

LOS ANCIANOS EN BARBADOS: PROBLEMAS Y POLÍTICAS¹

Farley S. Brathwaite²

Los datos empíricos sobre las condiciones de vida de los ancianos caribeños son muy escasos. A fin de ayudar a paliar esta escasez de información, al menos en el caso de Barbados, en 1982 se llevó a cabo una encuesta entre un grupo de 525 barbadenses de 65 años o mayores seleccionados al azar. En el presente artículo se resumen los datos derivados de esa encuesta con el propósito de esbozar el panorama de la situación social y económica de los ancianos barbadenses. Si bien es verdad que las circunstancias en que estos viven no se corresponden exactamente con lo que sucede en otros países, hay varios elementos comunes; en consecuencia, probablemente el método de estudio aplicado en este caso resulte útil para obtener información valiosa en otras partes.

Barbados es uno de los países más desarrollados del Caribe de habla inglesa. Su territorio es pequeño, con una superficie de tan solo 430 km² y una población cercana al cuarto de millón de habitantes (248 983 en 1980), lo que da como resultado una extraordinaria densidad demográfica de casi 579 personas por kilómetro cuadrado.

Tradicionalmente, la economía se ha basado en el monocultivo de la caña de azúcar, pero la situación se ha transformado mucho en los últimos años. En 1984, los principales componentes del producto interno bruto (PIB) eran el comercio al por menor (19,8%), los servicios públicos (14,2%), los servicios financieros y de seguros (13,0%), el sector manufacturero (12,7%) y el turismo (9,9%) (1).

El presente artículo se ocupa de los ancianos (definidos como las personas de 65 años o mayores) barbadenses y tiene los siguientes objetivos: 1) exponer las caracterís-

ticas demográficas de los ancianos de Barbados, haciendo hincapié en las pautas de crecimiento de dicho grupo; 2) describir sus características sociales, psicológicas y económicas, y 3) presentar un panorama de las políticas sociales que se están aplicando para hacer frente a los problemas de los ancianos, junto con una evaluación preliminar de estas.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

En los últimos cien años ha habido un notable aumento del número y la proporción de ancianos en Barbados. En 1871, el número de estos ascendía a 6 942; en 1921, a 13 299, y en 1980, a 25 601; para el año 2000 se prevé un aumento a cerca de 40 000. De manera semejante, los ancianos constituían apenas 4% de la población en 1871, pero ese porcentaje aumentó a 8,5% en 1921 y 10,5% en 1980, y para el 2000 se estima que llegará a 15% (2).

¹ Se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 24, No. 3, 1990, con el título "The elderly in Barbados: Problems and policies".

² Universidad de las Indias Occidentales, Facultad de Ciencias Sociales. Dirección postal. University of the West Indies, Faculty of Social Sciences, Department of Government, Sociology & Social Work, St Michael, Barbados.

Al comparar estos datos con estimaciones mundiales y regionales (3), se advierte que el tipo de crecimiento demográfico de los ancianos barbadenses se asemeja mucho más al de los países industrializados (donde en 1980 representaban 11,4% de la población total) que al de otros países del Caribe (donde ese mismo año constituían 6,2%) o de otras naciones en desarrollo (en los que la cifra correspondiente fue de 3,9%).

Como acontece en otros sitios, las modificaciones ocurridas durante el último siglo en Barbados pueden evaluarse en función de los cambios presentados por las tasas de mortalidad y fecundidad, la esperanza de vida y la emigración. Entre 1940 y 1980 la tasa de mortalidad se redujo de 26,7 a 8,6 por 1 000 (4), mientras que en el período 1921-1965 la esperanza de vida aumentó de 28,5 a 65,5 años para los varones y de 32,9 a 70,9 años para las mujeres (5). Por su parte, entre 1940 y 1980 la tasa de fecundidad disminuyó de 29,2 a 16,4 nacidos vivos por 1 000 habitantes (4). Por último, las estadísticas de emigración disponibles indican que entre 1951 y 1970 hubo una pérdida neta de 32 600 personas, la mayoría jóvenes (6); esta cantidad es considerable si se tiene en cuenta que la población total del país era de 193 680 habitantes en 1946 y de 236 891 en 1970.

La revisión de los datos del censo de población de 1980 que se presentan en el cuadro 1 indica que la mayoría de los ancianos eran de sexo femenino (60,1%), estaban casados (44,0%, frente a 27,3% de solteros y 26,3% de viudos) y tenían tan solo educación primaria (88,4%). Además, el censo de 1970 indicó que la mayoría de los ancianos (59%) vivían en hogares de una o dos personas.

