención médica especializada y la asistencia social para el anciano en los 121 municipios que conforman la entidad federativa del Estado de México (COMLAT, 1989).

1.3 AGENCIAS Y SEGUROS MEDICOS.

México no cuenta con un programa de seguro médico para ancianos de población abierta en general. Los únicos *programas de seguridad social* son los establecidos por el IMSS y por el ISSSTE beneficiándose exclusivamente sus derechohabientes.

Nuestro país ha recorrido en las últimas décadas el árduo camino para proteger y mejorar la salud de la población. El esfuerzo realizado ha dado resultados positivos en diversas áreas. No obstante los avances innegables en la salud de los mexicanos no han sido uniformes. Alrededor de 10 millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. Prevalcen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infectocontagiosas y padecimientos vinculados a la desnutrición y a la reproducción, sobre todo en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas.

A esta compleja situación epidemiológica, se añade que el perfil demográfico del país está sufriendo una transformación radical debido a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, los programas de planificación familiar y el buen éxito creciente de los programas preventivos de salud. De esta forma se presenta el crecimiento relativo de los grupos de edad avanzada que paradójicamente se vincula con problemas de salud más costosos, de larga evolución y difícil prevención.

Si bien el Sistema Nacional de Salud ha alcanzado logros indiscutibles, es poco probable, que bajo su forma actual de operación y organización pueda superar los rezagos acumulados, hacer frente a los nuevos retos y atender al legítimo reclamo de los usuarios de que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia (Poder Ejecutivo Federal, 1995).

1.4 SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD.

De conformidad con los objetivos generales del Sector Salud y los que se derivan de los lineamientos establecidos por el Plan Nacional de Desarrollo, el DIF tiene a su cargo el cumplimiento de 9 programas relativos a la asistencia social:

- 1) Integración Social y Familiar
- 2) Asistencia Social a Desamparados
- 3) Asistencia Educacional
- 4) Rehabilitación
- 5) Asistencia Social Alimentaria
- 6) Promoción del Desarrollo Comunitario
- 7) Asistencia Jurídica
- 8) Desarrollo Artístico y Cultural
- 9) Formación de Recursos Humanos e Investigación

Asimismo, el INSEN tiene 5 programas agrupados de acuerdo al servicio que prestan, estos son:

- I. Programas Económicos:
 - a) Tarjeta INSEN
 - b) Centros de Producción
 - c) Bolsa de Trabajo
 - d) Cursos de Capacitación
- II. Programas Sociales:
 - a) Procuraduría de la Defensa del Anciano
 - b) Albergues
 - c) Clubes de la Tercera Edad
- III. Programas Educativos:
 - a) Educación de la Familia y la Sociedad en el Conocimiento del Anciano
 - b) Centro Cultural de la Tercera Edad
 - c) Enseñanza Geriátrica y Gerontológica
 - d) Cursos de Capacitación y Preparación al Retiro
- IV. Programas Psicológicos:
 - a) Actividades Recreativas, Vacacionales, Culturales y Sociales
 - b) Valoración Psicológica y Psicométrica
 - c) Talleres de Terapia Ocupacional
 - d) Residencias Diurnas

V. Programas de Investigación:

a) Investigación Gerontológica

(Los programas que no se han descrito en incisos anteriores se explicaran mas detalladamente en otras áreas).

2. HOGARES.

Asilo es una palabra que proviene del latín: *Asilum*: *silum*= quitar, despojar, y *a*: privativa= sin, y a su vez del griego que quiere decir *sitio inolvidable*. Se le puso este nombre a todo lugar que por albergar en el mejor de los sentidos humanitarios, a todo desprotegido, que no debía ser afectado por la mayoría de las disposiciones militares, civiles, sociales, religiosas, económicas, industriales y hasta gubernamentales. Posteriormente este derecho fue legislado y sólo se reservó para las Embajadas, pero quedó en similitud en idea-costumbre que el nombre de *asilo* como institución social era el lugar donde se proporcionaba protección y amparo a desvalidos, incapacitados, esto es, con imposibilidad de ejercer sus derechos como humanos, por si solos y que generalmente fuesen indigentes o menesterosos (pobres). A partir de esta conclusión se definió al asilo como una institución de protección y amparo para imposibilitados de ejercer como individuos sus derechos humanos y que por tanto necesitan del auxilio de otros, generalmente para menesterosos, aunque no necesariamente. En otras palabras una institución benéfica para menesterosos, que si le agregamos el adjetivo *ancianos* lo circunscribimos exclusivamente para la población de la tercera edad (Bravo Williams, 1981).

Existen asilos en 25 Estados de la República. Los Estados que cuentan con mayor número se asilos son:

- Distrito Federal
- Jalisco
- Guanajuato

El asilo que tiene más camas cuenta con 260, el que cuenta con menos camas sólo tiene 20. La mayoría de los asilos son mixtos y manejados por religiosas, después estarían los asilos de las asociaciones civiles y por ultimo los de instituciones gubernamentales que son el 50% del total (Graciamedrano, s.a.).

Aunque el nombre de asilo se sigue empleando, el 29 de mayo de 1986 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación la *Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casas Hogar para Ancianos*, especificando que las

casas hogar son lugares en los que se puede recibir alojamiento, vestido, atención médica, y en donde se proporcionarán actividades ocupacionales y recreativas, siempre y cuando se demuestre que la situación familiar y laboral colocan total o parcialmente al anciano en estado de abandono (Comisión Nacional de Derechos Humanos, s.a.).

El INSEN por su parte, ha querido emplear el término *albergue* en lugar de los nombres anteriormente referidos, y en su caso especifica que el albergue tiene por objeto atender a las personas mayores de 60 años que no tienen medios económicos para procurarse alojamiento o que sufren la ausencia o rechazo de la familia, proporcionándoles un lugar estable para vivir y asistencia integral adecuada a su condición. El albergue es considerado también en forma transitoria en los casos en que el anciano es recibido cuando tiene algún problema temporal, una vez resuelto el problema en el que cuenta con la colaboración del personal de trabajo social y técnicas psicológicas, se buscará la reincorporación del anciano a su hogar (INSEN, 1982).

El INSEN cuenta con 11 albergues, 9 en el D.F., uno en el Estado de México y uno en el Estado de Guanajuato.

De los 9 programas con que cuenta el DIF, probablemente en el que mayor participación tiene el anciano, es el Programa de Asistencia Social a Desamparados. Por medio de este programa DIF promueve la creación y sostiene el funcionamiento de *Centros de Protección Social* para los ancianos, actualmente cuenta con 37 Casas Hogar para Ancianos Desprotegidos; 4 de ellas están en el D.F. y 33 en los Estados los cuales dependen de los sistemas estatales, estos sistemas brindan apoyo y asesoría para la realización de sus programas. En dichas casas se les proporciona a los ancianos atención integral (Graciamedrano, s.a.; S.S., 1994b).

Una variante de los también llamados *Centros de Protección Social* son los *Albergues Temporales* sustentados por el *Departamento del Distrito Federal (DDF)* que proporcionan techo, ropa y comida a personas desamparadas que son recogidas de las calles por andar deambulando en ellas sin un rumbo fijo.

Muchos ancianos ante la desesperación de encontrarse solos y sin dinero se aventuran sin seguridad alguna, a tratar de encontrar a sus familiares y la mayoría de las veces corren sin suerte. La situación se pone más difícil en aquellos casos en que el anciano padece de sus facultades mentales o que por lo menos presenta deficiencias cognitivas, como por ejemplo, fallas en su memoria.

Los Centros de Protección Social del DDF están en coordinación con *Canal 5 de Televisa* para notificar al público en general de las personas de edad avanzada que se encuentran dentro de sus instalaciones, para que éstas sean identificadas y puedan sus familiares pasar por ellas.

La *Junta de Asistencia Privada (JAP)*, posee 150 asilos con un promedio de 77 ancianos cada uno, los cuales proporcionan atención integral a sus miembros.

En México existen algunas casas hogar en donde viven grupos medianos de ancianos pero no son identificados como Miniresidencias como en otros países latinoamericanos.

Por otro lado, el único lugar semejante a un Hogar Combinado es DIFEM al contar con un Hospital y Residencia de Día, pero aunque existe dentro de sus instalaciones la Villa Senescente, esta no pretende ser una Casa Hogar de atención a largo plazo, sino cubrir los requisitos de un Centro Hospitalario como tal.

II. NUTRICION.

A pesar de que México ha logrado atenuar las tasas de desnutrición que se presentaban en décadas pasadas, la alimentación insuficiente o pobre continúa siendo un grave problema. Diversos estudios ponen de manifiesto que alrededor del 30% de la población del país se encuentra a nivel de subsistencia. La desnutrición niega al individuo los elementos que requiere para constituirse y crecer y le priva también de la energía indispensable, ya no para resfuerzos extraordinarios como el ejercicio físico, sino para la vida cotidiana misma.

La situación económica actual afecta a toda la población en general, pero particularmente los ancianos que sufren de un alto grado de desnutrición son aquellos que viven en zonas rurales dispersas donde la comunicación es deficiente y el acceso a los servicios de salud son muy elevados.

Tanto en el D.F. como en provincia existen programas de abasto alimenticio para la tercera edad. No obstante que el Gobierno de la República ha realizado en coordinación con el sistema DIF y el apoyo proporcionado a la población de bajos recursos por medio de Solidaridad, aún falta mucho por hacer.

1. PROGRAMA DE REPARTO DE DESPENSAS A DOMICILIO.

INSEN a través de su Cuerpo de Voluntarios, otorga mensualmente una despensa básica para aquellos ancianos que en condiciones de extrema pobreza requieran de este tipo de ayuda. Las Damas Voluntarias entregan personalmente las

despensas en el domicilio de los ancianos, especialmente a aquellos que no tienen posibilidades de poderse desplazar con facilidad a las oficinas generales

También FAC para asegurarse de una adecuada dieta alimentaria de sus miembros, obsequia despensas a domicilio.

Algunas de las organizaciones que pertenecen a la Junta de Asistencia Privada realizan donativos altruistas a ancianos que viven en zonas marginadas. Un ejemplo claro es la *Fundación Centros de Asistencia y Salud de América (Fundación CASA)*, institución de beneficencia sustentada por la Iglesia Internacional de Cristo en México, que cuenta con un proyecto llamado *Esperanza para Nuestra Comunidad* en el cual además de cubrir otras necesidades de la población abierta en general que vive principalmente en condiciones insalubres, brinda atención personal a los ancianos, quienes reciben una despensa mensual directamente en la comunidad en donde habitan, y asimismo, son provistos de afecto y compañía amistosa por parte de cada uno de los voluntarios asistentes.

Es importante aclarar que hasta este momento, todas estas acciones se llevan a cabo en el D.F., y exclusivamente el servicio proporcionado es de entrega de despensas. En México aún no existe un Programa de Comidas a Domicilio como lo llevan a cabo algunos países europeos.

2. SERVICIO DE COMEDOR.

Este servicio es parte del programa integral de las Residencias de Día de DIF e INSEN existentes en la República Mexicana.

No se le ha categorizado como un Programa de Comidas en Común en comparación con otros países, pero de la misma manera los ancianos aportan un donativo mínimo a la unidad gerontológica a la que asisten, como parte del programa en el que participan. En aquellos casos en que las condiciones económicas del anciano son muy precarias, tanto la comida como los demás servicios se le otorgan gratuitamente.

También FAC ofrece un servicio de comedor público para todos sus ancianos.

3. PROGRAMA DE APOYO NUTRICIONAL.

La propuesta del Plan Nacional de Desarrollo actual acerca de la *erradicación de la pobreza y de la marginación social* contempla el otorgar un *paquete básico de nutrición y salud*, el cual incluirá alimentos, servicios de salud comunitaria y atención médica básica a zonas rurales en condiciones de pobreza extrema y zonas urbanas marginales considerando sus condiciones particulares.

El eje será el *Programa de Alimentación y Nutrición Familiar* bajo la coordinación del DIF, que incluye los desayunos escolares. El propósito será garantizar el mejoramiento del nivel nutricional de los grupos más vulnerables de la población.

Hasta hoy, el *Programa de Asistencia Social Alimentaria* promovido por el DIF ha tenido como propósito fundamental el mejoramiento de la dieta familiar al enriquecer la alimentación pobre y monótona de los preescolares, lactantes, mujeres embarazadas o que están lactando a sus hijos así como de minusválidos y ancianos de comunidades urbanas y rurales marginadas.

Una de sus principales herramientas es el diálogo continuo de las familias asistidas, con el fin de brindarles la educación necesaria para acceder a una dieta sana y equilibrada. La orientación es indispensable para que empleen en forma idónea los recursos familiares, para prevenir enfermedades y planear el desarrollo de la familia.

El Programa de Asistencia Social Alimentaria prevé la participación de los Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia, de CONASUPO, de la Secretaría de Salud, del IMSS, del ISSSTE, de la SEP, de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina y de toda organización que, como el DIF, pretende hacer realidad el derecho a la protección de la salud (DIF, s.a.).

Las actividades principales de este programa comprenden la distribución de raciones alimenticias destinadas a la población de zonas marginadas, dentro de las cuales un buen número de ancianos son beneficiados.

1B. PROTECCION DE LOS ANCIANOS COMO CONSUMIDORES.

El problema social de atención más urgente es la pobreza extrema. Cerca de 14 millones de mexicanos no pueden satisfacer sus necesidades más elementales. El sector rural concentra tres cuartas partes de la población con pobreza más aguda. Los pobladores rurales del semidesierto y de las zonas de baja productividad padecen de los efectos de la exclusión social. En las colonias populares también se reproduce la

marginación. En ellas residen gran parte de quienes emigran al campo, lo que aumenta las presiones sobre los servicios públicos y la vivienda (Poder Ejecutivo Federal, 1995)

I. PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES: TARJETA INSEN.

La intención de este programa radica en la necesidad de resolver dos problemas comunes para los ancianos: uno de identificación, puesto que en muchos casos no cuentan con el documento respectivo que acredite la identidad de su persona. El otro más importante es aumentar su poder adquisitivo, pues en esta etapa de la vida en términos generales, las posibilidades económicas se merman, en cuanto a obtener satisfactorios, bien porque la capacidad física no es suficiente para desarrollar cierto tipo de trabajos remunerados; porque el anciano vive sin el apoyo de una familia que lo provea de los requerimientos más indispensables, o ya porque las pensiones y jubilaciones, en el caso de personas retiradas, sean de tal manera insuficientes que tampoco les permitan obtener los artículos de primera necesidad. Aparte de que, es indudable que cualquier disminución en el precio de compra, en estas épocas de inflación y deterioro de la moneda, será siempre un beneficio importante.

Este programa tiene por objeto aumentar el poder adquisitivo de las personas mayores de 60 años, al permitirles obtener, con la prestación de la *Tarjeta INSEN* bienes y servicios de primera necesidad con descuentos en su precio, que van desde el 5% hasta el 60% y en algunos casos del 100%, con los comerciantes y prestadores de servicios con quienes el Instituto haya celebrado convenio, para otorgar esta prestación.

Es importante destacar que para el cumplimiento de este programa resulta indispensable la colaboración tanto del sector público como del privado, pues son ellos los que hacen realizables los descuentos. El instituto es el órgano coordinador de todas las actividades, al instrumentar este programa, al firmar los convenios y acotar los procedimientos de afiliación respectivos que culminarán con la entrega de la Tarjeta INSEN a los ancianos, con el último requisito de tener 60 años o más (INSEN, 1982).

Entre muchos de los beneficios que produce la tarjeta INSEN están el otorgamiento del 50% de descuento en pasaje foráneo terrestre, del 30% en vuelos nacionales y servicio gratuito en autotransporte urbano (en el Sistema de Servicio Temporal).

También se otorga el 50% de descuento en eventos socioculturales aplicables en cines, teatros, centros sociales u otros semejantes en convenio con la institución.

Además del INSEN el IMSS también otorga descuentos a sus pensionados en los espectáculos culturales y artísticos que realiza a un precio accesible gracias a los convenios efectuados con otras dependencias.

2. PROTECCION EN LOS SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL.

En el D.F. JAP cuenta con instituciones que se han constituido con legados a la voluntad de sus fundadores, los cuales han estimulado el otorgamiento de ayudas económicas a personas de escasos recursos, bien sea en forma directa o a través de otras instituciones de asistencia privada

Estas ayudas se clasifican de acuerdo al tipo de prestación y son las siguientes (JAP, 1986):

2.1 PENSIONES.

Las pensiones están destinadas a dar auxilio a personas que, por diversos motivos, requieran de un apoyo económico. Entre la población beneficiada se encuentran personas inválidas, viudas y ancianos; sin embargo a pesar de la buena voluntad por brindar este tipo de ayuda, en su mayoría, el otorgamiento de las mismas, cuantitativamente, no representa una solución real de los problemas del pensionado.

2.2 AYUDAS A INSTITUCIONES.

Las instituciones que proporcionan algún servicio asistencial no han quedado exentas de los problemas económicos que aquejan a nuestro país, motivo por el cual requieren del apoyo de otras instituciones que cuentan con mayores recursos económicos y que dentro de sus objetivos se establece el proporcionar este tipo de ayuda. Las ayudas se otorgan a hospitales y asilos cuando no tienen recursos suficientes para solventar todas sus necesidades.

2.3 ESPORADICAS.

Estas ayudas, como su nombre lo indica, se otorgan ante una necesidad imprevista. En términos generales se dan por una sola vez. El monto de las ayudas es de acuerdo al problema existente (pago de vivienda, adquisición de medicamentos, gastos de funeraria, etc.).

2.4 EN ESPECIE.

Este servicio se proporciona en forma periódica, a personas o grupos que requieren de este apoyo, la ayuda consiste en la distribución de medicamentos, alimentos, ropa, aparatos médicos, prótesis, etc.

3. PROTECCION EN LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD JURIDICA.

3.1 PROGRAMA DE ASISTENCIA JURIDICA.

En México los ancianos, especialmente los de reducida capacidad económica, presentan una problemática para proponer soluciones aplicables a casos concretos. En muchas ocasiones, se obtenía la conciliación de los intereses personales dentro del núcleo familiar. En otros casos, cuando la conciliación resultaba imposible se ejercía la representación gratuita de la parte más débil y menesterosa.

En la actualidad la asistencia jurídica popular no persigue solamente la investigación y la conciliación de los intereses individuales sino que se trabaja en forma activa, para conseguir el respeto absoluto de las garantías constitucionales de los necesitados. Para ello se recaba la colaboración de todas las dependencias gubernamentales.

La Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia es el organismo especializado del DIF para la asistencia jurídica y todos sus servicios son prestados en forma totalmente gratuita. Su misión puede describirse como la prestación organizada y permanente de servicios de asistencia jurídica a menores, ancianos, mujeres y minusválidos en estado de abandono, así como a la familia, realizando la investigación de la problemática jurídica que afecta a estos entes sociales.

Para realizar sus labores, la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia cuenta con los recursos institucionales que le otorga el DIF y trabaja en estrecha coordinación con otras instituciones afines. Entre sus principales actividades, se encuentran la divulgación y enseñanza entre la comunidad de los instrumentos jurídicos y orientación al público que lo solicita acerca de las instituciones jurídicas que pueden servirle (DIF, s.a.).

3.2 PROCURADURIA DE LA DEFENSA DEL ANCIANO.

INSEN pensó en la necesidad de atender, en defensa de sus intereses y derechos a los ancianos que sean objeto de atropellos por gente sin escrúpulos que los despojan de los bienes o ingresos que conservan para garantizar su existencia y, por otro lado, el beneficio que obtienen al contar con asesoría oportuna y calificada en la planeación y solución de todas aquellas cuestiones relativas a herencias, legados, sucesiones, prestaciones por vejez, obligaciones fiscales y en general, por la orientación que puedan recibir respecto de sus derechos y obligaciones, derivados de nuestro sistema jurídico, justifican la implantación de este programa.

Tiene como fin atender, asesorar y orientar en sus derechos y obligaciones a las personas mayores de 60 años quienes les aqueje un problema jurídico, y guarden un estado de necesidad de este servicio, de acuerdo con el resultado del estudio socioeconómico que se practique, por no contar con los medios para contratar un gestor o abogado particular que atienda su problema.