Por otra parte, la comparación con la población general (véase el cuadro 1) puso de manifiesto que entre los ancianos era mayor la proporción de personas que:

Terminaron la enseñanza primaria (59,4 frente a 88,4%). (En este caso, se consideró como "población general" a todas las personas de 15 años o mayores que no estaban asistiendo a la escuela.)

Estaban legalmente casadas (30,9 frente a 44%).

Eran viudas (5,3 frente a 26,3%).

Pertenecían al sexo femenino (en la población general había 5,2% más mujeres; entre los ancianos, 20,2%).

Vivían en familias pequeñas (una o dos personas).

PROBLEMAS SOCIALES DE LOS ANCIANOS

Aunque en la sociedad caribeña se suele afirmar que la vejez es un período de gran dificultad para las personas, la recopilación de datos empíricos sobre la situación social de los ancianos ha sido lenta. Para superar esta deficiencia, en 1982 se efectuó en Barbados una encuesta nacional entre individuos de 65 años o mayores (7). El grupo de estudio lo formaron 525 personas elegidas al azar; la encuesta pretendió conocer las condiciones sociales y económicas de la población anciana (cuadro 2). Cabe señalar que los datos que se presentan en este artículo constituyen un resumen de los resultados de esa encuesta, publicados con anterioridad (7).

Con respecto a la situación económica, alrededor de un tercio (31,9%) de los encuestados manifestaron estar insatisfechos con su situación económica y tres cuartas partes (75,1%) recibían un ingreso semanal de \$BDS³ 50,00 o menos. (En la población general, solo 25,3% de las personas tienen este nivel de ingresos.) La principal fuente de ingresos de los ancianos fueron las pensiones, citadas por un poco más de tres cuartas partes; sin embargo, 24% carecían de pensión de retiro. Fueron altos los porcentajes de ancianos que no tenían ningún tipo de ingreso

³ \$BDS = dólares de Barbados, \$BDS 1,00 = \$US 0,50

CUADRO 1. Características demográficas de los ancianos barbadenses, comparados con la población general

Característica	Ancianos (%)	Población general (%)
Edad (años) ^a		
65-74	63,1	
≥75	36,9	
Sexo ^a		
Masculino	39,9	47,4
Femenino	60,1	52,6
Estado civil ^a		
Legítimamente casado	44,0	30,9
Soltero	27,3	60,9
Viudo	26,3	5,2
Otro	2,4	3,0
Educación ^a		
Primaria	88,4	59,4
Posprimaria	11,6	40,6
Compañía en la vivienda		
Vive solo	31,8	19,6
No vive solo	68,2	80,4
Tamaño de la familia ^b		
1-2 personas	59,0	37,4
3-4 personas	22,4	31,0
>4 personas	18,6	31,6
Religión ^a		
Anglicana	46,1	39,7
Alguna denominación protestante	9,5	9,0
Sectario	20,1	18,0
Ninguna	9,1	17,5
Otra	15,1	15,8
No. de habitaciones en la casa ^b		
1	3,0	2,4
2	17,8	14,8
3	20,2	19,0
4	35,2	37,7
5	14,7	18,8
>5	9,1	12,3

Fuente: referencia 7

^a Datos de 1980.

^b Datos de 1970.

(65,6%), que no recibían ayuda económica de sus familiares (65,8%) o amigos (91,6%) o que no percibían ingresos de otras fuentes (87,0%).

Hasta cierto punto, estos datos hacen dudar de la opinión tan generalizada de que la privación económica que se produce como consecuencia de la vejez en el Tercer Mundo puede mitigarse con apoyo de las

redes sociales. Un análisis más detallado de las fuentes de ingreso indica que el apoyo económico recibido de esas redes era poco frecuente y, cuando se daba, su monto era muy reducido. Esto se complicó porque los

CUADRO 2. Distribución de las respuestas a las diversas preguntas de la encuesta relativas a distintos indicadores de la situación económica, psicosocial y de salud de los ancianos barbadoses

Indicadores	Respuestas (%)
A. Indicadores económicos	
1. Está insatisfecho con su situación económica	31,9
2. Tiene un ingreso semanal inferior a \$BDS ^a 50,00	75,1
3. No tiene pensión	24,0
4. No recibe ningún ingreso	65,6
5. No recibe ayuda económica de los familiares	65,88
6. No recibe ayuda económica de los amigos	91,6
7. No recibe ayuda económica de otras fuentes	87,0
8. Tiene gastos semanales de \$BDS 50,00 o menos	41,8
9. Está insatisfecho con su situación alimentaria	10,1
10. Consume menos de dos comidas al día	18,5
<i>En las 24 horas que antecedieron a la entrevista:</i>	
11. No desayunó	11,0
12. No almorzó	15,0
13. No cenó	23,0
14. Desayunó con alimentos de bajo contenido proteínico ^b	40,2
15. Almorzó con alimentos de bajo contenido proteínico	15,5
16. Cenó con alimentos de bajo contenido proteínico	38,8
17. Desayunó con pocos alimentos protectores de la salud	82,5
18. Almorzó con pocos alimentos protectores de la salud	56,5
19. Cenó con pocos alimentos protectores de la salud	81,3
20. Está insatisfecho con las condiciones de su vivienda	18,5
21. No tiene casa propia	18,0
22. No tiene agua entubada	8,3
23. No tiene excusado con agua corriente	52,8
24. No tiene gas ni electricidad para cocinar	37,0
25. No tiene alumbrado eléctrico	19,0
26. No tiene acceso a automóvil	75,2
27. No tiene refrigerador	28,7
28. No tiene teléfono	56,0
29. No tiene radio	23,8
B. Indicadores psicosociales	
30. Está preocupado por la delincuencia	27,4
31. Está preocupado por la falta de atención social	2,0
32. Lo tildan de "viejo"	55,0
33. La tildan de "vieja"	52,9
34. Tiene un concepto desfavorable de sí mismo	5,5
35. Está contento con la naturaleza religiosa del país	12,1
36. Está contento con la mejora del nivel de vida del país	14,4
37. Está contento con la libertad que existe en el país	11,0
38. Percibe una actitud negativa de la gente	67,2
39. Está insatisfecho con el trato social que recibe	49,9
40. Piensa que los jóvenes reciben mejor trato	84,1
41. Piensa que las cosas han empeorado	31,0
42. Piensa que no logró materializar las ambiciones de su vida	52,6
43. Está orientado hacia el pasado	10,9

CUADRO 2. (Continuación)

Indicadores	Respuestas (%)
C. Indicadores de las relaciones sociales	
44. Vive solo	27,1
45. No tiene hijos vivos	24,7
46. No tiene contacto con los hijos	20,7
47. No recibe ayuda de los hijos	24,8
48. No tiene contacto con los nietos	18,3
49. Mantiene malas relaciones con el cónyuge	33,3
50. Se siente solo	38,0
51. No tiene contacto con sus hermanos	23,3
52. Sus amigos están lejos	10,8
53. No visita a los amigos ni estos lo visitan	12,5
54. No puede fiarse de la ayuda de los vecinos	58,4
55. No tiene ningún pasatiempo	5,0
56. No está afiliado a ninguna organización	79,0
D. Indicadores de empleo y jubilación	
57. No se ha jubilado	15,2
58. No está contento con la jubilación	34,5
E. Indicadores de salud	
59. Dice no tener buena salud	62,2
60. Dice padecer artritis	47,4
61. Dice padecer hipertensión	41,4
62. Dice padecer diabetes	15,7
63. Dice padecer problemas de la vista	17,4
64. Dice padecer problemas de la memoria	4,7
65. No ha consultado con el médico en años	22,7
66. Toma algún medicamento	45,0
67. Toma medicamentos autorrecetados	12,8
68. No se queja de problemas de salud	46,0
F. Actitud hacia la muerte	
69. Habla sobre la muerte	44,2
70. Tiene miedo de morir	6,4
71. Piensa en la muerte	60,8
72. No tiene planes para cuando muera	81,1

Fuente: referencia 7

^a \$BDS = dólares de Barbados, \$BDS 1,00 = \$US 0,50.

^b Se utilizó la clasificación de alimentos propuesta por el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe; véase la nota de pie de página No 4

ancianos entrevistados, sobre todo los que estaban en un nivel de ingresos relativamente altos, tendieron a declarar gastos semanales (principalmente en alimentos, vivienda y combustible) mayores que los ingresos.