Este servicio requiere de la solicitud expresa del interesado, con la cual se inicia la intervención de funcionarios de la Procuraduría, tanto en el área jurídica como de trabajo social, para conocer en forma detallada el problema jurídico expuesto y exigir su solución en una audiencia de conciliación que para tal efecto se cite, o ante las autoridades competentes (INSEN, 1982).

4. APOYO NUTRICIONAL.

Como se especificó más detalladamente con anterioridad INSEN, FAC y Fundación CASA desarrollan acciones tendientes a asegurar una adecuada dieta alimenticia mediante la entrega de despensas gratuitas. Esta última además de hacerlo domiciliariamente en 8 comunidades marginadas del D.F. y el Estado de México,

entrega directamente en sus oficinas despensas gratuitas a todas aquellas personas necesitadas, donde una gran cantidad de ancianos se ven favorecidos de este servicio que resulta ser de gran ayuda en estos tiempos de crisis en que vivimos. La Asociación *Los 60's* vende despensas a sus ancianos al 15% de su costo real.

DIF otorga desayunos básicos a ancianos de escasos recursos a un costo simbólico.

DIF, INSEN y FAC promueven su servicio de comedor a sus ancianos residentes como parte de su programa integral en donde su reducido costo ya está incluido (Véase el área de *Nutrición*).

5. TIENDAS Y CENTROS COMERCIALES.

Los jubilados y pensionados por el ISSSTE tienen derecho al acceso en las *Tiendas ISSSTE*, en las que pueden adquirir artículos de consumo básico e intermedio a precios inferiores a los que prevalecen en el mercado. En la actualidad se cuenta con 189 unidades distribuidas en el D.F. y en los diferentes estados de la República.

El pensionado y el jubilado disponen de una adecuada protección en cuanto a la adquisición de artículos de primera necesidad (Andrade del Rosal, 1985).

6. ASISTENCIA MEDICA GRATUITA Y PROTECCION DE SERVICIOS SANITARIOS.

FAC como institución patrocinada por *CARITAS Alemana* otorga servicios gratuitos mediante el desarrollo de acciones para el cuidado y mantenimiento de la salud mediante el ofrecimiento de consultas médicas, atención médica a domicilio, aportación de medicamentos, análisis y estudios de gabinete, fisioterapia, enfermera a domicilio, hospitalización y cirugía.

Algunas instituciones particulares pertenecientes a JAP contribuyen periódicamente en la distribución de ayudas gratuitas en especie (Véase inciso 2.4 de este mismo apartado, *Ayudas en Especie*).

C. VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE.

El problema habitacional en la Cd. de México es bastante notorio, al ser 4.6 millones de viviendas (de un total compuesto de 17.8 millones de éstas) las que presentan condiciones de hacinamiento y precariedad. Aunado a ello se observa un acceso limitado a fuentes de financiamiento y de una reducida innovación tecnológica que permita el promover mejores condiciones para las familias en especial, las que tienen mayores carencias, tanto en zonas rurales como las urbanas, que puedan disfrutar de una vivienda digna, con espacios adecuados (Poder Ejecutivo Federal, 1995).

El logro de tal propósito conllevaría a pensar en poder brindar opciones seguras para nuestros ancianos, ya que hasta ahora no existe ninguna política habitacional que favorezca el fomento a la vivienda para las personas de la tercera edad.

Hoy en día, la comunidad en edad avanzada ha sido alentada a participar en proyectos de ayuda a mejorar el medio ambiente, pero ello se ha visto limitado sólo a nivel institucional. Aún no existen programas que favorezcan el desarrollo ecológico, no sólo privado sino también público.

I. MULTIFAMILIARES.

En México no existen viviendas diseñadas especialmente para ancianos. La posibilidad más cercana a una de estas son los *Multifamiliares del ISSSTE* algunos de los derechohabientes ya retirados, cuentan con una vivienda digna en arrendamiento a precios económicos la cual consiste en departamentos que tienen de una a tres recámaras y los servicios públicos necesarios.

Existen 26 multifamiliares 13 en el D.F. y 13 en las siguientes entidades: Guaymas y Nogales, Son.; Cd. Juárez, Chih., Nuevo Laredo y Tampico, Tamps., Durango, Dgo.; San Luis Potosí, S.L.P.; Guanajuato, Gto.; Veracruz, Ver.; Guadalajara, Jal.; Mazatlán, Sin. y Acapulco, Gro.

En la actualidad, los jubilados y pensionados que viven en estos centros urbanos, tienen la opción de que si así lo desean pueden comprar el departamento que habitan, para que forme parte de su patrimonio familiar; en cuyo caso se considerará como parte del pago a realizar, el monto de las rentas pagadas a la fecha de la venta.

Como un servicio complementario a la familia del derechohabiente y en consecuencia a los jubilados y pensionados que en ellos viven, las subdirecciones de acción cultural, fomento deportivo, capacitación, turismo y otros servicios, tienen

integrado un programa de actividades de contenido social, cultura, cívico, deportivo y recreativo (Andrade del Rosal, 1985).

2. VIVIENDAS EN FAMILIA.

A pesar de no ser una característica muy usual, ciertas familias en el D.F. y en algunos estados de la República han acordado mutuamente con sus padres ancianos, vivir en viviendas separadas pero comunicadas a la vez, combinando la independencia con la compañía familiar.

Varias mujeres viudas de edad avanzada para no estar solas la mayor parte del tiempo, rentan una o más habitaciones dentro de sus casas o en cuartos independientes a jóvenes estudiantes o adultos que trabajan, que de alguna manera logran familiarizarse con ellos al responsabilizarse de su comida y limpieza del hogar.

Otras personas de edad muy avanzada lo que hacen es contratar a mujeres que funjan como damas de compañía o enfermeras que estén dispuestas a auxiliar en el momento que así se requiera.

3. VIVIENDAS ATENDIDAS POR LA COMUNIDAD.

FAC en convenio con CARITAS Alemana acordó apoyar el programa *Un Hogar para el Anciano en Nuestro Barrio*.

Fue precisamente la idea de usar como elemento estratégico el *barrio*, entendido como espacio social urbanizado e integrado a una sociedad orgánicamente solidaria, lo que le dió nombre al programa. La idea central es atender a los ancianos en su propio hogar e ir involucrando, paulatinamente, a las familias vecinas en la prestación de los servicios y atenciones que aquellos van requiriendo. Asimismo, se trata de pasar, de la prestación de servicios aislados que corresponden a la satisfacción de necesidades emergentes, a la asistencia integral de los ancianos (FAC, 1993).

4. LEGISLACIONES PARA LA VIVIENDA.

Después de los sismos ocurridos en 1985, FAC otorgó créditos de vivienda así como algunos donativos particulares a varios ancianos damnificados. Con el apoyo financiero de CARITAS Alemana, Francesa e Italiana FAC logró dar respuesta a los ancianos partícipes del Programa Insolventes con el pago de sus viviendas y servicios respectivos (pagos de seguros, predial, agua, luz, asignación de muebles y enseres domésticos; y pago de servicios testamentarios y de defunción).

Al establecerse que algunos de ellos no tenían herederos, por decisión propia, convinieron que su vivienda fuese un hogar para ancianos, por lo que se celebró un contrato de compra-venta mediante el cual FAC se convierte en propietaria del inmueble al morir el anciano y está obligada a entregarlo a otro u otros que se encuentren en similar situación.

Uno de los problemas más fuertes con los que se ha enfrentado el programa y para el que no tiene ningún recurso para enfrentarlo, es la situación legal de las viviendas. Permanentemente se tienen denuncias de casas ocupadas con personas ajenas al anciano, de familiares que aparecen después que se estableció que el beneficiario vivía solo, de familias enteras que pasan a vivir con los ancianos, etc. El personal del programa ha tenido que enfrentar estas situaciones, pero resulta claro que no tiene competencia para ello, por lo que los problemas continúan, necesiándose la intervención permanente de abogados para resolverlos.

Otro problema importante es el mantenimiento de las viviendas. Desde un principio se observó que era necesario adaptar y reparar las casas, es decir, ponerles piso de vinil, aplanado y pintura al interior de las viviendas, protecciones en los patios de servicio y ventanas; así como ofrecer el mantenimiento adecuado para conservarlas en buenas condiciones de funcionamiento.

En cuanto se refiere al servicio de mobiliario, debido al estado de pobreza en que viven los ancianos, a varios de ellos se les ha equipado con estufa de gas, camas y colchones, roperos, utensilios de cocina y cobertores.

Otra dificultad que enfrenta el programa, es el fallecimiento de los ancianos. FAC efectuó convenios con algunas iglesias del Centro de la Ciudad accediendo éstas a vender nichos y a no limitar el número de restos en cada nicho. Además existe un contrato con una funeraria para sepelios a precios económicos. Por la edad y condición física de los ancianos, el programa prevé gastos funerarios para un promedio de 12 ancianos por año.

En México no existen legislaciones especiales que provean de asistencia en la construcción de viviendas subvencionadas para ancianos, ni subsidios de alquiler para vivienda de personas mayores de bajos ingresos.

La única legislación particular que se ha detectado es la establecida por FAC como se explicó anteriormente. Sólo en el caso de que existan problemas legales de arrendamiento, el Agente de Ministerio Público puede solicitar al Juez que se tome una declaración en el domicilio del anciano. En el D.F. este proceso se puede llevar a cabo si la "parte" interesada o testigo en un juicio tiene 65 años de edad (Comisión Nacional de Derechos Humanos, s.a.)

Por otro lado los multifamiliares que sostiene el ISSSTE ya han sido en su totalidad otorgados a sus derechohabientes, no existiendo por el momento posibilidades de subsidiar otros nuevos que pudieran favorecer a más ancianos.

Desde 1985 el IMSS realizó una propuesta para dar asesoría técnica en la construcción de viviendas para adecuar el espacio habitacional, a través de los programas de auto construcción que permitieran mejorar las condiciones de la población, especialmente para aquellas familias que cuentan con miembros de la tercera edad (D'Hyver, 1985). Hasta la fecha este proyecto continúa en proceso de aceptación, pues aún después de 10 años no se ha autorizado.

5. PROTECCION DEL MEDIO AMBIENTE.

Dentro de los diferentes talleres ocupacionales que se llevan a cabo en DIF e INSEN, se encuentra el *Taller de Horticultura*, en donde además de aprender a cuidar el medio ambiente los ancianos pueden obtener un beneficio remunerativo y no meramente ocupacional.

Algunos de los ancianos internos de ambas instituciones como en muchas otras de iniciativa particular, participan voluntariamente en el arreglo y cuidado de jardines, sintiéndose útiles y serviciales dentro del hogar en donde habitan.

D. FAMILIA.

La familia es la institución básica de la sociedad. En ella tienen lugar una serie de procesos cruciales para la reproducción social y es un medio privilegiado para el crecimiento y desarrollo de sus miembros. La política de población ve en la familia un

ámbito natural para la planeación demográfica, reconociendo su papel como la instancia privada por excelencia para la toma de decisiones encaminadas al bienestar y al progreso de los individuos (Poder Ejecutivo Federal, 1995).

Es dentro del núcleo familiar donde se encuentran la mayoría de los ancianos que viven en la República Mexicana y de quien dependen tanto física, social y emocionalmente.

I. ASESORIAS FAMILIARES.

El DIF concibe a la *integración social* como un proceso de cambio, en el cual los miembros de la familia toman conciencia de sus necesidades y se organizan para satisfacerlas en una forma planificada; es un proceso del cual ellos mismos son los principales actores (DIF, s.a.).

Desarrolla el *Programa de Integración Social y Familiar* dirigido principalmente a las familias de zonas marginadas rurales y urbanas, ya que son ellas las que cuentan con menores oportunidades para un desarrollo armónico. Este programa fortalece a la familia y coadyuva a que las personas envejecidas continúen integradas a ella (SSA, 1994b).

Con el propósito general de conseguir la reorientación de los patrones de conducta en la familia hacia una actitud de responsabilidad y respeto, se realizan las siguientes actividades:

- a) *Visitas Domiciliarias*: En las áreas de influencia del Sistema DIF se llevan a cabo visitas domiciliarias con el fin de conocer la problemática de las familias que viven en ellas. Cuando es pertinente se otorga el tratamiento especial a una familia con objeto de buscar la reintegración o bien atacar problemas específicos que la afecten.
- b) *Convivencias*: Se organizan reuniones de tipo social, que favorecen la creación de vínculos amistosos y sociales en las comunidades.
- c) *Campañas de Orientación Familiar*: Son impartidas charlas y otros medios dirigidos para concientizar a los miembros acerca de la importancia de fortalecer los lazos familiares.

Por otro lado INSEN ha puesto especial interés en ampliar las acciones de orientación y educación no sólo a los ancianos sino también a la familia y a la sociedad

en su conjunto, dedicando particular importancia a la capacitación del personal técnico-profesional que participa en la asistencia a la vejez en los diferentes ámbitos de atención.

El personal capacitado puede extender la información adquirida a las familias que participan junto con sus ancianos en las diferentes instituciones o directamente en la misma comunidad.

INSEN cuenta con el curso de capacitación denominado *Familia y Vejez* el cual tiene como objeto cambiar la actitud de la familia y de la sociedad en relación con su trato al anciano, propiciar el reconocimiento de su dignidad y respeto, y propugnar por su bienestar, dando a conocer sus características físicas, las causas de su comportamiento y el papel que podría desempeñar dentro de la familia y la sociedad, en base al cúmulo de experiencias que posee. Este programa está dirigido a la población infantil, a los estudiantes de educación media básica, media superior, así como para la familia y la sociedad en general (INSEN, 1982). Los participantes pueden verse identificados ante la problemática concerniente del anciano al que tienen cerca, y tomar las medidas necesarias para mejorar las condiciones en las que vive éste y así obtener una mejor calidad de vida del mismo.

2. ASISTENCIA FAMILIAR EN APOYO A LOS ANCIANOS.

Los únicos servicios de apoyo a las familias que cuentan con algún miembro de edad avanzada en el D.F., son los otorgados por JAP. Dentro de los Servicios de Bienestar Social de apoyo a las familias de ancianos se encuentran los de *ayudas esporádicas y en especie* (Véase incisos 2.3 y 2.4 en área de Protección a los Ancianos como Consumidores).

3. PARTICIPACION FAMILIAR.

FAC al pretender atender a los ancianos en su propio hogar ha involucrado a las familias vecinas a que presten servicios a todos aquellos ancianos que los vayan requiriendo, mediante tres alternativas estratégicas (FAC, 1993):

- 1) Atención Integral en su propia casa y/o utilizando los servicios institucionales que se ofrecen dentro del barrio en que se encuentran.

- 2) Acciones por medio de las cuales se debe buscar generar conciencia sobre el valor que tienen los ancianos como portadores de experiencia en las familias, las comunidades y la nación.
- 3) Fomento de la valorización, reconocimiento y respeto hacia sus ancianos en la familia, comunidad o barrio.

4. LEGISLACION FAMILIAR.

Legalmente, los hijos o los descendientes más próximos en grado (a falta o imposibilidad de los primeros) están obligados a dar alimento a sus padres (Art. 304); también, así como el marido es tutor legítimo forzoso de su mujer y ésta de su marido (Art. 486), los hijos mayores de edad son tutores de su padre o madre viudos (Art. 487). Sin embargo el mayor de edad tiene la facultad de disponer libremente de su persona y de sus bienes, salvo las limitaciones que establece la ley (Art. 24), (Código Civil, 1989).

E. BIENESTAR SOCIAL.

El bienestar social depende de los esfuerzos coordinados de todos los ciudadanos, corresponde al Estado establecer las estrategias para lograr los objetivos y metas, que permitan obtener los mayores beneficios para el grupo que, por diversas circunstancias económicas, jurídicas y políticas, ha quedado al margen del beneficio social (Iñiguez, G., 1981).

El notable incremento demográfico, los problemas del desarrollo y las peculiaridades culturales de nuestro país, demandan que los organismos que se han creado para normar, organizar y asesorar, planifiquen los servicios públicos y privados que se han destinado para las personas de la tercera edad, evitando el desperdicio de recursos y la duplicidad de funciones.

1. CLUBES DE LA TERCERA EDAD.

La necesidad de contar con un lugar de recreación y convivencia en donde se ocupe el tiempo libre de las personas mayores de 60 años en actividades socioculturales y de terapia ocupacional, que les eviten el aislamiento de la sociedad y la soledad familiar en la que muchos viven, justifica la tarea de impulsar la creación de *Clubes de la Tercera Edad*, que sólo requieran a mínimo costo, de una área adecuada donde colocar mesas de trabajo para la manufactura de artículos artesanales, mesas para juegos de salón, y que a la vez sirva esta área como pequeño auditorio para funciones de cine club y charlas de cultura básica y general, entre otras actividades de este tipo.

Los Clubes de la Tercera Edad:

- a) Fomentan el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas que coadyuven a la satisfacción de necesidades afectivas de los ancianos.
- b) Promueven actividades socioculturales que involucren fines e intereses comunes de los integrantes, con la finalidad de lograr la participación activo-productiva de los mismos en su propio beneficio.
- c) Propician entre los ancianos, el reconocimiento y aplicación de sus habilidades tanto físicas como intelectuales, que les permitan conocerse así mismos con el objeto de lograr una mayor disponibilidad de adaptación e integración a su medio ambiente familiar y social (INSEN, 1982).

Existen Clubes de la Tercera Edad en DIF e INSEN. De manera análoga en IMSS e ISSSTE se llevan a cabo las *Charlas para Jubilados y Pensionados* así como diversos *Talleres Ocupacionales* y eventos culturales y recreativos (Andrade del Rosal, 1985; D'Hyver, 1985).

Por medio de los *Consejos de Ancianos* que difunde el DIF a través del Programa de Promoción de Desarrollo Comunitario, los ancianos pueden recobrar el reconocimiento, afecto y respeto en la comunidad en la que habitan. Operan en centros integrales en donde participan profesionales de diversas disciplinas, médicos, odontólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, etc. Ahí se planean y realizan actividades educacionales, culturales y recreativas.

La esencia de los Consejos de Ancianos se finca en actuar sobre la conciencia de grupo, el sentido de participación en los propósitos y la dependencia recíproca en la satisfacción de las necesidades, así como crear habilidades para operar en forma unitaria y en el ejercicio de la comunicación que permita el intercambio de ideas, análisis de los hechos y propuestas de solución (Rangel, Farrel, 1985).

2. SERVICIOS SOCIALES DE APOYO A LOS ANCIANOS.

- a) *Viajes Vacacionales:* El *Centro Cultural de la Tercera Edad* efectúa constantemente viajes recreativos, deportivos y culturales dentro del Distrito Federal y hacia otros estados de la República. Este servicio lo otorga el INSEN tanto a los ancianos que son miembros de algún Club o Unidad Gerontológica (Residencia de Día y/o Albergue) como a aquellos que sólo les interesa participar en estos viajes. Los costos de los mismos son muy accesibles al promocionarse en grupo. Algunos de los lugares con los que tiene convenio el INSEN son visitados con cierta frecuencia.
- b) *Servicios de Transportes:* Las diferentes instituciones que brindan servicios internos o externos a las personas de la tercera edad son las que cuentan con algún tipo de transportación que facilitan el acceso a tales servicios.
- c) *Teléfono de Seguridad (TELESEGURIDAD):* Es un sistema con el que basta apretar un botón para contar de inmediato con los servicios de socorro y emergencia médica. La persona de edad avanzada puede desde el interior de su casa activar un pequeño control portátil y establecer contacto con la Central, detectan el problema y de inmediato dan aviso a los servicios de emergencia, parientes y vecinos, todo sin necesidad de marcar el teléfono.
- d) *Actividades Deportivas:* DIF, INSEN, IMSS e ISSSTE fomentan en gran medida las actividades deportivas. DIF e INSEN dentro de sus programas integrales incluyen rutinas de ejercicio cada semana dentro de las actividades que se proporcionan en sus instalaciones. Por otro lado el IMSS y el ISSSTE a través del programa de *Fomento a la Salud* hace participar a jóvenes y viejos en un ambiente de dinamicidad y jovialidad conjunta.
- Entre las actividades referidas por las instituciones antes referidas, destaca la labor del INSEN, en la organización anual de sus *Juegos Nacionales Deportivos, Recreativos y Culturales de la Tercera Edad*, en donde participan los miembros pertenecientes a las diferentes entidades federativas de la capital como en el interior la República.