En lo tocante a alimentación y nutrición, 10,1% definieron su situación alimentaria como insatisfactoria y 18,5% consumían menos de dos comidas diarias. De modo pa-

recido, en las 24 horas anteriores a la entrevista 11% no tomaron desayuno, 15% no almorzaron y 23% no cenaron. Asimismo, el análisis del valor nutritivo de las comidas consumidas en esas 24 horas mostró que solían ser esencialmente ricas en energía y a me-

nudo contenían pocos alimentos ricos en proteína y “protectores” (frutas y verduras).⁴

Por lo que toca a la vivienda, la situación de los ancianos fue mejor en términos generales. Tan solo 18,5% expresaron insatisfacción con las condiciones de su vivienda, en comparación con 29,1% entre la población general (8). La proporción de ancianos que tenían casa propia resultó semejante a la de la población general: 82,0 frente a 82,4%. Solo 8,3% de aquellos carecían de agua entubada y 19% no contaban con energía eléctrica (17% entre la población general). Muchos no tenían excusado con agua corriente (52,8 frente a 56,4% de la población general), ni tampoco cocina de gas o eléctrica (37%). Muchos ancianos declararon que las reparaciones y el mantenimiento de la casa eran problemas de importancia.

Fue alto el porcentaje de ancianos que no tenían acceso a automóvil (75%), teléfono (56%), refrigerador (29%) o radio (24%); sin embargo, entre la población general se encontraron cifras semejantes: 75,5, 45,3, 20,8 y 18,4%, respectivamente (9).

Acerca del tema de las características psicosociales de los ancianos, fue con-

siderable la proporción de entrevistados que declararon estar preocupados por el costo de la vida (48,4%), la delincuencia (27,4%) y la salud (16,5%). Se ha informado que el desempleo y el costo de la vida son los motivos de preocupación más importantes para la población general (9).

En materia de estereotipos sociales, gran parte de los ancianos suelen recibir el calificativo de “viejo” (55,0%), “vieja” (52,9%) o “abuelo” (45,9%). Con excepción de los calificativos de “viejo” y “tembleque”, a la mayoría no le importan esos estereotipos. A decir verdad, fueron pocos los que declararon tener un concepto desfavorable de sí mismos, ya que solo 5,5% indicaron que se sentían avergonzados a causa de su edad.

Por lo que se refiere a la satisfacción con la estructura social del país, fue reducido el porcentaje de los que expresaron estar satisfechos con el mejoramiento del nivel de vida (14,4%), con el carácter religioso de la nación (es decir, el grado de devoción mostrado por los barbadenses) (12,1%) y con la existencia de libertad en el país (11%). Muchos percibieron también su propia situación social en términos desfavorables. Casi dos tercias partes (67,2%) opinaron que la gente muestra una disposición desfavorable hacia los ancianos, 49,9% manifestaron insatisfacción con el trato que la sociedad les concede, 84,1 pensaban que los jóvenes reciben mejor trato y 52,6% indicaron que no habían alcanzado sus objetivos en la vida. Aun así, 51,4% declararon que las cosas eran mejores para ellos en el momento de la encuesta que en el pasado, mientras que menos de un tercio (31%) percibían que su situación había empeorado.

En lo tocante a su orientación con respecto al tiempo, la encuesta reveló que la mayoría de las personas de edad estaban orientadas hacia el presente (62,4%) o el futuro (26,7%) más bien que hacia el pasado (10,9%). Los temas en que más pensaban eran Dios (32,9%) y el costo de la vida (21,5%).

Las respuestas relativas a las relaciones sociales indicaron que 27,1% de los ancianos vivían solos; 24,7% no tenían hijos vivos; de los que tenían hijos, 20,7% no es-

⁴ El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe clasifica los alimentos en 12 grupos:

- Grupo 1: Cereales
- Grupo 2: Alimentos amiláceos, raíces y tubérculos
- Grupo 3: Azúcares y jarabes
- Grupo 4: Legumbres, nueces y semillas oleaginosas
- Grupo 5: Verduras
- Grupo 6: Frutas
- Grupo 7: Carnes rojas y de aves
- Grupo 8: Huevos
- Grupo 9: Pescado y mariscos
- Grupo 10: Leche y productos lácteos
- Grupo 11: Grasas y aceites
- Grupo 12: Alimentos varios.