En comparación con otros países europeos los *servicios para animar y ayudar a los ancianos* y los *talleres de preparación de promotores de autoestima* en nuestro país no se llevan a cabo como tal. Diferentes instituciones, especialmente aquellas que cuentan con *servicios educativos* son las que participan con diversas modalidades (conferencias, cursos, talleres, seminarios, diplomados, etc) capacitando a todas aquellas personas interesadas en mejorar la calidad de los servicios de atención que son proporcionados a las personas de la tercera edad, éstas pueden ser desde niños hasta ancianos que deseen obtener un beneficio para sí mismos o para los demás por medio de ellos (Véase área de Educación).

Otro aspecto importante por destacar es que aunque ha sido una propuesta latina cercana de aplicarse, no se ha podido establecer en México un servicio de *correo rural* que pudiera ayudar a estar en contacto con aquellas personas de edad que viven en zonas apartadas y requieren de seguridad e información.

3. SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL EN LA COMUNIDAD.

Algunos de los organismos gubernamentales (DIF e INSEN), no gubernamentales (GEMAC, FAC y CARITAS entre otros), de iniciativa privada (Fundación CASA) y filantrópicos (DIVE, FAVE y VEMEA) cuentan con personal voluntario que sin afán de lucro participan gustosamente sirviendo a los ancianos en sus domicilios y/o dentro de las instituciones que están ubicadas en comunidades de bajos recursos.

Los principales aspectos que son atendidos son los relacionados con la salud y nutrición de los ancianos (Véase los apartados respectivos para ampliar información).

F. SEGURIDAD DE INGRESO Y EMPLEO.

Se ha demostrado que el nivel de productividad de los ancianos aumenta cuando el trabajo que les es asignado concuerda con sus características propias, por lo que las personas mayores de edad, física y mentalmente sanas, sólo requieren de apoyo en la obtención de trabajos remunerativos para lograr la autosuficiencia económica que les permita vivir decorosamente.

Es un claro error suponer que el hombre después de los 35 o 45 años ya no está apto para el trabajo, la realidad es que quien sirve, sus cualidades físicas tienen además el valor extraordinario de la experiencia y entonces resulta mucho más útil que los años anteriores (Guerrero López, 1985).

La capacidad, experiencia y conocimientos de los pensionados y jubilados del país, constituyen un bagaje de enorme riqueza, indispensable para apoyar las acciones encaminadas a superar las condiciones de pobreza en que vive un gran número de habitantes (PRONASOL, 1994).

1. PROYECTOS QUE GENERAN INGRESOS.

Los 60's: Ancianos que Producen como institución de asistencia privada, cuenta con dos talleres de costura en donde participan un buen número de ancianos elaborando artículos sencillos tales como servilletas, manteles, forros para carpetas, etc. Las ventas de tales artículos se logran al promocionarlos en almacenes, escuelas, guarderías, etc.

Además dentro de los mismos talleres un grupo de voluntarios ayudados por ancianos beneficiados, preparan la maquila que otro grupo de ancianos labora en sus domicilios.

Si algunos de estos beneficiados y de hecho varios ya lo hacen, desean vender los artículos que en el taller se elaboran, obtienen por su trabajo una comisión de 40% sobre el precio de venta. Esto hace que sus ingresos aumenten en forma considerable (Marín de Arrache, 1985).

Existe una tienda en la que, con colaboración de unas 40 promotoras de ventas (la mayoría de ellas mayores de 50 años), se ponen a disposición del público los artículos realizados por los ancianos. A dichos promotores se les da una comisión, por sus servicios lo suficientemente alta para atender sus necesidades económicas.

FAC es otra de las instituciones que desarrolla acciones para lograr el aprovechamiento de la capacidad productiva de los ancianos mediante la búsqueda de empleos en los que puedan desempeñarse según sus capacidades y conocimientos o la generación de actividades productivas que puedan llevar a cabo en sus propias casas.

Este proyecto ha tenido muy poco desarrollo a pesar de que su importancia es innegable, más de la mitad de los ancianos no tienen empleo y la gran mayoría de ellos siente la necesidad de trabajar, de ser útil, de obtener algún ingreso.

Actualmente se cuenta con los resultados de un estudio realizado por un grupo de investigadores, en los que se apuntan propuestas para generar empleos *ad hoc* para los ancianos. También se ha contemplado establecer una vinculación directa con el programa *Los Emprendedores* de FAC, el que se dedica a la generación de empleos productivos (FAC, 1993).

En el Centro COMPARTE se han establecido dos *talleres* que funcionan dos veces por semana. Uno es de *corte* y el otro de *tejido*.

En el ISSSTE las acciones dirigidas concretamente a los jubilados y pensionados, están contenidas en el programa que opera, a través de los talleres de terapia ocupacional. La importancia de estos talleres radica en el hecho de que los jubilados o pensionados son personas cuya capacidad productiva no ha finalizado, por lo que ellos requieren de llevar a cabo alguna labor que les permita mantener y desarrollar sus habilidades.

Paralelamente, aún cuando su participación en estos talleres es optativa, al hacerlo cuentan con un medio para complementar la pensión o la jubilación a la cual, indudablemente se han hecho merecedores, independientemente de la satisfacción que les genera la convivencia en un grupo lleno de afectos, vivencias e ideas creativas.

En la actualidad existen tres talleres, uno de los cuales se encuentra ubicado en la Cd. de México cuya producción se destina a cubrir parte importante de los requerimientos de ropería de las clínicas y hospitales, que dependan de la subdirección general médica, el área metropolitana. También contribuyen en la confección de ropería, que el sistema de estancias de bienestar infantil.

En este centro existe un equipo de carpintería y ebanistería cuya producción se destina en su mayoría a las unidades o en su caso se canaliza para su comercialización a través del sistema de tiendas ISSSTE-Servicios.

El segundo taller se encuentra localizado en la Cd. de Guadalajara en la que se elaboran artesanías de papel maché, juguetería en peluche, arreglos florales y carpintería. Su producción la comercializan en forma directa con particulares o si así lo desean a través de la tiendas ISSSTE.

El tercero opera en San Luis Potosí, bajo dos modalidades. La primera consiste en manufactura de blancos, los cuales se comercializan en la tienda del instituto en la ciudad capital. Los participantes son jubilados y/o pensionados de la Secretaría de Educación Pública, quienes disponen de un local comercial adecuado para estos fines, ubicado en el Multifamiliar "Mariano Jiménez".

Un proyecto muy importante que realizan DIF e INSEN, es el montaje de sus bazares anuales en dos fechas importantes: en la semana correspondiente al 28 de

agosto, conmemorando el *Día del Anciano* en toda la República Mexicana y en diciembre con la venta de artículos navideños. Todas las ganancias obtenidas en cada artículo son para beneficio de los mismos ancianos quienes los hayan elaborado.

Por otro lado, el Programa Nacional de Solidaridad, sensible a las necesidades de los maestros jubilados, así como a sus potencialidades para contribuir al desarrollo social, buscó de manera corresponsable con ellos, emprender acciones de beneficio comunitario, que además contribuyeran a mejorar su propia calidad de vida.

El objetivo que se planteó PRONASOL para este programa fue el poder contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida de los maestros pensionados y jubilados, mediante su incorporación a actividades educativas, culturales, sociales y productivas que beneficien a la comunidad.

Las delegaciones de la SEDESOL, en coordinación con las secretarías estatales de educación u organismos equivalentes, promueven la incorporación de los *maestros jubilados y pensionados* al programa, el cual representa una oferta dentro del marco de posibilidades de Solidaridad para aprovechar la experiencia de los docentes retirados.

Los gobiernos federal y estatales se hacen corresponsables en el financiamiento de acuerdo con la estructura financiera contemplada en el Manual Único de Operación.

De la selección de los maestros jubilados, son responsables las Delegaciones de SEDESOL, la cual se basa en los lineamientos de operación del programa.

La asignación de actividades y espacios de trabajo son indicados y seleccionados también por las delegaciones, con base a las necesidades de operatividad de otros programas, tomando en cuenta sugerencias de necesidades de desarrollo social prioritarias, hechos en forma individual o colectiva por los propios jubilados.

Cuando los maestros jubilados son aceptados, deben presentar un plan mínimo de trabajo y rendir un informe con la periodicidad que la delegación lo requiera. Los maestros jubilados incorporados colaboran en las siguientes áreas de trabajo *salud, cultura, agroindustria, educación, ecología*, y fundamentalmente en programas muy relacionados con su perfil profesional: *Escuela Digna, Niñas en Solidaridad* y otros contemplados en el marco del Programa Nacional de Solidaridad.

Los *maestros jubilados en Solidaridad* por su colaboración reciben mensualmente un estímulo en el orden de 1 a 1.5 salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, sin ser esto motivo de conformar un marco jurídico contractual. En cuanto al tiempo de colaboración, cubren un mínimo de 15 horas semanales. Participan en acciones de *alfabetización, aprendizaje, atención en bibliotecas públicas*, así como en la *promoción y organización de actividades ecológicas y de salud*.

Los maestros jubilados colaboran en la integración de comités de Solidaridad que exigen los diferentes programas así como en la orientación y capacitación de sus miembros. Efectúan también actividades relacionadas con *la educación, el agro, la salud, la ecología y los servicios*, todo ello encaminado al beneficio del *desarrollo comunitario*.

Las entidades que hasta 1994 con mayor número de maestros jubilados participantes fueron: México, con 600; Distrito Federal con 400; Veracruz con 303; Jalisco, Yucatán y Tamaulipas con 300.

2. BOLSAS DE TRABAJO.

INSEN creó una bolsa de trabajo en la que los ancianos que deseen tabajar como prestadores de servicios, puedan encontrar formas de cooperar, incorporándose o reincorporándose al sector productivo. Los objetivos que se desarrollan para cumplir con este fin son:

- a) Concientizar a los empresarios para que los sectores de producción acepten trabajadores de edad avanzada, de acuerdo con sus condiciones físicas y mentales.
- b) Promover la generación de empleos de las personas de edad avanzada dentro del aparato productivo nacional.
- c) Colocar a personas de edad avanzada en actividades remuneradas.

La Bolsa de Trabajo de Los 60's está a disposición de toda aquella persona mayor de 50 años que desee ocupar su tiempo, ya sea para resolver sus problemas económicos totales o para ayudarse porque sus entradas económicas son muy reducidas. A toda aquella persona mayor que la institución no pueda captar, ya sea porque sus conocimientos o aptitudes no entran en el ramo o porque la capacidad de producción en ese momento haya llegado al tope, se le busca trabajo en las diferentes empresas, fábricas y en casas particulares, dentro del servicio doméstico. Se han colocado a varias personas como oficinistas encargados de bodegas, choferes, personas que cuidan enfermos, obreros, etc. Este servicio se proporciona en forma gratuita para ambas partes.

Por su parte, el IMSS ha establecido una bolsa de servicios de ocupación voluntaria con actividades remunerativas o de solidaridad social (Quijano Narezo, M., 1988).

3. LEGISLACION LABORAL.

La relación de trabajo debe prevalecer, siempre y cuando la persona tenga la capacidad física y/o mental y la habilidad para desempeñar su labor. Los casos en que la edad avanzada es impedimento para realizar algún trabajo están expresamente contemplados en la ley, como sucede con la edad máxima establecida para ocupar puestos públicos (*Artículos 3o., 53 y 133, Ley Federal del Trabajo, 1989, Comisión Nacional de Derechos Humanos, s.a.*)

Se le deberá pagar igual que a los demás trabajadores que realicen la misma actividad (*Art. 86, Ley Federal del Trabajo*).

Si físicamente se encuentra imposibilitado para seguir trabajando o si desea retirarse voluntariamente, puede hacerlo:

En el ISSSTE:

a) Pensión por Jubilación.

Tienen derecho a *pensión por jubilación* los trabajadores con 30 años o más de servicios y los trabajadores con 28 años o más de servicios e igual tiempo de cotización al Instituto, en los términos a la ley, cualquiera que sea su edad. La pensión por jubilación dará derecho al pago de una cantidad equivalente al 100% de sueldo, y su percepción comenzará a partir del día siguiente a aquel en que el trabajador hubiese disfrutado el último sueldo antes de causar baja (*Art. 60, Ley del ISSSTE; Ley del Seguro Social, 1988*).

b) Pensión de Retiro por Edad y Tiempo de Servicios.

Tiene derecho a *pensión de retiro por edad y tiempo de servicios*, los trabajadores que habiendo cumplido 55 años, tuviesen 15 años de servicios como mínimo e igual tiempo de cotización al Instituto (*Art. 61, Ley del ISSSTE; Ley del Seguro Social, 1988*).

c) Pensión por Cesantía en Edad Avanzada.

La *pensión por cesantía en edad avanzada* se otorgará al trabajador que se separe voluntariamente del servicio o que quede privado de trabajo remunerado, después de los 60 años de edad y haya cotizado por un mínimo de 10 años al Instituto (*Art. 82, Ley del ISSSTE; Ley del Seguro Social, 1988*).

d) Indemnización Global.

Al trabajador que sin tener derecho a pensión por jubilación, de retiro por edad y tiempo de servicios, cesantía en edad avanzada o invalidez, se separe definitivamente del servicio, se le otorgará en sus respectivos casos, una *indemnización global* equivalente a:

- I. El monto total de las cuotas con que hubiese contribuido, si tuviese de 1 a 4 años de servicios.
- II. El monto total de las cuotas que hubiese enterado, más 45 días de su último sueldo básico, si tuviese de 5 a 9 años de servicios.
- III. El monto total de las cuotas que hubiera pagado conforme al mismo precepto, más noventa días de su último sueldo básico si hubiera permanecido en el servicio de 10 a 14 años. Si el trabajador falleciere sin tener derecho a las pensiones mencionadas, el Instituto entregará a sus beneficiarios, en el orden establecido, el importe de la indemnización global (Art. 87, Ley del ISSSTE; Ley del Seguro Social, 1988).

En el IMSS:

a) Seguro de Invalidez y Vida:

Este seguro protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a sus beneficiados.

Existe *invalidez* cuando se reúnan las siguientes condiciones:

Que el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales.

El estado de invalidez da derecho al asegurado, al otorgamiento de las siguientes prestaciones:

- a. Pensión Temporal
- b. Pensión Definitiva
- b. Asistencia Médica
- c. Asignaciones Familiares
- d. Ayuda Asistencial

Para gozar de las prestaciones del seguro de invalidez se requiere que al declararse ésta, el asegurado tenga acreditado el pago de 250 cotizaciones semanales (*Artículos 119, 120 y 122, Ley del Seguro Social, 1995*).

En el *ramo de vida* cuando ocurra la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, el Instituto otorgará a sus beneficiarios las siguientes prestaciones:

- a. Pensión de Viudez
- b. Pensión de Orfandad
- c. Pensión de Ascendientes
- d. Ayuda Asistencial a la pensionada por viudez, en los casos que lo requiera, de acuerdo con el dictámen médico que se formule.
- e. Asistencia Médica

Para que se otorguen cada una de estas prestaciones son requisitos:

- I. Que el asegurado al fallecer hubiese tenido reconocido el pago al Instituto un mínimo de 150 cotizaciones semanales, o bien que se encontrara disfrutando de una pensión de invalidez.
- II. Que la muerte del asegurado o pensionado por invalidez no se deba a un riesgo de trabajo (*Artículos 127 y 128, Ley del Seguro Social, 1995*).

b) Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

Asegura que el trabajador cuente con una pensión al momento de su retiro por vejez o por perder su empleo a una edad avanzada, a través de un fondo que va reservando en su Cuenta Individual de Retiro, con aportaciones del propio trabajador, su patrón y el Gobierno.

La *vejez* da derecho al asegurado al otorgamiento de las siguientes prestaciones:

- I. Pensión
- II. Asistencia Médica
- III. Asignaciones Familiares
- IV. Ayuda Asistencial

Para tener derecho al goce de las prestaciones de seguro de vejez, se requiere que el asegurado haya cumplido 65 años de edad y tenga reconocidas por el Instituto un mínimo de 1250 cotizaciones semanales (*Artículos 161 y 162, Ley del Seguro Social, 1995*).

Existe *cesantía en edad avanzada* cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados después de los 60 años de edad. Para gozar de las prestaciones de este ramo se requiere que el asegurado tenga reconocidas ante el Instituto un

mínimo de 1250 cotizaciones semanales (*Artículos 154 y 155, Ley del Seguro Social, 1995*).

La contingencia consistente en la cesantía en edad avanzada, obliga al Instituto al otorgamiento de las siguientes prestaciones:

- I. Pensión
- II. Asistencia Médica
- III. Asignaciones Familiares
- IV. Ayuda Asistencial

4. PREPARACION PARA LA JUBILACION.

INSEN proporciona a las personas de edad avanzada, en especial a las que están próximas al retiro laboral, la información y orientación jurídica, psicológica y biológica necesarias, que les permitan estructurar su plan de vida futura y aceptar como natural su proceso de envejecimiento (INSEN, 1982). La coordinación de prestaciones sociales del IMSS ha establecido cursos de preparación prejubilatatoria y pláticas regulares y periódicas para pensionados y jubilados de gran interés para ellos (Quijano Narezo, 1988).

G. EDUCACION.

Los recursos intelectuales de las personas ancianas en plenitud de sus facultades son importantes y no han sido debidamente aprovechados, pues, en términos generales, es posible considerar que al contribuir con sus aptitudes, talento y experiencia este sector se le ha negado la oportunidad para contribuir al desarrollo nacional (INSEN, 1982). La participación de este grupo social en los procesos educativos puede resultar de indudable beneficio, si tomamos en cuenta que arriban a la tercera edad con un cúmulo de experiencias y una serenidad de juicio afinado por el tiempo, que deben ser utilizados en su beneficio y el de la comunidad en que viven. Las personas mayores de 60 años pueden tener la oportunidad de obtener la capacitación y preparación necesarias, de tal forma que participen plenamente en el proceso de desarrollo y cultiven su educación, aprendiendo desde el alfabeto hasta temas de cultura general, así como el poder realizar actividades creativas y artísticas.

1. CENTRO CULTURAL DE LA TERCERA EDAD.

EL INSEN creó el Centro Cultural de la Tercera Edad con el fin de programar actividades para los ancianos, de manera que puedan utilizar más su tiempo libre. Estas actividades contribuyen en forma significativa al desarrollo armónico y al bienestar social de los ancianos, que con su infraestructura actual se apega a los enlalamientos del Sector Salud en materia de los servicios sociales y culturales que deben otorgarse a la población, por parte de los organismos de Asistencia Social. Entre las acciones que más se distinguen están la alfabetización y la impartición de materias como historia, idiomas, taquígrafía, mecanografía literatura y variados talleres que, con programas flexibles acordes a los ritmos y características de aprendizaje del anciano, contribuyen a elevar sus niveles de información, cultura y educación (Guerrero López, 1988). Los principales objetivos que contempla este Centro son:

- a) Instituir cursos de cultura básica y general, preferentemente impartidos por personas mayores de 60 años.
- b) Organizar grupos de personas, principalmente ancianas, que tomen dichos cursos.
- c) Participar en la Campaña Nacional de Alfabetización puesta en marcha por el Gobierno Federal, mediante la organización de Cursos para Ancianos con Preparación para Asesores de Alfabetización y Asesoría PRIAD (Primaria Intensiva para Adultos), y Cursos de Alfabetización Primaria Intensiva impartidos por ancianos, para la población en general.
- d) Contribuir en la medida de lo posible a la vida cultural del país, mediante el conocimiento de las expresiones artísticas o culturales que se estimen pertinentes. El Centro Cultural de la Tercera Edad es el que más se acerca a los parámetros de una Universidad de la Tercera Edad sin considerársele como tal. Hasta el momento no existen proyectos que aboguen la consolidación de la primera Universidad de este tipo en México.