En la encuesta, la categoría “ricos en proteínas” abarcó los grupos 7 a 10; la de “ricos en energía”, los grupos 1 a 4 y el 11, y la de “protectores”, los grupos 5 y 6. Esta clasificación entraña desventajas porque las categorías no se excluyen recíprocamente (por ej., algunos alimentos “ricos en energía” pueden también proporcionar proteínas, vitaminas y minerales). Aun así, proporcionó una medida aproximada útil.

taban en contacto con ellos y 24,8% no recibían su ayuda; de los que tenían nietos, 18,3% no mantenían relaciones con ellos. A propósito de cónyuge, hermanos y amigos, la entrevista señaló que 33,3% de los encuestados que tenían cónyuge llevaban una mala relación con este; 19,7% no tenían hermanos vivos; de los que tenían hermanos, 23,3% no estaban en contacto con ellos y 14,1% llevaban malas relaciones con ellos; 8,6% dijeron no tener amigos; de los que tenían amigos, para 10,8% de ellos los amigos vivían lejos, 12,5% no visitaban a sus amigos y 18,9% no mantenían buenas relaciones con estos. La pauta fue un tanto diferente por lo que se refiere a los vecinos, ya que tan solo 5,6% indicaron tener malas relaciones con los vecinos, aunque 58,4% afirmaron que no podrían esperar que estos les brindaran ayuda. La mayoría de los entrevistados (95%) dijeron dedicarse a alguna actividad recreativa o pasatiempo. No obstante, casi todas esas actividades eran de carácter sedentario (por ejemplo, ver televisión o escuchar la radio) y era escasa la participación en organizaciones, pues 79% no estaban afiliados a ninguna.

En el aspecto de empleo y jubilación (la cuarta área abordada por la encuesta), los datos muestran que 84,8% de los sujetos estaban jubilados. La mayoría de estos (75,3%) afirmaron que su jubilación había sido obligatoria, casi la mitad (48,6%) mencionaron que los apuros económicos representaban la desventaja principal de estar jubilado, y cerca de un tercio (34,5%) no estaban satisfechos con la jubilación. De 15,2% que seguían teniendo un empleo, 40% mencionaron que no tenían otro remedio; más de la mitad (57,4%) de los que seguían trabajando percibían \$BDS 50,00 o menos a la semana.

En lo que respecta a la salud, 62,2% consideraron que su estado de salud no era bueno. Un poco menos de la mitad (47,4%) sufrían artritis, 41,1%, hipertensión, y 15,7%, diabetes. Además, 17,4% dijeron padecer problemas de la vista; 7,9%, inapetencia, y 4,7%, mala memoria. Los datos relativos a la atención médica indicaron que más de una quinta parte (22,7%) no habían visto al médico en más de 12 meses; un poco más

de la mitad (52,1%) habían usado servicios médicos privados en su última visita; poco menos de la mitad (45,0%) indicaron que la falta de acatamiento de la terapéutica médica era un problema.

En lo relativo a la actitud respecto de la muerte, la encuesta mostró que 60,8% pensaban en la muerte, 44,2% hablaban para ella, 81,8% no habían hecho planes para su propia muerte y tan solo 6,4% dijeron que les daba miedo morir.

Al investigar algunos programas de política social destinados a los ancianos en el curso de esta encuesta, nos interesaba determinar si ellos sabían que disponían de ciertos servicios —como el plan de pensiones de vejez, el programa de transporte gratuito en autobús, los hospitales de distrito, los servicios pertinentes del programa nacional de asistencia, el plan nacional de seguro y los servicios de ayuda en el hogar—, y si se habían beneficiado de ellos o no y cuál había sido su experiencia al respecto.

En general, los resultados de la encuesta mostraron que 43,6% de los entrevistados desconocían el servicio de ayuda en el hogar, pero más de tres cuartas partes sabían de la existencia de los demás. En lo relativo a los beneficios, 68,8% recibieron ayuda del programa de pensiones de vejez y 41,5% del de transporte gratuito en autobús. Sin embargo, menos de 15% declararon que recibían beneficios de alguno de los demás programas: 1,0% citaron el de ayuda en el hogar y 1,2% el de los hospitales de distrito. Más de la mitad (54,8%) dijeron que no tenían ninguna queja respecto de los servicios públicos, aunque 83,9% expresaron claramente la necesidad de recibir mejor ayuda económica, 11,2% deseaban recibir ayuda en el hogar y 44,5% pensaban que no se estaba haciendo lo suficiente por los ancianos.

Hasta ahora, la presente discusión ha hecho hincapié en los problemas y, por lo tanto, los puntos débiles de la situación

de los ancianos. No obstante, este modo de proceder ofrece una imagen parcial y, por lo tanto, no debe pensarse que la mayoría de estas personas están aquejadas de privaciones, quebrantos de la salud, ruptura de las relaciones o estrés psicosocial. De hecho, los datos muestran que muchos de los problemas investigados afectaban a una fracción pequeña (a veces mínima) de los entrevistados.