2. OTRAS ALTERNATIVAS EDUCACIONALES.

DIF a través de su Programa de Asistencia Educacional, contribuye a fomentar la integración social y a consolidar los valores nacionales a través de la enseñanza, inculcando no sólo en los niños, jóvenes y adultos sino también en los ancianos. La responsabilidad que se tiene ante la vida. Las actividades asistenciales educativas están

destinadas a incrementar los conocimientos del individuo a fin de capacitarlo productivamente (Farrel de Rangel, 1985).

INSEN promueve constantemente conferencias y cursos de capacitación dirigidos a sus ancianos que asisten a sus unidades como aquellos que son de población abierta en general dentro de sus instalaciones o en otros centros laborales o sociales.

3. CAMPAÑAS Y PROYECTOS EDUCATIVOS.

FAC cuenta con un proyecto educativo de desarrollo incipiente. Actualmente, se promueven cursos y talleres de capacitación al interior y exterior del programa sobre temas diversos, entre los que destacan: derechos del anciano, salud, alimentación y recreación. Además, se impulsan conferencias y se distribuyen materiales impresos con información relacionada con la ancianidad.

Sin embargo estas acciones no tienen periodicidad y se realizan por iniciativa de algunos de los centros pertenecientes a FAC o bien de la coordinación del programa.

FAC ha desarrollado acciones tendientes a sensibilizar a los diferentes niveles de población, sobre la realidad de los ancianos, sus carencias y la necesidad de que sus vecinos, conocidos y familiares los atiendan y apoyen. Propone que, una vez sensibilizada la población que tiene relación con los ancianos, se desarrollen acciones de capacitación para que sea ésta la que asuma el cuidado de los mismos. Entre estas están: cursos, talleres, seminarios y la inclusión de temas gerontológicos en los programas educativos de las escuelas de enseñanza básica, media y superior. Otros ejemplos de acciones informativas son la impresión y distribución de folletos, carteles, ayudas mnemotécnicas, creación de centros de documentación especializados, programas de radio y televisión, boletines informativos y exposiciones. Asimismo entre las acciones de comunicación se pueden mencionar encuentros de intercambio de experiencias entre ancianos, sus familiares y los prestadores de servicios y beneficios a los ancianos, conferencias, seminarios y talleres, etc. (FAC, 1993).

La mayoría de todas estas acciones son realizadas por organismos reconocidos por parte del Sector Salud como DIF, INSEN, JAP y el Voluntariado Nacional, pero a pesar de ello, no han tenido una continuidad y permanencia, ya que sólo han surgido por ciertas temporadas ante la realización de alguna campaña en especial que apoye su ejecución.

4. FINANCIACION DE PROYECTOS PARA FORMACION, INVESTIGACION Y SERVICIOS DE ENSEÑANZA.

El Sistema Nacional de Salud consolida la enseñanza e investigación como parte integral de atención a los servicios desarrollando talleres de investigación con base a la aplicación del reglamento de la Ley General de Salud en materia de *Investigación para la Salud*.

El *Instituto Nacional de Salud Pública* a través de su *Centro de Investigaciones* tiene como objetivo realizar, promover y apoyar investigaciones sobre los problemas prioritarios de salud pública desde el punto de vista de las necesidades, sistemas y políticas de salud, con el fin de generar opciones para mejorar los servicios de atención y con ello elevar el nivel de salud de la población.

Todos los proyectos del *Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP)* pretenden generar conocimientos que respondan a dos problemas centrales para la salud pública del país:

- 1) Transición Epidemiológica
- 2) Atención Primaria a la Salud

Es en esta última área en donde la acción comunitaria cobra auge y da opción a la participación de los ancianos en zonas marginadas (aunque hasta el momento el CISP no ha promovido ninguna investigación que involucre a dicha población).

Por ahora, los SILOS han sido la propuesta más avanzada del Programa Nacional de Salud para impulsar la toma de decisiones en los lugares donde se han generado los problemas (Kumate Rodríguez, 1994).

El CISP a través de su órgano informativo: *Revista de Salud Pública de México*, ha estado reportando bimestralmente los avances del Proyecto de Jurisdicciones Sanitarias sin que hasta el momento se hallan contemplado acciones específicas para el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones de atención sanitaria para la población que nos concierne.

Por parte del Sector Salud la Institución que ha realizado más investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de Asistencia Social ha sido DIF. El *Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología del DIF (INCYTAS-DIF)* es la dependencia encargada de realizar y fomentar la investigación científica y el desarrollo de la tecnología apropiada.

INCYTAS-DIF ha desarrollado varios proyectos de investigación en 4 programas diferentes, los cuales han estado encaminados a mejorar la calidad de vida del anciano:

- 1) Prevención o limitación de minusvalías.
- 2) Optimización terapéutica de los medicamentos de más uso en la geriatría.
- 3) Optimización del aprovechamiento del alimento.
- 4) Mejoría de la calidad de vida del anciano.

Este último comprende 4 subprogramas:

- a) Prevención de la inadecuación alimenticia del anciano.
- b) Caracterización de la senectud.
- c) Limitación de la invalidez en la senectud.
- d) Bases para la realización de programas comunitarios de autosuficiencia (Cravioto Muñoz, 1988).

En la República existen 3 *Sociedades Científicas* dedicadas al estudio e investigación del anciano:

- a) La *Sociedad de Geriatría y Gerontología de México, A.C. (GEMAC)* fundada desde 1977 por los Doctores Samuel Bravo Williams y Joaquín González Aragón en el D.F.
GEMAC desde su creación ha trabajado en varios programas de investigación, docencia, organización de actividades académicas, asesoría integral a instituciones y participación de diversos eventos de corte internacional. Está afiliada a la *Asociación Internacional de Gerontología (IAG)*, a la *Federación Internacional de la Vejez*, a la *Federación de Sociedades de Gerontología y Geriatría Latinoamericana (GEMAC, s.a.)*.
- b) La *Asociación Mexicana de Geriatría y Gerontología de México A.C.* fundada en 1984 por el Dr. Lozano Cardoso en el D.F.
No es tan reconocida como la anterior pero ha destacado en la realización de investigaciones importantes en favor de nuestros ancianos especialmente dentro del campo médico.
- c) *VEMEA: Vejez en México, Estudio y Acción, A.C.* en Cuernavaca, Morelos. Este grupo se dedica a estudiar las carencias de los ancianos por la marginación.

Tanto en el IMSS como en el ISSSTE se llevan a cabo programas de investigación y capacitación biomédica. Ambas instituciones colaboran en pequeños proyectos geriátricos y gerontológicos, aunque lamentablemente estos son de iniciativa personal y no precisamente porque haya un programa de apoyo a la investigación en este campo.

INSEN participa mayormente en programas de enseñanza geriátrica y gerontológica, realiza investigación, pero no es una actividad prioritaria, aunque participa en la organización de conferencias, cursos, talleres y congresos.

5. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS.

Las instituciones docentes que forman a los profesionales dedicados a la atención de la salud de la población avanzada en México en sus diferentes niveles - técnicos, profesionistas de pregrado y posgrado- están en aumento, pero la demanda real requiere de un mayor número. A lo anterior se añade la falta de supervisión a estas instituciones, pues en algunos de los casos se desconocen sus programas académicos y la manera como los aplican.

Para el nivel técnico se imparten especialidades como el *Curso Postécnico de Enfermería en Geriatría y Gerontología* en la *Facultad de Estudios Superiores (FES-Zaragoza)* y la de *Gericultista* en el *Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales y de Servicios (CETIS núm. 10)*. Estas instituciones son muy escasas, y tal vez no ha crecido la demanda de dichos recursos humanos, porque las instituciones de salud no pueden pagar su mayor preparación, al grado de que la carrera de Gericultista que se da en México es única en América Latina.

Para el nivel de pregrado, la enseñanza de la geriatría y la gerontología actualmente es muy precaria en lo referente a los conocimientos que reciben los estudiantes de medicina, psicología, pedagogía y trabajo social entre otras carreras sobre el tema del envejecimiento.

El *Colegio Holandés* es el único en México que imparte la *Licenciatura en Gerontología* abarcando aspectos biopsicosociales de la vejez.

Para el nivel de posgrado la geriatría y la gerontología son impartidas en varias universidades de nuestro país y en los hospitales que cuentan con esta especialidad.

En la *Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)* existen las siguientes especialidades:

1) *Programa Universitario de Especialidad en Geriatría.*

2) *Programa Comunitario dentro del Programa de Salud Pública*

3) *Programa de Odontogeriatría.*

Recientemente en la FES-Zaragoza en coordinación con GEMAC se creó el *Diplomado en Gerontología* con el propósito de ampliar más las expectativas de los egresados interesados en este campo.

También en la *Universidad Iberoamericana*, que cuenta con la colaboración del *Instituto de la Tercera Edad*, se imparte el *Diplomado Universitario de Gerontología*.

El *Instituto Politécnico Nacional (IPN)* cuenta con la *Maestría en Ciencias con Especialidad en Geriatría y Gerontología* para Médicos Cirujanos con un enfoque integral del anciano, entrando también en las áreas de investigación y docencia.

La *Universidad Autónoma del Estado de Morelos*, en la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina, imparte la *Maestría en Gerontología y Geriatría*.

Respecto de la capacitación e investigación gerontológica, distintas asociaciones abocadas a dichas áreas en México han llevado a cabo algunos trabajos. Estas asociaciones fomentan el desarrollo de la geriatría y la gerontología para una mejor comprensión de los problemas del individuo que envejece, y sirven del núcleo de intercambio de conocimientos médicos, psicológicos, sociales, científicos y técnicos entre sus miembros y con otras sociedades del país y del extranjero. Específicamente, el *Consejo Mexicano de Geriatría* establece las normas para el ejercicio de la de la geriatría y certifica a los médicos especialistas en ésta área. Las *asociaciones geriátricas y gerontológicas mexicanas* son:

1) La *Sociedad de Geriatría y Gerontología de México*.

2) La *Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría*.

3) El *Instituto de la Tercera Edad*.

La Sociedad de Geriatría y Gerontología de México (GEMAC) es la única que ha sido reconocida internacionalmente por la *Asociación Internacional de Gerontología (IAG)* y el *Comité Latinoamericano (COMLAT)* de la misma. GEMAC ha participado representando a México en diversos eventos de corte internacional, habiendo ganado la sede en Acapulco, Gro. en 1989 para el *XIV Congreso Mundial de Geriatría y Gerontología*.

En estos momentos además de organizar diversos eventos académicos y continuar con la realización de varios proyectos de investigación, imparte el *Diplomado en Gerontología* en sus propias instalaciones además de llevarlo a cabo en la FES-Zaragoza de la UNAM.

CONCLUSIONES

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS MEXICANOS

Las conclusiones finales de esta investigación son desglosadas en cuatro propuestas con el objeto de tener una visión global pero detallada de todos los alcances que se pretenden obtener. La primera propuesta es la que establece el Gobierno de la República dentro de los parámetros del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. La segunda propuesta categorizada como comunitaria presenta una serie de consideraciones complementarias a la primera, enfatizando la importancia de la APS para mejorar las condiciones de vida de la población; la mayoría de estas consideraciones son retomadas de la Dra. Virginia Velázquez Díaz (1993) y adaptadas a las necesidades de los ancianos en nuestro país conforme a los intereses particulares de la presente investigación. La tercera propuesta que es expuesta en esta sección, enfatiza la importancia de la salud gerontológica ante la implementación de acciones preventivas que proporcionen seguridad y estabilidad integral a los ancianos para así evitar la institucionalización. Finalmente es desarrollada la última propuesta con un enfoque integral, identificándola como la esencia misma que dió pauta para la consolidación de este trabajo.

Antes de desarrollar las propuestas es importante referir que los objetivos planteados inicialmente en el desarrollo de esta investigación fueron cubiertos a lo largo de la misma, esperando solamente que el último objetivo cause un mayor impacto al querer pretender sensibilizar y concientizar a todos los profesionales involucrados en el campo gerontológico para que adopten las medidas preventivas que sean necesarias para mejorar los sistemas actuales de atención y consolidar así un eficiente sistema de atención integral en favor de nuestros ancianos.

7.1 PROPUESTA GUBERNAMENTAL.

A pesar de que la esperanza de vida se ha incrementado, el acceso regular a los servicios no es todavía una realidad para diez millones de mexicanos, quienes se encuentran al margen de los requerimientos básicos de salubridad e higiene. Además prevalecen importantes desigualdades regionales en los principales indicadores de salud. El mayor desafío en este renglón es que toda la población tenga acceso a los servicios de salud y elevar la calidad de éstos.

Existe la necesidad de establecer esquemas de financiamiento en el campo de la seguridad social para atender una creciente población de pensionados y jubilados que aumenta a una tasa mayor que la población económicamente activa, e incluso que los nacimientos: en 1994 creció 6.4% y en 1995 7.5%.

La *política de desarrollo social* que asume el Gobierno de la República para el periodo 1995-2000 tiene el objetivo de propiciar la igualdad de oportunidades y de condiciones que aseguren a la población el disfrute de los derechos individuales y sociales consagrados a la Constitución; elevar los niveles de bienestar y la calidad de vida de los mexicanos; y, de manera prioritaria, disminuir la pobreza y exclusión social. Para ello se ampliarán y mejorarán la educación, la salud y la vivienda; se armonizarán el ritmo de crecimiento de la población y su distribución geográfica; se promoverá el desarrollo equilibrado de las regiones; se abatirán las desigualdades y se impulsará un amplio proceso para la integración social y productiva de los mexicanos que hasta ahora no han tenido opciones de bienestar.

El *objetivo general* de la política social del *Plan Nacional de Desarrollo* consiste en propiciar y extender las oportunidades de *superación individual y comunitaria* tanto en la vida material como en la cultural, bajo los principios de equidad, justicia y pleno ejercicio de los derechos y garantías constitucionales. La multiplicación de oportunidades debe trascender el origen étnico y social, la ubicación geográfica y la condición económica de cada mexicano.

El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo será posible si existen condiciones de salud adecuadas. La reforma del SNS propone:

- 1) Mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, y
- 2) Ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización.

Un aspecto central del nuevo sistema de salud radicara en *estimular la vocación de servicio* de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos -y aquí la *participación del psicólogo* es de suma importancia.

Para que el psicólogo pueda profundizar en este campo, requiere que desde su formación como estudiante ante el desempeño de su desarrollo profesional tome conciencia de la situación que acontece a los ancianos y asuma la responsabilidad de tomar iniciativas de cambio que favorezcan no sólo la cantidad y extensión de los servicios, sino la calidad de vida de los mismos ancianos y una cobertura más amplia y real de número de personas atendidas.

Quienes ya se desempeñen laboralmente en este campo deberán tomar las medidas necesarias que permitan un cambio radical en la atención gerontológica dentro de sus instituciones y/o comunidades.

La necesidad de renovación de nuestro sistema de salud no es un caso aislado. Las iniciativas de reforma a los sistemas de salud han adquirido una importancia creciente en países con los más diversos niveles de desarrollo económico. Es urgente reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios, y evitar dispendios.

El gobierno actual pretende alcanzar un sistema que incorpore a más población, que garantice un paquete básico de servicios de salud para todos los mexicanos, para reforzar el principio de equidad con los que menos tienen. Este nuevo sistema considerará los desequilibrios regionales para poner fin al rezago que afecta a amplios grupos de la población, entre ellos, el de los ancianos.

La *política de superación de la pobreza* consistirá en la aplicación de acciones fundamentalmente de *educación, salud, alimentación y vivienda, dirigidas a grupos de alta vulnerabilidad para mejorar sus condiciones de vida*, aprovechando la organización social y ciudadana. Esta política tiene como objetivo establecer las condiciones materiales necesarias para impulsar la plena incorporación de los grupos más desfavorecidos al proceso de desarrollo y, con ello contribuir a la efectiva elevación de los niveles de bienestar y desarrollo social del país. Se sustentará en la renovación del acuerdo social que consolide los consensos entre los diversos sectores de la sociedad y las organizaciones ciudadanas, y fortalezca, asimismo, la alianza del Estado con los grupos populares. Este acuerdo pretende impulsar una amplia movilización de recursos y voluntades para mejorar el escenario social de los próximos años.

Las acciones en materia de desarrollo social deben considerar, necesariamente, como uno de sus objetivos, que la población de la tercera edad tenga una vida digna y

tranquila, con los servicios de sustento, salud, vivienda y recreación que demanda. La atención a este grupo, que involucra a la sociedad en su conjunto, habrá de traducirse en acciones concretas orientadas al funcionamiento de una seguridad social justa, que les permita retirarse de la vida laboral sin detrimento de su bienestar; a la ampliación de los servicios educativos, culturales, de reposo y recreación y al aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias.

Se debe asimismo, facilitar a estas personas el acceso preferencial, y a bajo costo, a bienes básicos de consumo y a los servicios urbanos, y brindarle apoyo decidido a las instituciones públicas y privadas que les proporcionen ayuda asistencial, particularmente cuando las personas se encuentran en condiciones de soledad e indigencia.

La *política social* debe ser *integral* y no un mero reflejo de esfuerzos aislados. Se persigue que todas las acciones públicas se orienten en un solo sentido y, de este modo, contribuyan a atenuar los efectos de la crisis, a combatir las causas estructurales de la pobreza y a promover el desarrollo equitativo. Las políticas sectoriales concentrarán sus programas en atender prioritariamente las carencias de los grupos sociales y regiones del país que padecen la pobreza más aguda.

Como parte central de la política social para el período 1995-2000, nuestro gobierno propone transformar el Programa Nacional de Solidaridad consolidando una política integral en favor de la población de la tercera edad, así como de otras que carezcan de oportunidades de desarrollo.

También, se aplicará un riguroso criterio para consolidar los programas existentes, con el fin de procurar la mayor efectividad de los esfuerzos públicos y privados, y del ejercicio de los recursos disponibles. La dispersión debilita la capacidad del gobierno y de la sociedad para responder al legítimo reclamo de más y mejores satisfactores sociales. Por ello, no se permitirá la duplicación de funciones por falta de coordinación, ni tampoco habrá tolerancia ni se autorizará el dispendio de los recursos públicos.

La profundidad y la complejidad de los retos actuales demandan una nueva alianza del Gobierno con los grupos sociales y todos los ciudadanos con voluntad de participar. Será una *alianza nacional para el bienestar* en la que se buscará encauzar el esfuerzo colectivo hacia metas de naturaleza social, así como para dotarla de una auténtica dimensión como política del Estado.

La nueva política de desarrollo social será una *política de Estado*. Esto es, una *política de y para la comunidad nacional* en su conjunto. Por ello obligará a mantener una visión de largo plazo en el esfuerzo común de forjar una sociedad mejor, con mayor

y más seguro espacio para todos. En tanto política de Estado, debe ser capaz de conciliar ideologías y articular los esfuerzos de todos los grupos sociales, a fin de sumar eficacias y hacer realidad los esfuerzos multiplicadores y positivos que tienen la cooperación, la solidaridad, la participación social y la iniciativa ciudadana para la construcción de una sociedad más justa y equitativa. El Gobierno de la República convocará a todos los actores sociales a integrar sus esfuerzos para impulsar el trabajo hacia los sectores de la población y las regiones que todavía no se integran plenamente al desarrollo.

Particularmente a esta propuesta agregaríamos el hecho de que es importante que día a día se añadan más profesionales dentro del campo de la *salud gerontológica integral*, donde definitivamente el *papel del psicólogo* resulta más que indispensable, ya que de lo contrario dejaría de tener ese carácter integral. Lo que realice el médico, la enfermera, el sociólogo, el trabajador social o el asistente social jamás suplirá el desempeño esencial y necesario del psicólogo, pues no podemos sólo cubrir las necesidades de tipo social, sin considerar la actitud y efectos que la propuesta de cambio pueda afectar a los ancianos, y no necesariamente porque tienda a afectar negativamente, sino por la inseguridad misma que puedan sentir ante esta posibilidad.

7.2 PROPUESTA COMUNITARIA.

El siguiente apartado que a continuación se transcribe conserva las ideas originales planteadas por la Dra. Georgina Velázquez Díaz (1993), en su conferencia titulada *Trabajo Organizado de la Comunidad*. Se han hecho algunas modificaciones sólo para enfatizar la participación de los ancianos en la comunidad.

Es importante aclarar que en su trabajo, la Dra. Velázquez no especifica detalladamente la intervención de personas de la tercera edad, sin embargo, no las excluye, al considerar la existencia de los programas vigentes que brindan sus servicios a las mismas, dentro del sistema de Atención Primaria a la Salud:

Para que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud de calidad se requiere indudablemente generar la organización de salud que lo permita, por lo que es muy importante contar con los recursos humanos, materiales y financieros, y aplicar en la realidad las acciones concretas que llevan a la equidad.

El futuro de la APS en México depende de los siguientes factores: de la realidad social y los problemas de salud presentes, de la voluntad política para reconocerla y apoyarla, de los cambios en las condiciones de vida de los grupos con profundas

carencias como consecuencia de medidas de política económica y desarrollo social, de la formación de personal de diferentes disciplinas y comunitario, capacitado y comprometido con la atención primaria y con la población de nuestra habilidad para prestigiar y difundir los resultados y la importancia de este trabajo en diferentes foros (académicos, de administradores de servicios, ante funcionarios, políticos y la sociedad en general), así como de gestar organizaciones locales con arraigo y pertenencia, que promuevan una participación auténtica en la toma de decisiones en relación con la política y los programas de salud que afectan el bienestar de la población.

Es indispensable, que se consolide la política económica que permita mejorar las condiciones de empleo, salario, vivienda, servicios públicos, educación, etc., de los habitantes, en general, para alcanzar mejores niveles de vida y que se de cada día más la coordinación intra e intersectorial para que los ancianos y sus familias puedan poner en práctica conductas favorables a la salud.

Es necesario que cada trabajador de la salud se comprometa con su trabajo y con la población, se convierta según sus espacios y posibilidades en un difusor de valores, de la metodología y del enfoque que aplica. Por otra parte, nos corresponde a todos *prestigiar la atención primaria de la salud* demostrando resultados, publicándolos y expresando en diferentes foros los avances y también las limitaciones.

Debemos reconocer la reducida investigación en nuestro medio, y la poca difusión que existe, acerca de los factores sociopsicológicos y culturales presentes en la aplicación de la estrategia de atención primaria y en particular de su influencia en la participación organizada de la comunidad. Los profesionales de la psicología podemos hacer importantes aportaciones al desarrollo de conocimientos para enriquecer el marco teórico metodológico, que subyace a la atención primaria.

En este sentido, la salud ofrece un terreno propicio para convocar a la organización y participación comunitaria. *La salud no es todo, pero sin salud no hay nada.* Aquí el reto es nuestro, para que con humildad, sensibilidad, creatividad y compromiso aprendamos a respetar, escuchar y dialogar con la población de la tercera edad y partiendo de sus necesidades le abramos espacios, desde el nivel local, en la toma de decisiones relativas a la salud individual, grupal y comunitaria, acercándonos cada día más a una auténtica participación comunitaria para la salud.

Habiendo expuesto lo anterior, podríamos detenernos un momento para unificar los criterios expuestos por Velázquez (1993) con los referidos por Baz Díaz (1993) así como por Durán y Yepes (1994) sobre la aplicación de los Sistemas Locales de Salud

(SILOS) dentro del Sector Salud, ya que estos resultan ser la mejor estrategia de atención primaria para la salud con bases comunitarias (Véase Cap. VI. *Atención Primaria a la Salud*).

De acuerdo con Durán y Yepes (1994), los SILOS se han abierto paso en el campo de la salud, la administración y las ciencias sociales, y es en esta última área donde se han ubicado las aportaciones que los SILOS han dado a la psicología, no obstante de tener un enfoque antropológico.

La antropología no debe ser la única área que participe en la detección de necesidades en las comunidades. La psicología necesita abrir más campos de acción que faciliten la participación comunitaria de los individuos para lograr el cumplimiento de sus metas y objetivos comunes.

Los psicólogos podemos participar directamente en la comunidad a través de la organización sistemática planteada por los SILOS para mejorar la calidad de vida de los ancianos que allí se encuentran con el propósito de lograr la integración de los servicios de salud trabajando en equipo multidisciplinariamente.

La salud gerontológica podrá entonces tener mayores alcances y perspectivas reales que fomenten la atención primaria en las comunidades, en donde definitivamente el papel del psicólogo es vital.

Los resultados de esta propuesta pueden verse consolidados a no muy largo plazo, pero si no se llevan a cabo los cambios necesarios que permitan dar un giro total a nuestro sistema de salud, difícilmente podremos ver alcanzada la meta de la OMS *Salud para todos en el año 2000*.

A sólo 4 años de tal expectativa, observamos con cierto dejo de tristeza la muy posible no realización de esta meta, pero ¿cuánto tiempo más permitiremos que siga pasando para alcanzarla?, depende de tí, de mí, de todos juntos unidos para poder lograrlo.

7.3 PROPUESTA PREVENTIVA.

Para J. Bleger (1982) la función social del psicólogo es la salud pública y dentro de ella la prevención. De acuerdo con ello los psicólogos no deben esperar que la gente enferme para intervenir.

La afirmación contundente de que *se debe promover el bienestar y no solamente curar* apunta a la necesidad de dirigirse a las condiciones de vida en lugar de crear instituciones donde se atienda exclusivamente gente enferma, alejadas de la posibilidad de administración y planificación de conocimientos y técnicas para atender la relación interpersonal, que es el factor patógeno de nuestra civilización. Bleger (1982) refiere la necesidad de poner a prueba nuestras técnicas de acceso a la comunidad, de investigación de operancia y de administración de recursos del marco de la comunidad.

La sociedad debe crear sistemas de seguridad y asistencia que garanticen la integridad del anciano para evitar la institucionalización del mismo, de ahí que la mayor preocupación sea centrar nuestra atención en la prevención del deterioro biopsicosocial de las personas de edad avanzada.

Hay que tomar todas las medidas necesarias que conduzcan a tener una población gerontológica sana que garantice un nivel de calidad de vida óptimo, que de no ser ideal, si permita una mejor adaptación medio ambiental.

La institucionalización puede evitarse si se implementan las medidas de prevención necesarias que proporcionen seguridad y estabilidad integral a las personas.

La *prevención* significa el cumplimiento efectivo de la seguridad personal que debe ofrecerse (Peniche L, C. y Ruiz A., I., 1985) en este caso al anciano.

Por ello es importante poder educar a todas aquellas personas que están en contacto con ancianos: familiares, vecinos, voluntarios, etc. para que presten una mejor atención a los mismos, facilitando el que existan mejores condiciones preventivas que favorezcan la salud así como la evitación de riesgos ambientales.

Así mismo se pueden implementar acciones preventivas a través de la propaganda y/o publicidad de las medidas de seguridad que sean necesarias para que los ancianos puedan desenvolverse y adaptarse mejor dentro de su hogar. Algunas de las opciones que pueden considerarse son por medio de carteles, avisos, spots, manuales, conferencias, etc.

Para poder lograr una adecuada prevención de los riesgos que implica de antemano el deterioro biopsicosocial del anciano así como el poder implementar un sistema óptimo de seguridad ambiental, es indispensable una estrategia y un método de

ejecución que nos permita realizar un análisis de los posibles factores críticos que nos llevarían a tomar medidas preventivas y diseñar contingencias que eviten conductas erróneas.

Recordemos que todas estas medidas favorecerían el ambiente familiar en el cual se desenvuelve el anciano, pero pueden emplearse en lugares públicos, tales como los clubes, las residencias de día, viviendas especiales u hospitales, y por que no, en lugares estratégicos dentro de la misma comunidad, incluso podrían emplearse campañas educativas que favorezcan una mejor actitud por parte de la población más joven hacia los ancianos.

De la misma manera sólo en los casos en que la institucionalización sea extremadamente necesaria, tales sugerencias pueden instrumentarse para mejorar el ambiente de los albergues y casas hogares y así evitar riesgos ambientales innecesarios.

7.4 PROPUESTA INTEGRAL ALTERNATIVA.

A continuación aparecen una serie de propuestas conforme a las acciones sociales gerontológicas que fueron revisadas en los capítulos anteriores con el propósito de reorientarlas integralmente y llevarlas a la práctica sin desapegarnos a nuestro entorno psicosocial y cultural, ya que pueden considerarse como vías alternativas de aplicación nacional en favor de las personas de edad.

A. SALUD Y NUTRICION.

1) Aprovechar al Máximo los Servicios Voluntarios.

Definitivamente los servicios voluntarios adquieren un carácter fundamental para la ejecución de cualquier programa en salud. La participación de personal profesional y comunitario capacitado para brindar atención geriátrica y gerontológica favorece las acciones sociales tanto institucionales como comunitarias.

No se requiere de altos gastos públicos que limiten el aprovechamiento de los recursos económicos, humanos y materiales pues con una buena difusión y motivación hacia todas aquellas personas interesadas en prestar sus servicios para mejorar las condiciones de los ancianos se puede lograr este fin.

Sabemos que la situación socioeconómica actual limita el interés hacia la prestación de servicios voluntarios, pero si rescatamos como se refería anteriormente, los programas educativos de las diferentes escuelas afines al estudio de la vejez, podemos echar mano de una buena cantidad de estudiantes que realicen sus prácticas profesionales, presten su servicio social o realicen sus residencias tanto en las instituciones como en la comunidad abierta.

Los estudiantes de psicología interesados en este campo no necesitan esperar a cursar los últimos semestres de su carrera para realizar su servicio social, ya que desde el inicio de su formación, como profesionales dentro del campo de la salud, pueden colaborar y a la vez adquirir experiencia trabajando voluntariamente en instituciones y comunidades abiertas en donde exista un buen número de ancianos, y bajo la supervisión del personal capacitado en esta área, pueden llevar a cabo diversos programas integrales como los aquí expuestos o tomar la iniciativa para el surgimiento y la implementación de otros nuevos.

Estos mismos estudiantes al momento de llegar a ser pasantes y/o prestadores de servicio social contarán con el entrenamiento necesario para llevar a cabo prácticas profesionales, capacitándose aún más para enfrentarse a su desempeño laboral.

2) Promover Atención Domiciliaria.

La atención domiciliaria ha sido la mejor opción aceptada por los países europeos. En nuestro país no requeriría de mayor problema más que el de establecer una administración bien clasificada dentro de las instituciones interesadas de manera que estén en control de todos los servicios seleccionados.

3) Dar Direccionalidad Institucional.

Las acciones institucionales a nivel hospitalario requieren de una nueva dirección, que bien podría instituirse dentro del SNS que sustente un sistema de seguro médico obligatorio para poder proporcionar una mejor asistencia al anciano enfermo especialmente aquél que no cuenta con algún programa de seguridad establecido como IMSS o ISSSTE.

Los servicios integrales de salud que proporcionan DIF e INSEN requieren ser ampliados para cubrir una mayor población haciéndose necesaria la ejecución de programas comunitarios preventivos en donde los ancianos, sus familiares, vecinos y todas aquellas personas interesadas sean los principales promotores de las acciones que allí se realicen.

Los esfuerzos de las diferentes instituciones altruistas deben consolidarse en un interés integral común que permita unificar los beneficios de la población en cuestión evitando la multiplicación de acciones diferidas que sólo se centran a ciertos grupos selectivos y no a toda la población de edad. Esto es difícil pero no imposible, la propuesta gubernamental de descentralización es vital para ampliar la cobertura de atención.

4) Crear Actitudes Solidarias.

Asimismo, partiendo de los principios que establecen los programas de Solidaridad, podríamos propagar iniciativas autogestivas que fomenten la ayuda mutua entre los miembros de la comunidad y los mismos ancianos.

Los medios masivos de comunicación podrían ser la clave para motivar a un mayor número de personas que estén interesadas en coparticipar en los programas comunitarios preventivos bajo la dirección y supervisión del personal que labora dentro de los programas de Solidaridad.

5) Fomentar el Desarrollo Social Comunitario.

Sería recomendable que las metas prioritarias nacionales que plantea el Plan Nacional de Desarrollo actual, como son la erradicación de la pobreza y la marginación social fueran consideradas dentro del Programa de Promoción de Desarrollo Comunitario del DIF, abriendo paso a iniciar acciones específicas que tomen en cuenta a la población de la tercera edad, ya que hasta el momento el Programa de Grupos de Ancianos en la Comunidad ha limitado sus objetivos internamente, es decir, institucionalmente, faltando una mayor dirección específica que guíe a los ancianos a ser partícipes autogestionarios del desarrollo de su propia localidad.

El Programa Nacional de Solidaridad puede cimentar bases sólidas en favor de los ancianos mexicanos si se mantiene firme el Programa de Desarrollo Social para lograr la meta de integración social y productiva que permita en la medida de lo posible la autosuficiencia y superación personal de los mismos.

6) *Valorar la Institucionalización.*

Los Clubes de la Tercera Edad promueven la independencia y seguridad del anciano, pero a la vez permiten una mayor socialización con otras personas no sólo de su misma edad sino también facilitan intercambios intergeneracionales. Mientras el anciano conserve un nivel de salud integral en buen estado no se le debe albergar en una casa hogar ni hospitalizarlo con una estancia muy prolongada en caso de que se encuentre enfermo. *No demos un carácter permanente a lo que puede tener un carácter temporal* (Pineda Soria, 1991).

Partiendo del ejemplo de Rumania, Barbados y Kuwait (Banoob, 1992), esta propuesta estaría centrada en favor de la desinstitucionalización y su objetivo principal sería lograr a mediano o largo plazo una plena atención integral en donde se lleve a cabo más atención primaria y servicios comunitarios en el hogar.

7) *Tomar Medidas de Seguridad.*

Si la opción necesaria fuera la institucionalización, las condiciones ambientales en las cuales se desenvuelva el anciano requieren de reglamentación y control de medidas que brinden seguridad a las personas mayores para evitar accidentes que se produzcan por descuido, negligencia, imprudencia, depresión y/o agresión entre muchas otras causas. A ello podríamos sumar una campaña de prevención en salud gerontológica que ayudara a disminuir o eliminar los numerosos infortunios.

Es necesario que al anciano se le inculque la importancia que debe tener en favor de su autocuidado, el seguir al pie de la letra las medidas de seguridad que sean implementadas en los lugares donde habite.

Para que la propaganda de la campaña preventiva sea percibida y puesta en práctica por los ancianos es importante considerar algunas recomendaciones que Peniche Lara y Ruiz Ascencio (1985), nos sugieren:

- 1) El uso de colores es importante para que el anuncio sea un estímulo visible y llamativo.
- 2) Es necesario cambiar en forma periódica las dimensiones y atributos de los estímulos para que sigan siendo partes diferenciales del medio ambiente. Constantemente se requieren modificar las condiciones de estos para que se vuelva a lograr el nivel del umbral necesario para volver a ser discriminativos.
- 3) El llamado del anuncio de prevención debe ser de buen gusto, armónico, breve para que se cumpla su cometido. Esto se logra modificando la posición, intensidad, forma del estímulo y empleando un lenguaje sencillo y comprensible. A veces inclusive puede cambiarse de lugar dicho estímulo. Es necesario renovar los estímulos para que no pierdan novedad y así evitar caer en la habituación de los mismos.
- 4) También se pueden realizar simulacros y/o ejercicios periódicos que ayuden a visualizar mejor los riesgos para así evitarlos. La información es más eficaz cuando la persona se encuentra involucrada emocional y conductualmente. Incluso podrían combinarse ambas estrategias.

8) Realizar Cambios Institucionales.

Se sugeriría en un futuro lograr el establecimiento de los llamados Hogares Combinados (Kahn y Kamerman, 1987; Cates, 1993) dentro de la República, partiendo como base las Residencias de Día que INSEN ha establecido hasta el momento en el D.F. de manera que se encuentren conectadas con un hospital y sólo haga uso de este cuando así se requiera. DIFEM ha dado la pauta en el Estado de México, así que no estamos lejos de poderlo ver como una realidad nacional.

9) Ampliar los Programas de Nutrición.

La propuesta referida anteriormente con respecto a la atención domiciliaria puede implementarse en coordinación con los Programas de Nutrición que ya están en marcha beneficiando a ancianos de bajos recursos, como lo han hecho INSEN, FAC y Fundación CASA.

Ahora con la nueva proposición del Plan Nacional de Desarrollo de otorgar un paquete básico de nutrición y salud a zonas rurales y suburbanas en coordinación con el Programa de Alimentación y Nutrición Familiar del DIF, pueden verse favorecidos los ancianos de tales comunidades.

También sería muy bueno considerar la creación de un Programa de Comidas en Común en estos lugares, principalmente en aquellos en los que por su ubicación sería difícil que las personas de edad acudieran a una Residencia de Día para poder consumirlos. Podría ubicarse un lugar apropiado dentro de la comunidad donde se ofrezca comida a muy bajo costo, siendo subsidiado este proyecto gubernamentalmente conforme a los lineamientos establecidos en el Plan Nacional.

Dentro de este espacio sería recomendable no descartar la posibilidad de implementar un programa de atención integral semejante al de una Residencia de Día en el cual puedan proporcionarse diversos servicios a los ancianos de la comunidad, en donde los psicólogos desempeñaran un papel de animadores e integradores grupales fomentando la autoestima y el autocuidado en la población atendida.

B. PROTECCION DE LOS ANCIANOS COMO CONSUMIDORES.

1) Suscitar la Participación Ciudadana de los Ancianos.

La propuesta gubernamental para este sexenio es que el gasto público deberá tener una orientación prioritaria hacia el desarrollo social y la inversión en sectores estratégicos. No obstante la condición de que el gasto social y la infraestructura precisen aplicar una política permanente de austeridad y racionalización sin descuidar la eficiencia en la aplicación de los recursos públicos. El gasto en el desarrollo social se concentrará en los sectores de salud, educación, vivienda y conducta a la pobreza; para que el sector público cumpla mejor con sus funciones, se llevará a cabo una profunda reforma administrativa.

Todo ello sería ideal pero lo más recomendable es que no dejemos a un lado la valiosa participación de los ancianos quienes además de ser una población a la cual se desea beneficiar, resultaría útil su opinión e intervención en diversas actividades como son planeación, regulación supervisión y sanción, así como la provisión directa de los bienes y servicios al público.

Podríamos retomar el ejemplo de Yugoslavia, ya que cuenta con una estructura que permite que la participación ciudadana se haga más natural: una comuna o una empresa crea un servicio por medio de una asamblea de consumidores y proveedores, si no se hace así el servicio no se implanta (Kahn y Kamerman, 1987).

Una estrategia nacional sería a través del PRONASOL dirigiendo sus acciones específicamente a las comunidades más necesitadas en donde los ancianos sean los consumidores interesados de expresar y coordinar los acuerdos mutuos con las instituciones con las cuales se establecerán los convenios.

C. VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE.

1) Construir Villas para Ancianos.

Lourdes Herrasti (1983), elaboró una propuesta conforme a los lineamientos del IMSS, refiriendo algunas alternativas específicas que pudieran implementarse al pensar en la posible construcción de viviendas para ancianos.

La primera sería la creación de *villas*, integradas por diversos tipos de vivienda, casas solas, pabellones con cuartos individuales, pabellones comunes, todos ellos con servicio de hotel. En ellas podrían generarse múltiples programas.

Su financiamiento estaría dado por recursos procedentes de instituciones, el Gobierno del Estado, aportaciones de sindicatos, la venta en uso vitalicio de las casas solas, la venta de productos o servicios y la solidaridad social. Estarían administradas por los mismos ancianos, quienes integrarían su propio programa de actividades, según deseos de las características de los usuarios.

Tendrían una estructura orgánica, lo suficientemente flexible como para permitir el trabajo voluntario de los usuarios, que sin comprometerse a trabajar permanentemente puedan de manera eventual participar en alguna tarea.

Algunas labores de mantenimiento se verían a cargo de los grupos de solidaridad, voluntarios de las escuelas de la localidad y otras asociaciones. Podría integrarse tanto por personas que vivieran ahí como por individuos que acudieran durante el día a participar en un trabajo y recibir los servicios.