Los datos de la encuesta se usaron también para analizar la relación de ciertas variables (nivel de vida, ingresos, edad, sexo, situación de retiro, tipo de ocupación, grado de instrucción y aislamiento social) con la vida de los ancianos. Para tal efecto, esas variables se confrontaron sistemáticamente, mediante tabulación cruzada, con diversos indicadores.

En términos generales, el examen de los valores épsilon de las tabulaciones cruzadas mostró dos cosas. En primer lugar, que los ingresos, el tipo de ocupación, el aislamiento social, el grado de instrucción, la edad y el nivel de vida son los factores que más diferencian a los ancianos en relación con los indicadores analizados, mientras que el sexo y la situación de retiro son los que menos ayudan a establecer diferencias. En segundo lugar, que los ancianos que más probabilidades tenían de sufrir el tipo de problemas mencionados anteriormente eran los que percibían ingresos relativamente bajos, los de edad avanzada, los que vivían solos, los intensamente aislados del medio social, los que declaraban tener quebrantos de la salud, los varones y los jubilados.⁵

⁵ El sentido de algunas variables es evidente, pero otras tuvieron que definirse concretamente. Los ancianos "de edad avanzada" fueron los de 75 años o mayores; por "bajos ingresos" se entendió un ingreso semanal no mayor de \$BDS 50,00 (la media de la pensión por vejez que la Junta Nacional de Seguro concedía en la fecha de la entrevista). Para definir el aislamiento social se estableció una escala que asignaba un punto a la falta de contacto del entrevistado con: a) sus hijos, b) sus nietos, c) sus hermanos y d) sus vecinos; también se concedía un punto si la persona no pertenecía a ninguna organización. De esta manera, con dos puntos el aislamiento social se calificaba de moderado, y con tres a cinco, de intenso.

POLÍTICA SOCIAL

Con el fin de satisfacer las necesidades del número cada vez mayor de ancianos y de hacer frente a las dificultades de este grupo de la población, se han creado varios programas de política social que ofrecen pensiones de retiro, atención institucional, prestaciones en especie, asistencia comunitaria y servicios de salud.

Pensiones de retiro

Existen dos clases básicas de pensiones de retiro: las que proporciona el Estado como medida de seguridad social y las pensiones privadas. Las primeras son administradas por la Junta Nacional de Seguro (JNS) y constan de pensiones de vejez sin cuotas de los empleados (hasta hace poco se verificaba si la persona tenía medios de pagar), pensiones de vejez con cuotas de los empleados y pensiones pagadas del Fondo de Previsión para Trabajadores de la Industria Azucarera (FPTIA).

El plan de pensiones de vejez sin cuotas de los empleados se remonta a la época de las actividades de socorro a los pobres; aunque no sabemos mucho sobre el pago de esas prestaciones a los ancianos en esa época, es evidente que les reportó beneficios (10). En 1937 se promulgó una ley sobre pensiones de vejez que beneficiaba a las personas de 68 años o mayores que llenaran ciertos requisitos de residencia e incluía ciertas previsiones para comprobar si el potencial beneficiario contaba con medios económicos. Ese programa se modificó y ahora es administrado por la JNS; paga prestaciones a todas las personas de 65 años o mayores que cumplen ciertos requisitos de residencia y no reciben pensiones de invalidez, del Estado ni de seguridad social. En 1984, se pagaron 18 059 pensiones con arreglo a ese plan por un monto total de \$BDS 37 562 726,00 (11).

Las pensiones de vejez con cuotas de los empleados tienen también una larga historia, pues a comienzos del período ulterior a la emancipación las mutualidades (agru-

paciones informales de crédito y ahorro con fines de ayuda mutua) pagaban a veces prestaciones a personas ancianas. Sin embargo, el número de esas organizaciones y el tamaño de la lista de afiliados se redujeron después de 1946, con el advenimiento de los bancos comerciales (12). En 1966, al cabo de decenios de debates e informes,⁶ surgió un sistema más formal de seguro social, a cargo también de la JNS, que otorgaba pensiones (con pago de cuotas) de vejez y a sobrevivientes. En 1984, se pagaron 9 145 pensiones de vejez, por un monto de \$BDS 26 136 000,00 (11).

Los beneficios a sobrevivientes son pagaderos al cónyuge o a los hijos a cargo de una persona fallecida que reúna los requisitos fijados, en proporción de la mitad del importe que esta habría recibido en vida. (Los hijos son acreedores a la pensión hasta la edad de 22 años si asisten a la escuela a tiempo completo o, en caso contrario, hasta los 16.) En 1984, se pagaron 360 pensiones a sobrevivientes por un monto de \$BDS 583 671,00 (11).