Estas ideas no distan de ser aplicadas y adaptables hoy en día. La propuesta de Herrasti (1983), aún no es una realidad. Si consideramos los lineamientos del Plan Nacional y unificamos esfuerzos podríamos llevar a cabo opciones concretas

2) *Implementar Viviendas Especiales.*

Las Viviendas Especiales constituidas con la ayuda federal y de los estados pueden ser una opción viable en México. Conforme al modelo alemán los ancianos mexicanos podrían vivir en viviendas y comunidades donde viven familias ordinarias, permitiéndoles sentirse seguros por los servicios de apoyo proporcionados por sus mismos vecinos.

Asimismo, las Viviendas en Familia que son tan populares en E.U., podrían ayudar a nuestros ancianos a sentirse útiles cuidando a los niños de sus vecinos además de verse beneficiados por el apoyo económico que reciben al hacerlo.

En México no existe un programa específico de Familias Sustitutas pero ya ha sido experimentalmente vivenciado por algunas personas extranjeras que han permanecido temporalmente en la ciudad y buscan refugio y apoyo en *padres o abuelas mexicanos* adoptándolos por lo menos durante su estancia como si fueran los propios.

En base a ello, es sugerible que este programa pueda implementarse como tal, y así poder permitir a los ancianos ampliar sus relaciones sociales intergeneracionales.

Otro ejemplo práctico que nos enseña Francia, es el prever que cuando se vaya a construir un nuevo edificio donde habitarán personas normales, se puede especialmente diseñar y destinar para los ancianos los departamentos de las plantas bajas.

En México con el apoyo de CARITAS Alemana, Francesa e Italiana las viviendas atendidas por la comunidad han demostrado a través del programa Un Hogar para el Anciano en Nuestro Barrio, que si se puede dar un giro radical no sólo en la creación, administración y supervisión de las viviendas para los ancianos, sino lograr el establecimiento de una efectiva legislación para la vivienda que de fin a los problemas que hasta ahora se han presentado con respecto a la construcción de viviendas subvencionadas para ancianos así como contar con subsidios de alquiler para viviendas de personas mayores que cuentan con bajos ingresos.

3. Coadyuvar la Participación de los Ancianos para la Protección del Medio Ambiente.

En este momento, los Comités de Solidaridad resultan ser las mejores opciones para hechar andar una nueva propuesta ecológica. Los habitantes de los barrios y localidades de nuestra ciudad conocen los problemas y los sufren, pero asimismo buscan alternativas.

Hoy no podemos pensar en solucionar ningún problema social sin la participación de los ancianos, ya que es uno de los grupos que principalmente se ve afectado.

En relación al cuidado y mejora del medio ambiente hay muchas cosas que los ancianos pueden hacer. Pero primordialmente las tareas que realicemos tienen que estar relacionadas con la educación, es decir, con cambiar hábitos y formas de cómo hacemos las cosas (hábitos de consumo, de higiene, etc.) con la difusión y con propuestas útiles, creativas, que puedan dar solución real a los diferentes asuntos del medio.

Los ancianos con toda su experiencia pueden desarrollar actividades de educación ambiental, cuya finalidad sea lograr que los demás miembros de la comunidad adquieran los conocimientos, valores, actitudes y las habilidades prácticas, para participar responsable y eficazmente en la prevención y la solución de los problemas ambientales y en la gestión de la calidad del medio ambiente.

Los participantes podrían levantar un inventario de los principales problemas ecológicos y de saneamiento ambiental (focos de contaminación, industrias contaminantes, fauna nociva) y plantear tanto alternativas de solución corresponsables, como búsqueda de recursos (de la iniciativa privada, de fundaciones, etc.)

Los ancianos pueden apoyar, proponer y vigilar las acciones de reforestación y convertirse en interlocutores frente a las delegaciones para la evaluación, discusión y propuestas públicas de proyectos de inversión que pudieran afectar el ecosistema local o el nivel de vida de los habitantes de una zona.

Otras acciones que en coordinación con personas voluntarias e interesadas podrían ejecutarse son:

Promover campañas de recuperación y mejoramiento del ambiente; generar materiales de difusión de experiencias sobre el mejoramiento del medio; establecer contacto con las organizaciones civiles, instituciones estatales, profesionistas dedicados

a cuestiones ambientales para la elaboración de proyectos, así como tareas de difusión; asimismo contactar a otros comités para el intercambio de experiencias sobre estos temas.

D. FAMILIA.

1) *Propagar programas sociales integrales de apoyo familiar.*

Para fortalecer a la familia será necesario canalizar los programas sociales integrales dirigidos al conjunto de los miembros del hogar para obtener el mayor beneficio posible de los recursos disponibles (Poder Ejecutivo Federal, 1995).

La gran mayoría de las familias mexicanas cuentan por lo menos con un miembro de edad avanzada (padre, madre, abuelo, abuela u otro).

El papel que tanto DIF como INSEN han desempeñado ha sido fundamental para que cada vez más ancianos y sus familias se vean involucrados en recibir atención institucional, comunitaria y aunque en menor grado, domiciliaria. Sin embargo aún falta mucha difusión y promoción de sus servicios para que el número de beneficiados sea mayor.

Es aconsejable que en los programas sociales integrales propuestos por el Gobierno de la República consideren la participación del DIF e INSEN para que puedan instrumentarse medidas más accesibles y con una cobertura más amplia hacia otros estados.

El ejemplo que FAC ha puesto en pequeña escala en barrios de muy escasos recursos puede retomarse y ampliarse con la ayuda del Sector Salud para que tanto DIF, INSEN, IMSS e ISSSTE amplíen las posibilidades de apoyo a las familias que deseen auxiliar a sus vecinos y/o familiares de edad.

2) *Difundir y Promover Campañas de Orientación Familiar.*

Es indispensable que se efectúen con frecuencia Campañas de Orientación Familiar para lograr una plena concientización de la importancia que tiene el fortalecer los lazos familiares otorgándoles el valor, reconocimiento y respeto que merecen los

ancianos como grandes portadores de experiencia y no sólo para la familia sino también para las diferentes comunidades y la nación.

Además esto ayudaría a que más hijos tengan en estima a sus padres y se encarguen de ellos hasta el fin de sus días.

3) Legalizar la Responsabilidad Familiar.

El crear una consciencia en los hijos con respecto a sus padres podría lograrse por medio de una legislación nacional obligatoria regida bajo un principio de responsabilidad familiar como lo es en Serbia, tal medida marcaría una normatividad legal totalmente distinta a la establecida hasta hoy, pues lamentablemente hay muchos hijos que se desobligan completamente de sus padres ancianos por dar prioridad a otras áreas de su vida personal (cónyuge, hijos, trabajo, escuela, viajes, etc.).

E. BIENESTAR SOCIAL.

1) Incluir al Psicólogo en la Prestación de Servicios Integrales.

La participación del psicólogo en las diferentes esferas del bienestar social resulta más que necesaria para su ejecución y buen funcionamiento en beneficio de los ancianos.

Partiendo del modelo de los Clubes de la Tercera Edad podría plantearse la posibilidad de que en las otras instituciones del Sector Salud también se implementaran programas como los que maneja INSEN, ya que no obstante de que en IMSS e ISSSTE se llevan a cabo Charlas para Jubilados y Pensionados así como Talleres Ocupacionales, eventos culturales y recreativos, las acciones que allí se ejecutan tienen un carácter menos integral que en el INSEN dado que la mayoría del personal que participa no es profesional sino técnico, quedando muchas veces excluido el psicólogo, y aunque los empleados tengan una actitud altruista y de buen corazón, el lugar del psicólogo resulta insustituible especialmente ante situaciones de consejo y apoyo psicológico para problemas de tipo emocional.

En algunas ocasiones los Consejos de Ancianos que dependen del DIF no incluyen dentro de su personal al psicólogo, constituyendo en su equipo de trabajo comunitario sólo a los médicos, odontólogos y trabajadores sociales.

Si queremos elevar la cobertura y la calidad de los servicios para avanzar en el desarrollo social nacional, deberá considerarse sin exclusión alguna la participación del psicólogo para que en coordinación con otros profesionales se pueda proporcionar un servicio integral.

2) Promover la Participación de Estudiantes Voluntarios.

Es importante aclarar que así como el psicólogo el personal voluntario necesita prestar sus servicios no sólo en las instituciones de bienestar social sino también en la comunidad. Los estudiantes de psicología en formación necesitan considerar este aspecto pues ellos mismos pueden valorar más su profesión, prestando sus servicios voluntarios en instituciones que dentro del Sector Salud proporcionen atención a la vejez, además de que al término de su carrera contarían con la experiencia básica necesaria para desarrollar e innovar alternativas de atención que mejoren la calidad de vida de los ancianos, pudiendo así incidir en el primer nivel de atención en salud: prevención.

F. SEGURIDAD DE INGRESO Y EMPLEO.

1) Efectuar Reformas Legislativas.

Yolanda Senties en el año de 1988 rescató una serie de análisis y propuestas que justificaran firmemente los *Fundamentos Legales de la Atención al Anciano*. A continuación se hará un breve resumen de estas para que tengamos una visión más amplia de las necesidades políticas, económicas y sociales que aún no se han podido cubrir:

Aunque en forma específica la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos no señala la atención al anciano, están sentadas las bases, al referir que el individuo por el sólo hecho de ser una persona humana tiene una serie mínima de derechos, sin distinción de sexo, edad raza o creencia. Este sólido fundamento legal da

origen a las leyes secundarias que se refieren a la condición o situación específica del individuo y procuran la creación de instituciones que protejan y aseguren tal condición.

En los últimos años, analistas, organizaciones y especialistas en el tema, han estudiado y propuesto diferentes alternativas de actualización y reformas a las leyes mexicanas. Todo esto representa esfuerzos serios y objetivos que integran una base suficiente para no posponer las reformas necesarias y justas que requiere nuestra actualidad.

Ante la Comisión de Salud del Senado de la República en 1988, fueron presentadas por las legislaturas LII Y LIII las siguientes propuestas:

Reforma al Art. 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con el fin de que se contemple el deber de los hijos de preservar el derecho que tienen los ascendentes cuando se encuentran incapacitados sobre todo a satisfacer las necesidades de salud física y mental.

Ley Federal de la Vejez, que contemple la definición de la vejez, los derechos y prestaciones mínimas de los que debe disfrutar y hacer valer al anciano, en la creación o fortalecimiento de institutos sobre vejez, sobre las instituciones de seguridad social, sobre las organizaciones de ancianos, sobre los derechos de los jubilados y sobre los derechos especiales entre otros.

También existe el interés por parte de las organizaciones de jubilados, de que se reforme el *Art. 123 constitucional* para establecer el derecho de la jubilación de todos los trabajadores al servicio del Estado o aquellos que lo han conquistado por la vía de la contratación colectiva en las empresas. Y como consecuencia de la reforma anterior, se agregue un nuevo capítulo a la Ley del Seguro Social para crear el *Seguro Jubilatorio*.

Los trabajadores pertenecientes al ISSSTE, proponen que se reforme el *Art. 51 de la Ley del ISSSTE*, a efecto de que los trabajadores pensionados que puedan ocupar otro puesto gocen de la pensión originada por el puesto anterior y generada por las cuotas pagadas.

Es importante que la legislación referente a la planeación democrática incluya a la gente de edad avanzada para que tome parte activa en la planeación y toma de decisiones importantes.

Existe la necesidad de efectuar reformas a la *Ley Federal del Trabajo*, a efecto de que las personas en edad avanzada sean aprovechadas y no rechazadas con motivo de la edad, así como evitarles un trato discriminatorio contrario al Art. 123, para que en los contratos colectivos que establezcan alguna facultad del patrón para rechazar trabajadores por razón de su edad, carezca de vigencia.

De igual manera se requiere reformar el *Art. 1611 del Código Civil* a efecto de que cuando concurren hijos con ascendentes, estos últimos tengan derecho a heredar una porción igual que la de los hijos.

Es indudable que en materia legal para proteger al anciano hace falta mucho por hacer, sobre todo para atender a los que están al margen de la seguridad social. Sabemos que no es por sí sola la ley lo que logra las transformaciones, pero es fundamental para generar apoyos y contemplar acciones más justas.

Senties (1988) concluye su trabajo recalcando que la aplicación de la Ley es fundamental pues depende de la conciencia generalizada de la población en general, el significado que se le da a la atención a la vejez, al ser la educación formal o informal la que contribuye a la generación de esta conciencia con la intención de ayudar a que no existan desviaciones o interpretaciones que afecten, obstaculicen o sean contrarias al verdadero propósito de las leyes.

Los ancianos necesitan conocer y difundir tales leyes, para que puedan defender sus derechos y participen en la vigilancia del cumplimiento de las mismas. Es importante que se instituyan los mecanismos necesarios que permitan el respeto de estas leyes, para que pueda garantizarse su aplicación dentro de nuestra sociedad.

2) *Crear Medidas Efectivas de Empleo.*

En este sector podríamos contemplar la participación decisiva de los programas de Solidaridad. Los programas de *Bienestar Social, Apoyo Productivo y Desarrollo Regional* del PRONASOL, pueden verse complementados con la participación activa de los miembros de la tercera edad.

Hasta el momento, el único programa en que las personas mayores han sido consideradas es el de Maestros Jubilados en Solidaridad, que sin lugar a dudas se ha desarrollado con éxito, aunque la población que se ha visto beneficiada es aún muy reducida.

En cada uno de los tres programas anteriormente referidos pueden incluirse un porcentaje significativo de ancianos si consideramos que éstos son grandes portadores de experiencia. Se lograría a través de grupos de integración de trabajo productivo, brindando asesoría a profesionistas, clases a alumnos y capacitación a técnicos que participen en el desarrollo social con acciones que benefician a la comunidad en general.

Ello daría posibilidad de generar sino nuevas Bolsas de Trabajo, si por lo menos nuevas fuentes de empleo. Solidaridad pudiera estar en contacto con las Bolsas de

Trabajo del INSEN, del IMSS y de Los 60's para que puedan canalizar a los ancianos interesados.

3. Establecer Programas Obligatorios de Preparación para la Jubilación.

En México es indispensable que se establezca la opción, que permita a los ancianos decidir entre seguir trabajando o jubilarse, o de combinar trabajo y jubilación si así lo desean, como sugiere la OIT. Esto exigiría condiciones de trabajo flexibles para las personas de edad y el mejoramiento de su situación económica, así como un plan de jubilación también flexible.

Es indiscutible el establecimiento obligatorio de diferentes programas oficiales y privados de preparación para el retiro por pensión y programas de prejubilación con asesorías integrales y empresariales para pensionados como se hace en Colombia (Cardona y Dulcey, 1990).

4. Solicitar Apoyo Internacional.

Sería recomendable no descartar la posibilidad de solicitar ayuda internacional a organizaciones voluntarias como Help the Aged o el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para el Envejecimiento, proponiendo nuevas alternativas generadoras de ingresos que tengan probabilidades de éxito para poder asegurar el apoyo.

G. EDUCACION.

1) Fundar la Universidad de la Tercera Edad.

El Plan Nacional de Desarrollo plantea nuevas expectativas en la educación de los adultos sin considerar dentro de estas la inclusión de los ancianos. El plan refiere la ampliación de los servicios educativos y culturales para las personas de la tercera edad, pero no especifica cuáles serán estos.

Es importante crear espacios educativos y actividades culturales atrayentes para todos los ancianos que estén interesados en elevar su nivel de conocimientos tanto teóricos como prácticos.

La participación del INSEN en materia educativa ha sido crucial en lo que respecta a proporcionar atención educativa a las personas de edad, pero aunque se han programado diversas actividades dentro de su Centro Cultural de la Tercera Edad, ha faltado más iniciativa para establecer lo que pudiera a bien llamarse la *Universidad Nacional de la Tercera Edad*. Las bases están cimentadas, lo que se requiere es dar un pequeño giro a los programas educativos que ya están establecidos en conformidad con la Asociación Internacional de Universidades de la Tercera Edad para obtener su aprobación.

2) Impulsar Campañas y Proyectos Educativos.

El Programa de Asistencia Educacional del DIF, puede explotarse mucho más con la implementación de campañas y proyectos educativos que sean continuos y permanentes, diseñados no sólo por el personal sino por los ancianos interesados de manera que pueda efectuarse un cambio de actitudes en la sociedad reeducándola, así como preparar a las nuevas generaciones para que puedan no sólo vivir, sino disfrutar de la vida al llegar a su tercera edad; incluso podríamos abarcar un mayor número de población que se sensibilizara y concientizara más profundamente al respecto, a través de medios masivos de comunicación como lo son la radio y la televisión.

3) Capacitar al Personal Gerontológico.

Cualquier persona que trabaje directamente con personas de edad deberá estar capacitada y entrenada previamente para desempeñar optimamente su labor, pero antes que cualquier otra cosa, deberá tener la actitud de querer proporcionar un buen servicio a los ancianos, pues es desde este punto que se deben tomar medidas preventivas que coadyuven al desarrollo negativo de actitudes hacia los ancianos.

El personal gerontológico debe ofrecer posibilidades de comunicación con la población de edad, deberá prestar cortesía, atención y respeto, así también deseos de colaborar y organizar actividades conjuntamente con los demás empleados y directivos

estableciendo las medidas necesarias y precisas que brinden seguridad tanto a los ancianos como a ellos mismos.

4) *Innovar Proyectos de Investigación Geriátrica y Gerontológica.*

De igual manera, es preciso crear una conciencia profesional que permita dar pauta a nuevos proyectos de investigación geriátrica y gerontológica que den solución a las diversas necesidades de los ancianos que día con día se agregan a nuestra sociedad. La participación decisiva de las diferentes instancias educativas y sociedades científicas en nuestro país pueden visualizar nuevos panoramas en este campo.

Todas las alternativas aquí propuestas, brindan diferentes opciones de investigación dentro de las cuales el psicólogo puede participar con aportaciones reales de llevar a la práctica.

7.4.1 *SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION GERONTOLOGICA.*

Sabemos que cualquier cambio estructural para que sea radical, implica tiempo, dinero y esfuerzo por parte de nuestras autoridades así como del personal técnico y profesional interesado.

El SNS necesita tener un carácter integral pleno para que a partir de éste se puedan tomar las medidas necesarias que modifiquen las diferentes áreas estudiadas conforme al Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.

El Sector Salud no sólo debe atender los aspectos de salud, nutrición medio ambiente, bienestar social y seguridad social aún sean considerados estos como los más prioritarios, pues también requieren que sean cubiertas las necesidades de protección al anciano como consumidor, que precisa de un hogar, una familia, un ingreso, un empleo y educación que le permita desenvolverse y adaptarse a las circunstancias que le rodean.

Las alternativas aquí planteadas están circunscritas dentro del enfoque comunitario que está a favor de la desinstitucionalización mientras el anciano cuente con la mayoría de sus posibilidades psicosociales que le permitan mantener un nivel de calidad de vida aceptable.

La participación del DIF como organismos rector de la Asistencia Social en México ha sido determinante para favorecer a miles de ancianos que habitan en la República Mexicana, no obstante pese a los esfuerzos realizados y los logros obtenidos

es más que indispensable la conformación de lo que a bien podría llamarse el *Sistema Integral de Atención Gerontológica* en apoyo a la vejez mexicana. Este sistema podría coordinar todas las acciones sociales de las diferentes instituciones tanto públicas como privadas y de índole filantrópico para que estas se puedan desarrollar con mayor excelencia evitando la duplicación de esfuerzos independientes y asimismo ampliar la cobertura de atención a más lugares en los que aún no cuentan con este tipo de servicios.

México es un país que aún padece marcadas diferencias de los niveles de salud de su población, pues se presenta un contraste extremo entre la patología del hombre pobre y la del que disfruta de la abundancia. En tanto que algunos sectores de la población sufren deficiencias en la satisfacción de necesidades básicas, otros son víctimas de las consecuencias del exceso; mientras que ciertos grupos están capacitados para tener acceso a tres o más instituciones de atención a la salud, existen áreas en donde ni siquiera los servicios mínimos de atención se encuentran disponibles. Ante este panorama se hace indispensable la *integración de los servicios de salud* de manera que sea posible ofrecerlos a todos los mexicanos de acuerdo a sus necesidades.

No podemos consolidar un SNS hasta que verdaderamente se cumpla con la expectativa real de alcanzar la cobertura total de los servicios de salud y más específicamente hasta que se logre un servicio gerontológico integral de carácter nacional que cubra las necesidades de los ancianos de cada estado de la República.

Hasta ahora se han aceptado en México la existencia de dos sistemas diferentes de salud: uno para aquellos que tienen acceso a los servicios de medicina privada o de seguros sociales, y otro, para quienes lo tienen únicamente, y en forma precaria, a las instituciones de asistencia pública. Además de estos, emerge actualmente otro enfoque: apoyar un desarrollo equilibrado y armónico mediante el reconocimiento de que el *derecho a la salud* debe traducirse en la *protección de la salud*, que implica la accesibilidad de la población a servicios integrales homogéneos, completos, escalonados y permanentes, y de que la atención igualitaria es un requisito para la democratización de la sociedad. Esta ha sido la base para aceptar dicho derecho en los planes globales de desarrollo, identificando el concepto de *salud* como el disfrute de un estado de bienestar integral, biológico, psicológico y social.

La existencia de grupos sociales cuya salud no se protege, generalmente coincide con las características de marginalidad socioeconómica. El concepto de atención igualitaria determina la necesidad de realizar acciones para proteger a todos los habitantes del país.

Es indiscutible la responsabilidad del Estado para proteger la salud de los ancianos a través de sistemas técnicamente eficaces y eficientes que contribuyan a disminuir la marginalidad de las comunidades, sobre todo aquellas que cuentan con un gran número de ancianos.

El establecer un sistema integral de seguridad parte del supuesto de que la seguridad es un asunto de todos y se debe fomentar en todo momento y en todos los niveles.

Es indispensable que todos los que estamos interesados en el campo de la prevención gerontológica, modifiquemos las perspectivas de atención y seguridad no sólo en nuestro ámbito laboral, sino en todas las áreas de nuestra vida.

Para lograr un sistema integral de seguridad, deben desaparecer la desconfianza y desobediencia, así como actitudes negativas, ambivalentes y en ocasiones mal intencionadas que originan con frecuencia conflictos. Las acciones que se ejecuten no deberán ser aisladas, de lo contrario producirán efectos pobres o incompletos. Solo una acción global, donde combinen diversos métodos podrá ejercer una acción significativa. La seguridad y la prevención deben exceder los muros institucionales y llegar hasta el hogar, la familia y la sociedad. Para lograr un programa verdadero de seguridad y prevención se hacen necesarias acciones conjuntas y permanentes que garanticen un ambiente inocuo donde no haya ocasión u oportunidad de riesgo (Peniche L., C. y Ruiz A., I., 1985).

Debe recordarse que la integración de los servicios de salud es un proceso dinámico que, a lo largo de su desarrollo, podrá modificarse y reorientarse de acuerdo con las soluciones que se dan a los diversos problemas que se susciten durante su puesta en práctica y en función de la evaluación de los resultados obtenidos. La integración de los servicios de salud no es una finalidad en sí misma sino un medio para favorecer prestaciones de salud integral a nuestra población.

El propósito fundamental de la integración de los servicios de salud es ampliar la cobertura y utilizar al máximo los recursos disponibles. La integración ha dejado de ser conveniente, para hacerse indispensable. Es imposible que pueda realizarse todo lo que se desea de una sola vez; lo importante es ver que ya se ha tomado la decisión de proseguir hacia una meta prevista y que ha sido posible encontrar una ruta para alcanzarla. La aplicación de los incrementos será importante para avanzar en ese sentido. Por eso se recomienda emprender ya, el camino hacia un SNS efectivo conforme a nuestras necesidades cambiantes.

Los psicólogos tenemos mucho por hacer en este campo, pues no podemos quedarnos con los brazos cruzados contemplando el devenir de nuestro acontecer histórico.

Las acciones sociales gerontológicas en nuestro país tienen que ser restauradas y renovadas para incluirse dentro de un enfoque integral alternativo. Las medidas que fueron expuestas a lo largo de este trabajo de investigación documental prometen una visión alentadora para mejorar la calidad de vida de los ancianos mexicanos.

Los psicólogos así como los demás profesionales vinculados en este campo de trabajo debemos actuar con determinación empleando todas las medias que sean necesarias para favorecer a los miles de ancianos que viven hoy en nuestros días, como los millones que existirán dentro de un no muy largo tiempo.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las mayores limitantes de la presente propuesta integral es que dado a la exhaustividad de la misma, en algún momento podría pensarse que no puede cubrirse, ya que requiere del esfuerzo colectivo de las diferentes instituciones gerontológicas que existen en el país. Sin este apoyo sería difícil y hasta imposible lograr tener una amplia cobertura de atención sobre todo porque se puede correr el riesgo de que se excluyan las comunidades rurales y suburbanas de muy escasos recursos en donde se encuentran un buen número de ancianos, y por otro lado, si las instituciones decidieran trabajar con ella independientemente, volveríamos a caer en la cuenta de que nuevamente se estén duplicando las acciones. Asimismo las propuestas que se pongan en práctica tendrán que ser financiadas por las instituciones y no individualmente.

Esta investigación no es un trabajo de campo en el sentido estricto del término, pero sí constituye una importante aportación para realizar proyectos de este tipo a largo plazo.

Lo que sí bien es cierto, es que tal vez una de las mayores limitantes que podríamos contemplar, es que todos los programas aquí descritos quedan sólo a la letra como propuestas, y aunque están llevándose a cabo o más aún, el que puedan mejorarse, implica un estudio e investigación más detallada sobre la evaluación del impacto social de cada una de las acciones. En este sentido hablaríamos de la necesidad de iniciar un trabajo de investigación encaminado a evaluar los programas gerontológicos.

Una sugerencia importante que podría hacerse para el desarrollo de otra futura investigación, ya que no fue un tema que se trató dentro de la presente, sería el consolidar un sistema preventivo o preparatorio de afrontamiento a la muerte. Si hablamos de mejorar las condiciones de atención para que los ancianos gocen de una vida digna, de igual manera resulta ser no menos importante, el que puedan tener una muerte digna y aquí en este aspecto es indiscutible la intervención del psicólogo, tanto intra como interdisciplinariamente, no solo como una perspectiva sino como una participación activa real dentro de las diferentes áreas de la psicología, realizando acciones específicas.

Por ejemplo en el campo clínico se pueden llegar a desarrollar actividades tanto a nivel individual como familiar y/o comunitario que vayan desde orientación, apoyo psicológico o atención psicoterapéutica que promuevan un cambio de actitudes más favorables al respecto.

Dentro del área educativa pueden implementarse actividades de aprendizaje que ayuden a asimilar la muerte misma como un proceso inevitable pero que requiere de una actitud positiva que permita anticipar los pendientes previos a esta.

Laboralmente pueden llevarse a cabo acciones que no sólo faciliten una pensión o jubilación digna sino una tranquilidad a futuro que se vea encausada por necesidades de motivación y logro.

Socialmente lo que es indispensable es que se pueda consolidar una formación de valores que ayude a tener una mejor idiosincrasia con respecto a lograr una adaptación a la vida cercana a la muerte, ya que no es fácil de insertar.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR, M. J. (1990). *La Acción Social a Nivel Municipal*. Buenos Aires, Hvmantitas, Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas.
2. AGUIRRE HUACUJA, Enrique (1994). *La Corresponsabilidad Operativa en la Atención Primaria de la Salud. Salud Pública de México*. 36, (2), Mar-Abr.
3. ANDER EGG, Ezequiel (1980). *Historia del Trabajo Social*. Buenos Aires, ECRO.
4. ANDER EGG, Ezequiel (1990). *Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad*. 10a. ed., México, El Ateneo.
5. ANDERSON, Delwin y MORRIS, Robert (1975). *Personal Care Services: An Identity for Social Works. Social Service Review*.
6. ANDRADE del ROSAL, Marta (1985). *Prestaciones Sociales a los Jubilados. Primer Seminario de Asistencia Social al Anciano en México*. Memorias, México, DIF.
7. ARCE AMIEVA, Carlos E. y HERNANDEZ TORRES, Francisco (1993). *Desarrollo de la Gerencia de los Sistemas Locales de Salud. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud*. Memorias, México, IMSS, Solidaridad, AMAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.
8. BANOOB, Samir N. (1992). *Training Needs and Services for Elderly Care in Developing Countries: Models from Romania, Barbados and Kuwait. International Journal Aging and Human Development*. 34, (2).

9. BAZ DIAZ LOMBARDO, Gustavo (1993). *La Atención Primaria a la Salud, Plataforma de los Sistemas Locales de Salud. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud*. Memorias, México, IMSS, Solidaridad, ANAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.
10. BIENNEN, Barrie (1985). *Older Adult Activities in Australian. Convergence*. Australia, XVIII, (1-2).
11. BIENNEN, Barrie (1986). *Actividades Educativas Multifacéticas para los Australianos Entrados en Años. Ageing International*. Boletín Informativo de la Federación Internacional de la Ancianidad y del Centro de Intercambio Internacional sobre Gerontología de la Universidad del Sur de Florida. XIII, (1). Abril.
12. BLEGER, J. (1982). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires, Paidós.
13. BRAVO WILLIAMS, Samuel G. (1981). *El Asilo de los Ancianos en México*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 16, (4).
14. BRAVO WILLIAMS, Samuel (1989). *Banco de Datos Gerontológicas para Latinoamérica. Revista Gerontológica Latinoamericana*. 1, (1), Año 1. Jun-Sep.
15. BROCKLEHURST, J. C. (1991a). *Day Care for Elderly People in the 1990's*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 26, Suplemento 1. Septiembre.
16. BROCKLEHURST, J. C. (1991b). *The Value of Geriatric Day Hospitals: A Problem in Operational Research*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 26, Suplemento 1. Sep.
17. BRYAN, Jack (1985). *Atención Primaria de Base Comunitario: Fundamento de Atención a la Salud. Hacia el Bienestar de los Ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Publicaciones Científicas. (492).

18. BUENROSTRO DE LA PEÑA, Jaime (1988). *Programas Estatales de Atención al Anciano. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias, México, DIF.
19. CAMACHO SOLIS, Rafael (1993). *La Comunicación en la Atención Primaria a la Salud. V CONGRESO NACIONAL DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD*. Memorias. México, IMSS, Solidaridad, ANAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.
20. CAMARENA BOLAÑOS, J. M. (1988). *Casas Hogar para Ancianos Enfermos Crónicos. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances en la Atención del Anciano en México*. Memorias, México, DIF.
21. CANO VALLE, Fernando (1988). *Proyecto de Plan de Estudios para la Especialización en Geriatria. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
22. CARDONA LASTRA, Teresa y DULCEY RUIZ, Elisa (1990). *Encuesta sobre las Implicaciones Socioeconómicas del Envejecimiento en América Latina*. Colombia, Centro de Psicología Gerontológica, Universidad Javeriana.
23. CARMONA GARCIA, Juan Ignacio (1985). *La Asistencia Social en la España de los Austrias. De la Beneficencia al Bienestar Social: Cuatro Siglos de Acción Social*. Seminario de Historia de la Acción Social. Serie Documentos. Madrid, Siglo XXI.
24. CATES, Norman (1993). *Trends in Care and Services for Elderly Individuals in Denmark and Sweeden. International Journal Aging and Human Development*. Orangeburg, New York, Dominican College, 37, (4).
25. Central Office of Information (1977). *Los Servicios de Sanidad en el Reino Unido*. Londres, Autor.
26. Centro Internacional de Gerontología Social (1980). *Programas Municipales en Favor de las Personas de Edad*. París, Autor.

27. *Código Civil para el Distrito Federal* (1989). *Leyes y Códigos de México*, 57a ed. México, Porrúa.
28. COLLADA CASTILLO, Raymundo (1983). *Modelos de Asistencia Social al Anciano sin Protección de su Familia. I Seminario de la Asistencia Social del Anciano*. Memorias. México, DIF.
29. Comisión Nacional de Derechos Humanos (s. a.). *Principales Derechos en la Tercera Edad*. Folleto Informativo. México, Autor.
30. Comité Español para el Bienestar Social (1986). *Los Servicios Asistenciales y Sociales de Atención Primaria*. Buenos Aires, Humanitas, Colec. Desarrollo Social.
31. Comité Nacional Alemán (1976). *Informe del Comité Nacional Alemán. Conferencia Internacional sobre el Bienestar Social*. San Juan, Puerto Rico, Julio.
32. COMLAT (1989). *Gerontología Latinoamericana*. Revista del Comité Regional Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología. Año 1, 1, (1). Jun.-Sep.
33. Comisión Federal Electoral (1987). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Secretaría Técnica. México, Talleres Gráficos de la Nación.
34. CONTRERAS BARRIGA, Artemio, et. al. (1989). *Centro de Geriatria y Gerontología: Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México*. DIFEM *Revista Gerontología Latinoamericana*. Año 1, 1, (1). Jun.-Sep.
35. CONTRERAS DE LEHR, Esther (1985). *Informe del Seminario Interregional para Promover la Implementación del Plan de Acción sobre el Envejecimiento*. Inédito, Kiev, Rep. de Ucrania, Unión de Repúblicas Socialistas.
36. COPLAMAR (1989). *Necesidades Esenciales en México: Situación Actual y Perspectivas*. 4a. ed., México, Siglo XXI.

27. *Código Civil para el Distrito Federal* (1989). *Leyes y Códigos de México*, 57a ed. México, Porrúa.
28. COLLADA CASTILLO, Raymundo (1983). *Modelos de Asistencia Social al Anciano sin Protección de su Familia. I Seminario de la Asistencia Social del Anciano*. Memorias. México, DIF.
29. Comisión Nacional de Derechos Humanos (s. a.). *Principales Derechos en la Tercera Edad*. Folleto Informativo. México, Autor.
30. Comité Español para el Bienestar Social (1986). *Los Servicios Asistenciales y Sociales de Atención Primaria*. Buenos Aires, Humanitas, Colec. Desarrollo Social.
31. Comité Nacional Alemán (1976). *Informe del Comité Nacional Alemán. Conferencia Internacional sobre el Bienestar Social*. San Juan, Puerto Rico, Julio.
32. COMLAT (1989). *Gerontología Latinoamericana*. Revista del Comité Regional Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología. Año 1, 1, (1). Jun.-Sep.
33. Comisión Federal Electoral (1987). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Secretaría Técnica. México, Talleres Gráficos de la Nación.
34. CONTRERAS BARRIGA, Artemio, et al. (1989). *Centro de Geriatria y Gerontología: Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México*. DIFEM *Revista Gerontología Latinoamericana*. Año 1, 1, (1). Jun.-Sep.
35. CONTRERAS DE LEHR, Esther (1985). *Informe del Seminario Interregional para Promover la Implementación del Plan de Acción sobre el Envejecimiento*. Inédito, Kiev, Rep. de Ucrania, Unión de Repúblicas Socialistas.
36. COPLAMAR (1989). *Necesidades Esenciales en México: Situación Actual y Perspectivas*. 4a. ed., México, Siglo XXI.

37. CRAVIOTO MUÑOZ, Joaquín (1988). *Proyectos de Investigación Gerontológica. VI Seminario de Asistencia Social en Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias, México, DIF.
38. CUARON SANTIESTEBAN, J. M. (1988). *El Papel de la Junta de Asistencia Privada. VI Seminario de la Junta de Asistencia Social al Anciano en México*. Memorias, México, DIF.
39. CHAVEZ AGUILAR, Victor (1993). *La Formación de Recursos Humanos en los Grupos Multidisciplinarios para la Atención Primaria a la Salud. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud*. Memorias, México, IMSS, Solidaridad, AMAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.
40. DE LA CRUZ VERA, Sadot (1988). *Logros y Avances de la Atención al Anciano en México: Presentación del Seminario. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
41. *Diario Oficial: Organo del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos* (1983a). CCCXCIV, (6). México, Jueves 9 de Enero.
42. *Diario Oficial: Organo del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos*. CCCLXXVI, (24). México, Jueves 3 de Febrero.
43. DIESENBACHER, H. (1988). *Self-Help Initiatives Among the Elderly and their Contribution to a Social Culture for Later Life. Bulletin on Aging*. (2), Viena, Austria, Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios.
44. D' HYVER DE LAS DESES, Carlos (1985). *Aportes Institucionales a la Asistencia Social al Anciano. III Seminario de Asistencia Social al Anciano: La Tercera Edad Vida en Dignidad*. Memorias. México, DIF.
45. DIF (1983). *Resumen y Conclusiones. I Seminario de Asistencia Social al Anciano en México*. Memorias. México, autor.

46. DIF (s. a.). *Qué hace el DIF por México: El Compromiso de Servir a Quienes más Necesitan*. México, Autor.
47. Dirección de Prensa y Cultura del Ministerio de Relaciones Exteriores de Dinamarca (1979). *Dinamarca Hoy Día*. Copenhague, Autor.
48. DORON, Abraham (1976). *Cross National Studies of Social Service Systems Israel Reports*. New York, Columbia University Schools of Social Work 1
49. DURAN ARENAS, L. y YEPES, F. J, (1994). *Bases Conceptuales para una Gestión Empresarial de los Sistemas Locales de Salud. Salud Pública de México* 36, (2). Mar.-Abr.
50. EDWARDH, Joey (1989). *La Vejez en América Latina: Necesidad de un Programa Social*. Inédito, Costa Rica, CEPAL-Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
51. FAC (1992). *Integrando Fe y Obras: Realizaciones y Acciones Septiembre 1985-Diciembre 1992*. Cuadernos de Divulgación y Análisis. México, Fundación para el Apoyo de la Comunidad-Arquidiócesis de México, CARITAS.
52. FAC (1993). *Un Hogar para el Anciana en Nuestro Barrio: Octubre de 1990-Septiembre 1993*. Cuadernos de Divulgación y Análisis (5). México, Fundación para el Apoyo de la Comunidad-Arquidiócesis de México, CARITAS.
53. Familia Cristiana (1980). *Los Abuelos de la Hebraica. Revista Familia Cristiana*. Año XLVIII, (1711), Marzo. Argentina. Autor.
54. FIV, (1991). *Declaración de la Federación Internacional de la Vejez Sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad*. Folleto Informativo. Washington D.C. Autor.
55. FLAMM, Franz (1974). *Social Service and Social Work in the Federal Republic of Germany*. Tr. Brandeis, Annete Francfort, Eigenverlag des Deutschen Verneins für Öffentliche und Private Fürsorge.

56. FLORES ALVARADO, Angel (1993). *Interacción de Equipos de Salud-Comunidad. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud*. Memorias. México, IMSS, Solidaridad, AMAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.
57. FLORES GONZALEZ, Ma. Luisa (1986). *Antecedentes de la Ayuda en el Mundo y en México*. México, UNAM-ENTS.
58. FOURNIER, Jacques y QUESTIAUX, Nicole (1976). *Traite du Social*. París Dalloz.
59. FRIEDLANDER, Walter (1989). *Dinámica del Trabajo Social*. 7a. ed. México, Pax-México.
60. GEMAC (1989). *GEMAC: Sociedad de Geriatría y Gerontología de México, A.C. Doce Años de Trabajo*. México, Autor.
61. GEMAC, (1994). *Diplomado en Gerontología*. Boletín Informativo. México, Autor, Dirección de Educación Continua.
62. GODOY, Emma (1983). *Programas para Ancianos con Protección Familiar. I Seminario de la Asistencia Social al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
63. GOMEZJARA, Francisco (1983). *Salud Comunitaria: Teoría y Técnicas*. México, Ediciones Nueva Sociología.
64. GONZALEZ, Gonzalo (1988). *Historia de la Atención Gerontológica en el Ecuador*. Ecuador. Inédito.
65. GONZALEZ ARAGON, Joaquín (1988). *Avances de la Atención Gerontológica en México. VI Seminario de la Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
66. GONZALEZ BRAVO, Gustavo A. (1988). *Casas Hogar. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.