El plan de pensiones pagadas con arreglo al FPTIA se inició en 1968 y protege a los trabajadores de la industria azucarera que tengan 65 años o más y que hayan trabajado en plantaciones de caña de azúcar de 10 hectáreas o más por un período mínimo de 10 años. Este plan, financiado por el Fondo de Bienestar Laboral para Trabajadores de la Industria Azucarera, quedó bajo la administración de la JNS en 1975 y en 1984 pagó 3 000 pensiones por un importe de \$BDS 1 172 730,00 (11).

Los planes de pensiones concertados entre los empleadores y sus empleados son básicamente de dos tipos: pensiones para

funcionarios públicos y pensiones privadas para los demás empleados. Estas últimas son planes empresariales de jubilación (basadas de ordinario en cuotas de las empresas y los empleados) y anualidades (generalmente compradas por trabajadores independientes). En 1985 el Departamento de Rentas Internas tenía registradas 887 pensiones privadas para empleados; 250 eran pensiones de jubilación y 637, anualidades (Inspector de seguros, Departamento de Rentas Internas, Barbados, 1985, comunicación personal).

Las pensiones para funcionarios públicos existen en Barbados desde hace mucho tiempo y se otorgan en forma muy selecta, como se indica en las leyes sobre pensiones destinadas a los funcionarios públicos de la colonia promulgadas en 1907, 1937 y 1947. Esas pensiones se extendieron a otros grupos de funcionarios públicos a partir de 1925 con la promulgación de la Ley sobre Pensiones para Maestros, y en 1961 se ampliaron para incluir a empleados ocasionales y funcionarios públicos fuera de plantilla (es decir, los que están contratados de manera regular pero no cuentan con un puesto definitivo).

Actualmente hay varias leyes y reglamentos que pagan prestaciones por concepto de pensión a los funcionarios públicos (7). Los términos y condiciones de estos varían mucho. Sin embargo, la mayoría se paga a los funcionarios que hayan cumplido al menos 10 años de servicio y no exigen cuotas. En general, existen también disposiciones sobre jubilación anticipada, diversas posibilidades de elección para retirarse con pensión completa o reducida más una gratificación y, desde fecha reciente, la opción de obtener un ajuste según el índice del costo de vida. Una estimación (Agente de investigaciones, Sindicato Nacional de Trabajadores Públicos, Barbados, 1985, comunicación personal) indicó que a finales de 1984 había aproximadamente 15 000 personas amparadas por pensiones del servicio público y que 4 853 personas estaban recibiendo las prestaciones. En el año fiscal 1983-1984, se gastaron \$BDS 29 861 845,00 en pensiones de empleados públicos (13).

⁶ Entre 1936 y 1966 se elaboraron por lo menos cuatro informes oficiales sobre la viabilidad de diversos aspectos de un programa nacional de seguridad social. Estos fueron el informe del Comité sobre Pensiones de Vejez (1936), el Informe Wells (1953), el Informe Richardson y el Informe Stockman (1963).

Cuidado institucional

El cuidado institucional de los ancianos, al igual que el programa de pensiones de vejez sin cuotas de los empleados, tiene una larga historia, ya que se derivó de las disposiciones para socorro a los pobres promulgadas al comienzo del período ulterior a la emancipación. (Aunque estas no se destinaban exclusivamente a los ancianos, estos se beneficiaban en mayor proporción (10).) En los años setenta del siglo XIX había 11 asilos de ancianos en Barbados y hasta ahora se ha seguido haciendo hincapié en esa forma de atención.

Hoy en día se dispensan cuidados institucionales a los ancianos en los hospitales de distrito (que ahora cumplen las funciones de los asilos), en casas particulares de atención y en asilos de ancianos propiamente dichos.

En 1985 había cinco hospitales de distrito bajo la administración del Ministerio de Salud que atendían a 871 personas y funcionaban a un costo anual de \$BDS 11 330 489,00 (13). La demanda de plazas excedía por mucho el cupo (14).

Además de los hospitales de distrito, en 1986 había dos asilos de ancianos bajo la administración de la Junta Nacional de Asistencia (JNA) que atendían a 54 personas, y siete casas de atención particular, donde se cuidaba a otras 230 (15).

Servicios de prestaciones no monetarias y de atención comunitaria

Los servicios prestados en este campo son variados, pero todos se destinan a promover principalmente la atención comunitaria. Son de tres tipos básicos: los que proporcionan prestaciones en especie con arreglo al programa nacional de asistencia, los proveídos por los programas del Departamento de Asistencia Social (DAS) o la JNA, y otros que brindan prestaciones distintas de las del DAS.