67. GRACIAMEDRANO, Mónica (s. a.). *Status de Casas Hogar para Ancianos, Casas de Reposo, el Asilo. Programas Gubernamentales*. Inédito, México, GEMAC.
68. GUERRERO LOPEZ, Euquerio (1985). *Alternativas de Atención al Anciano. III Seminario de Asistencia Social al Anciano: La Tercera Edad, Vida en Dignidad*. Memorias. México, DIF.
69. GUERRERO LOPEZ, Euquerio (1988). *El INSEN: Programas y Logros. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención del Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
70. GUNTVEDT, Odd H. (1985). *Services, Housing and Institutions for the Elderly in Norway*. *Narsk Gerontologisk Institutt*. Junio.
71. GUNTVEDT, Odd H. (1986). *Servicios, Vivienda e Instituciones para las Personas Entradas en Años en Noruega*. *Ageing International*. Boletín Informativo de la Federación Internacional de la Ancianidad y del Centro de Intercambio Internacional sobre Gerontología de la Universidad del Sur de Florida. XIII, (1). Abril.
72. GUTIERREZ GUERRERO, M. Guadalupe (1984). *Experiencia del Programa de Atención Integral del Anciano en Jalisco. II Seminario de Asistencia Social al Anciano: La Tercera Edad, Vida en Dignidad*. Memorias, DIF.
73. GUTIERREZ ROBLEDO, Luis M. Comp. (1993). *La Salud del Anciano*. México, Instituto Nacional de la Nutrición. Versión Preliminar.
74. HARBERT, W. B. (1989). *Care in a Post Industrial Society*. England, Avon County Council, Inédito.
75. HARDY, Clarisa (1985). *Estrategia Organizada de la Subsistencia: Los Sectores Populares Frente a las Necesidades en Chile. Programa de Economía del Trabajo*. Documento de Trabajo (41), Santiago de Chile, Academia de Humanismo Cristiano.

76. HARRINGTON, C. and NEWCOMER, R. J. (1991). *Social health maintenance organizations' service use and cost, 1985-89. Health Care Financing Review.* 12.
77. HERRASTI MACIA, Lourdes (1983). *Modelos de Asistencia Social a Ancianos dentro de la Seguridad Social. El Caso del Instituto Mexicano del Seguro Social I Seminario de Asistencia Social al Anciano en México.* Memorias. México, DIF.
78. HILDICK-SMITH, M. (1991). *Why Day Hospital? The Place of the Day Hospital within a Comprehensive Geriatric Service, Comparative Cost and Reasons for Patients Attendance. Revista Española de Geriatría y Gerontología.* 26, Suplemento I. Septiembre.
79. HOY PICK, Lim (1985). *Programs for Senoir Citizens in Singapore. Convergence.* XVIII, (1-2).
80. HOY PICK, Lim (1986). *La Educación por las Personas Entradas en Años y para Ellas en Diferentes Etapas de Desarrollo. Ageing International.* Boletín Informativo de la Federación Internacional de la Ancianidad y del Centro de Intercambio Internacional sobre Gerontología de la Universidad del Sur de Florida. XIII, (1). Abril.
81. INEGI (1993). *La Tercera Edad en México.* 2a. ed., México, Autor.
82. INSEN (1982). *Acción y Proyección del INSEN.* México, Autor.
83. IÑIGUEZ E., Guadalupe (1981). *Lineamientos Generales para el Otorgamiento de Ayudas Económicas. Primer Seminario sobre Problemas de Vejez.* Memorias. México, Unión de Instituciones de Asistencia Privada.
84. JACKSON RAMIREZ, Enrique (1993). *Políticas Nacionales de Desarrollo y la Atención Primaria a la Salud. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud.* Memorias. México, IMSS, Solidaridad, ANAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.

85. JANOWITZ, Morris (1976). *Social Control of the Welfare State*. Nueva York. Elsevier Scientific Publishing Co. Inc.
86. JIMENEZ HERRERO, Fernando (1989). *Aspectos Sociosanitarios de la Asistencia Actual del Anciano en España*. España, Inédito.
87. JIPING, Wang (1992). *Community Services in China*. China. Shanxi Senior Citizens Welfare Commissions.
88. JOICFP, (1992-93). *Japan. JOICFP News*. Japón, Autor. Nov.-Ene.
89. Junta de Asistencia Privada (1986). *Memoria del Primer Simposium sobre la Asistencia Privada*. México, Autor.
90. Kahn, Alfred J. (1976). *Service Deliberly at the Neighborhood Level: Experience, Theory and Fads*. *Social Service Review*. L, (1).
91. KAHN, Alfred y KAMERMAN, Sheila B. (1976). *Social Service in the United States*. Filadelfia, Temple University Press.
92. KAHN, Alfred J. y KAMERMAN, Sheila B. (1987). *Los Servicios Sociales desde una Perspectiva Internacional: El Sexto Sistema de Protección Social*. Estudios Comparados de Diferentes Sistemas Nacionales de Servicio Social. Madrid. Siglo XXI de España, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
93. KRAMER, Ralph M. (1976). *The Voluntary Service Agency in Israel*. *Research Series*. (26), Berkeley, California, Institute of International Studies.
94. LANE, David y KOLANKIEWICS, George (1973). *Social Groups in Polish Society*. Nueva York, Columbia University Press.
95. KROTKI, K. (1987). *Tercera Edad en Costa Rica: Perfil Sociodemográfico. Evolución, Situación Actual y Perspectivas*. *Seminario de Investigación sobre el Envejecimiento en Costa Rica*. San José.

96. KUMATE RODRIGUEZ, Jesús; SEPULVEDA AMOR, Jaime et. al. (1994). *Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: Proyecto de Desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias. Salud Pública de México*. Informe de Actividades 1994 del Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias. 36, (6). Nov.-Dic.
97. LEON PORTILLA, Miguel (1984). *La Vejez en el México Prehispánico. Segundo Seminario de Asistencia Social al Anciano: La Tercera Edad, Vida en Dignidad*. Memoria. México, DIF.
98. *Ley del Seguro Social* (1988). *Leyes y Códigos de México; Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado; Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y Disposiciones Complementarias*. 43 ed., México, Porrúa.
99. *Ley del Seguro Social IMSS*. (1995). Seguridad y Solidaridad Social. Dirección Jurídica, Coordinación General de comunicación Social. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de diciembre de 1995.
100. LITVACK, J. (1989). *Estrategia de la Organización Mundial de la Salud para el Adulto Mayor. Congreso: Creciendo hacia la Vejez*. Conferencia. Santiago de Chile.
101. Ljusdal Hospital (1991). *Personal Communication*. Ljusdal, Sweden, Autor.
102. LOPEZ ARDINES, J. Fernando (1993). *Insectorialidad. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud*. Memorias. México, IMSS, Solidaridad, AMAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.
103. LUNA RESENDIZ, Rodolfo (1988). *Experiencia de Egresados de la Especialidad de Geriatria. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
104. MANTEROLA MARTINEZ, Alejandro (1983). *La Asistencia Jurídica del Anciano. I Seminario de Asistencia Social al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.

105. MARCHIONI, Marco (1989). *Planificación Social y Organización de la Comunidad: Alternativas Avanzadas a la Crisis*. 4a. ed., Madrid, Popular
106. MARIN DE ARRACHE, Laura (1985). *Alternativas de la Atención al Anciano III Seminario de Asistencia Social al Anciano: La Tercera Edad, Vida en Dignidad*. Memorias. México, DIF.
107. MARTINEZ MATIELLA, Gastón (1988). *Programas de Seguridad Social a Jubilados. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
108. MEDRANO, Martín A. (1992). *Situación de la Gerontología y Geriatria en la República Dominicana. Revista Española de Geriatria y Gerontología* 27, (8) Diciembre.
109. MIRANDA PELAYO, J. (1985). *La Situación del Anciano: Aspectos Socioculturales. I Seminario de la Asistencia Social del Anciano en México*. Memoria. México, DIF.
110. MORALES MANCERA, J. (1988). *Casas Hogar para Ancianos. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances en la Atención del Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
111. MORAZZANI B., Haydeé (1988). *Un Modelo para la Atención Integral de la Vejez: Hacia una Mejor Calidad de Vida*. Caracas, Venezuela, Inédito.
112. MUIR GRAY, J. A. (1985). *Éxitos y Fracasos de la Atención al Anciano Hacia el Bienestar de los Ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Publicaciones Científicas. (492).
113. NAVE, Simone (1979). *La Situación de las Personas de Edad en Bélgica*. Bélgica, Inédito.

114. NICOLA, Pietro de (1990). *El Problema de la Asistencia Socioeconómica al Anciano en Europa*. Inédito. Italia Instituto de Geriatria de la Universidad de Pavia.
115. OIT (1992). *La OIT y las Personas de Edad*. Ginebra, Suiza, Publicaciones de la OIT-Oficina Internacional del Trabajo
116. OLAV DAATLAND, Svein (1985). *Care of the Aged in the Nordic Countries: Trends and Policies in the Last Two Decades. Congreso Internacional de Gerontología*. Nueva York, Inédito. Conferencia. Julio
117. OLAV DAATLAND, Svein (1986). *Los Países Nórdicos Ponien Interés Particular en la Atención Comunitaria. Ageing International*. Boletín Informativo de la Federación Internacional de la Ancianidad y del Centro de Intercambio Internacional sobre Gerontología de la Universidad del Sur de Florida. XIII, (1). Abril.
118. ONU (1982-1983). *Vienna International Plan of Action on Aging*. New York, Autor, United Nations Centre for Social Development and Humanitarian Affairs.
119. ONU (1992a). *Boletín Sobre el Envejecimiento*. Viena, Austria. Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de la Oficina de las Naciones Unidas. (2).
120. ONU (1992b). *Bulletin of Ageing*. Vienna, Austria, United Nations Office at Vienna, Centre for Social Development and Humanitarian Affairs.
121. ONU (1993a). *Boletín sobre el Envejecimiento*. Viena, Austria, Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena. (1).
122. ONU (1993b). *Bulletin on Ageing*. Vienna, Austria. United Nations Office at Vienna, Centre for Social Development and Humanitarian Affairs. (2).

123. PACHECO ESCOBEDO, Carlos R. (1988). *Normas Técnicas de Asistencia Social al Anciano. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
124. PAPESHI, A. J. (1979). *La Unidad de la Clínica Geriátrica en el Hospital General de Aguado. Segundo Congreso Argentino de Geriatria y Gerontología*. Memorias.
125. PASSANANTE, M. Inés (1983). *Políticas Sociales para la Tercera Edad*. Buenos Aires, Hymánitas.
126. PENICHE LARA, Carlos A. y RUIZ ASCENCIO, Irene. (1985). *Psicología de los Accidentes*. México, Continental.
127. PINEDA SORIA, R., MARTINEZ GOMEZ, J. M. y RODRIGUEZ RODRIGUEZ, P. (1990). *Informe sobre la Atención a la Tercera Edad en Diferentes Paises Europeos. Revista Española de Geriatria y Gerontología* 25, (1).
128. PIZANO KARAM, Virginia (1988). *Programas Estatales de Atención al Anciano. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
129. Poder Ejecutivo Federal (1983). *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*. México, Talleres Gráficos de la Nación, Secretaría de Programación y Presupuesto, Subsecretaría de Planeación del Desarrollo.
130. Poder Ejecutivo Federal (1989). *Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994*. México, Talleres Gráficos de la Nación, Secretaría de Programación y Presupuesto, Subsecretaría de Planeación del Desarrollo y del Control Presupuestal.
131. Poder Ejecutivo Federal (1995). *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*. México, Talleres Gráficos de México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

132. Presidencia de la República (1986). *Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social*. México, Autor
133. *Programa Nacional de Solidaridad* (1994). *Información Básica sobre la Ejecución y Desarrollo del Programa. Del 1o. de Diciembre de 1988 al 31 de Agosto de 1994*. México, SEDESOL, Secretaría de la Contraloría General de la Federación, Miguel Angel Porrúa.
134. QUINTERO MOLINA, Rodrigo (1992). *La Gerontología en Latinoamérica. Referencia al Caso de Venezuela. Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 27, (8). Diciembre.
135. QUIJANO NAREZO, Manuel (1988). *Propuestas Nacionales al Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
136. RADCLIFFE, David (1985). *Universities of the Third Age: An International Perspective. Convergence*. XVIII, (1-2).
137. RADCLIFFE, David (1986). *Proliferan las Universidades de la Tercera Edad. Ageing International*. Boletín Informativo de la Federación Internacional de la Ancianidad y del Centro de Intercambio Internacional sobre Gerontología de la Universidad del Sur de Florida. XIII, (1). Abril.
138. RAMIREZ HERNANDEZ, Nashieli (1993). *Formación y Capacitación de Voluntarios. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud*. Memorias. México, IMSS, Solidaridad, AMAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.
139. RAMIREZ MARTINEZ, M. Angeles (1989). *Entrenamiento de Personal y de Voluntarios. Motivación de Estudiantes. XIV Congreso Internacional de Gerontología. Series Latinoamericanas II*. Ponencia. Junio.
140. RAMOS TROCONIS, Amet (1988). *Programas Estatales de Atención al Anciano. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF

141. RANGEL LOPEZ, Luz Esther (1988). *Programas Comunitarios. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
142. RAZETO M., Luis (1984). *Economía de Solidaridad y Mercado Democrático. Programa de Economía del Trabajo*. Santiago de Chile. Academia de Humanismo Cristiano.
143. ROCABADO, Fernando y SOTELO, Juan Manuel (1994). *Salud desde el Municipio. Una Estrategia para el Desarrollo. Salud Pública de México* 36. (4) Jul-Ago.
144. RODGERS, Barbara (1976). *Cross National Studies of Social Service System United Kingdom Reports*. New York, Colombia University School of Social Work. II, Report VIII.
145. RODRIGUEZ VELIZ, A. M. (1989). *La Psicología Social en la Aplicación de Atención Primaria en Poblaciones Rurales Marginadas. Fundamentos y Crónicas. Psicología Social Mexicana. Revista de la Sociedad Mexicana de Psicología Social*. Año 2, 3.
146. ROJAS SORIANO, R. (1990). *Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica*. México, Plaza y Valdés.
147. ROLD ANDERSEN, Bent (1986). *Un Enfoque Alternativo sobre el Envejecimiento: Aspectos de Política y Atención Institucional. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano*. Conferencia. México, DIF.
148. RUIZ PEREZ, Leobardo (1988). *Conclusiones y Recomendaciones. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
149. RUIZ PEREZ, Leobardo C. (1989). *La Atención del Anciano en México 1988. XIV Congreso Internacional de Gerontología*. Conferencia. México. GEMAC.

150. SAEZ PUEYO, Margarita (1988). *El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Organismo Rector de la Asistencia Social. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención del Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
151. SANCHEZ, Carmen Delia (1994). *Fortaleciendo los Sistemas de Apoyo Informal de las Personas de Edad Avanzada. XI Asamblea Anual del Capítulo de Puerto Rico de la National Association of Social Workers*. Recinto de Río Piedras, Universidad de Puerto Rico.
152. SANCHEZ RENERO, Juan (1983). *Asistencia Social al Anciano. I Seminario de la Asistencia Social al Anciano en México*. Memorias. México, DIF.
153. Secretaría de Salud (1983). *Hacia un Sistema Nacional de Salud: 1833-1983*. México, Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud, UNAM.
154. Secretaría de Salud (1984). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México, Autor.
155. Secretaría de Salud (1988a). *Historia de la Salud: Reseña Histórica 1982-1988*. México, Autor. I.
156. Secretaría de Salud (1988b). *Historia de la Salud: Reseña Histórica 1982-1988*. México, Autor. II.
157. Secretaría de Salud (1988c). *Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casos Hogar para Ancianos*. México, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.
158. Secretaría de Salud (1990). *Programa Nacional de Salud 1990-1994*. México, Autor.
159. Secretaría de Salud (1992). *Informe de Labores 1991-1992*. México, Autor.
160. Secretaría de Salud (1993a). *Informe de Labores 1992-1993*. México, Autor.

161. Secretaría de Salud (1993b) *Ley General de Salud*. 3a ed. México. Autor. Dirección General de Asuntos Jurídicos.
162. Secretaría de Salud (1994a). *Informe de Labores 1993-1994*. México. Autor
163. Secretaría de Salud (1994b) *La Salud de la Población en Edad Avanzada: Un Reto más hacia el Futuro*. México, Autor. (1). Cuadernos de Salud. Colección Población y Salud.
164. Secretaría de Salud - Universidad Nacional Autónoma de México (1986). *Hacia un Sistema Nacional de Salud: 1833-1983*. México. Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud
165. SENTIES DE BALLESTEROS, Yolanda. *Fundamentos Legales de la Atención al Anciano. VI Seminario de Asistencia Social al Anciano: Logros y Avances de la Atención al Anciano en México*. Memorias México, DIF.
166. SOBERON, Guillermo et. al. (1988a) *La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del Cambio Estructural*. México, Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de la Salud. 1.
167. SOBERON, Guillermo et. al. (1988b). *La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional: Asistencia Social*. México, Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de la Salud. 3, (2).
168. *SOCIAL WORK SERVICE*. Londres, Depto. de Salud y Seguridad Social. (6). Junio.
169. SOKALSKI, Henryk J. (1992). *World Assembly' 92: Improving the Human Condition. At the Forum: Un Targets on Ageing*. Washington, D. C. National Association of Social Workers International Federation of Social Workers.
170. SOLIS SAN VICENTE, Silvia (1988). *Políticas de Bienestar Social. Trabajo Social*. México, ENTS-UNAM. 33.

171. Statistics Canada (1991). *Caring Communities: Proceedings of the Symposium on Social Supports*. Ottawa, Ontario, Author. (89)
172. STOJAKOVIC, et. al. (1976). *Informe Yugoslavo VI. United Kingdom Reports*. New York, Colombia University School of Social Work. II, Report VIII.
173. TENORIO HERRERA, M. Carmen (s. a.) *Origen y Desarrollo del Trabajo Social en México*. Tesis, UNAM-ENTS.
174. TORRES DIAZ, Jorge (1987). *Historia del Trabajo Social* Buenos Aires. Hymánitas.
175. TOUT, Ken (1986a). *La Comunidad Frente a los Problemas del Envejecimiento en América Latina*. Inédito.
176. TOUT, Ken (1986b). *Organizando a la Comunidad para Empezar Acciones Respecto al Envejecimiento*. Inédito.
177. TOUT, Jay., y TOUT, Ken (1985). *Perspectives on Ageing in Belize: A Blueprint for a National Strategy on Ageing in a Developing Country*. Inglad, HelpAge International. Nov. 1984 - Feb. 1985.
178. TOUT, Jay. y TOUT, Ken (1986). *Crónica de un Exito de Belice. Ageing International*. Boletín Informativo de la Federación Internacional de la Ancianidad y del Centro de Intercambio Internacional sobre Gerontología de la Universidad del Sur de Florida. XIII, (1). Abril.
179. TRINIDAD FERNANDEZ, Pedro (1985). *Asistencia y Previsión Social en el Siglo XVIII. De la Beneficencia al Bienestar Social: Cuatro Siglos de Acción Social*. Seminario de Historia de la Acción Social. Colección Trabajo Social. Serie Documentos. Madrid, Siglo XXI.
180. TRUEBA URBINA, Alberto y TRUEBA BARRERA, Jorge (1989). *Ley Federal del Trabajo. Comentarios, Prontuario Jurisprudencia y Bibliografía*. 59 ed. México, Porrúa.

181. VALDES OLMEDO, Cuatémoc (1986). *Sistema Nacional de Salud: Avances y Perspectivas*. Cuadernos de la Secretaría de Salud México, Secretaría de Salud. (7).
182. VELAZQUEZ DIAZ, Georgina (1993). *Trabajo Organizado de la Comunidad. V Congreso Nacional de la Atención Primaria a la Salud*. Memorias. México. IMSS, Solidaridad, AMAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.
183. VELEZ CERVANTES, Jorge César (1993). *Tecnologías Generadas por la Comunidad. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud*. Memorias. México, IMSS, Solidaridad, ANAPS. Del 22 al 24 de Septiembre.
184. VIDELA, Marta (1991). *Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Argentina, Ediciones Cinco, Colec. Texto Contenido.
185. WARNESS, K. (1990). *Informal and Formal Care in Old Age. What is Wrong with the New Ideology in Scandinavia Today. Gender in Caring*. London - Harvester Wheatsheat, Ungerson.
186. WEISSERT, W. et. al. (1988). *The Past and Future of Home and Community - Based Long Term Care*. Sweden, The Milbank Quarterly.