Las prestaciones en especie del programa nacional de asistencia incluyen

ayuda en forma de ropa, muebles para la casa, sillas de ruedas, anteojos, cupones para adquirir comida, pago de las cuentas de consumo de agua y electricidad, y alquiler de terrenos para las personas que lo necesitan. Estas no se destinan al uso exclusivo de los ancianos y no es posible saber con certeza en qué proporción han beneficiado a estos, pero hay buenas razones para suponer que se benefician en mayor proporción.

Por otro lado, los programas administrados por el DAS o la JNA son utilizados por los ancianos con carácter casi exclusivo. Estos servicios incluyen los programas de transporte gratuito en autobús, ayuda alimentaria, ayuda de la asistencia social para la vivienda y ayuda en el hogar.

El programa de transporte gratuito en autobús se destina a todas las personas de 65 años o mayores, las cuales pueden aprovecharlo con solo mostrar su tarjeta de identidad nacional al subir a un vehículo de transporte público. No está claro cuántos ancianos se benefician ni cuántos viajes gratuitos proporciona el sistema de transporte público. No obstante, el DAS indica que cada mes se pagan a la Junta de Transporte \$BDS 100 000,00 para cubrir los costos del programa.

La ayuda alimentaria se provee mediante un programa organizado conjuntamente por el DAS y el Ejército de Salvación. Se ofrecen comidas diarias en un establecimiento que en 1980 atendió a 34 personas; existe también un servicio de entrega de comida a domicilio del que ese mismo año se beneficiaron 46 personas. En dicho año, el costo total de estos servicios alcanzó los \$BDS 60 000,00 (16).

El programa de ayuda de la asistencia social para la vivienda consiste en reparar o remplazar las casas que son propiedad de los pensionistas ancianos y otras personas necesitadas. Este servicio ha tenido una gran

demanda, y en 1988 recibió una asignación de \$BDS 4 000 000,00. En el informe de la JNA correspondiente a 1988 (17) se señalaba que había 3 500 solicitudes pendientes (no todas ellas presentadas por ancianos) y que las necesidades sobrepasaban a los recursos. Por ejemplo, entre 1987 y 1988 había 457 casas proporcionadas por la asistencia social, 670 solicitudes para obtener viviendas de este tipo y 2 500 peticiones de reparación de casas (16).

El servicio de ayuda en el hogar, el método más explícito de atención comunitaria de los ancianos, se estableció en 1980 con el objetivo de auxiliar a los ancianos en cama o muy enfermos así como a los que viven solos y no reciben asistencia de parientes ni amigos. El programa también tiene el propósito de reducir el costo per cápita de la atención de los ancianos (18) y les ofrece a estos ayuda para cocinar, limpiar, lavar, hacer las compras, bañarse y acudir al consultorio del médico, además de proporcionarles compañía. Entre 1983 y 1984, el servicio de ayuda en el hogar tenía 114 personas a su servicio y cuidaba de 800 ancianos a un costo de \$BDS 500 000,00 (17); en 1988, contaba con 150 auxiliares y ayudaba a más de 800 personas.

La tercera clase de servicios son las prestaciones en especie independientes de las que proporciona el DAS. Incluyen la exención del pago del impuesto predial (que no es para beneficio exclusivo de los ancianos, pero del cual estos se benefician en mayor proporción) y, parcialmente, del impuesto sobre la renta, así como el albergue gratuito en unidades nacionales de vivienda para las personas cuyo único ingreso proviene de una pensión de vejez.

La exención del impuesto predial se ofrece, según lo previsto por la Ley sobre Impuesto Predial de 1937, a las personas que pueden demostrar necesidad. Además, ciertas disposiciones relativas a la exención del pago del impuesto sobre la renta favorecen a los ancianos. Por ejemplo, la deducción individual para una persona soltera es de \$BDS 3 000,00; para una casada cuyo cónyuge no tiene ingresos, de \$BDS 5 000,00, y para

las personas de 65 años o mayores, de \$BDS 5 500,00. Además, aunque el ingreso mínimo gravable de las personas menores de 65 años es de \$BDS 3 000,00, el de las mayores de esa edad es de \$BDS 5 000,00. Por último, hay una deducción hasta de \$BDS 500,00 por un familiar a cargo que esté incapacitado por la vejez.

Servicios de salud

La situación de los ancianos barbadenses por lo que se refiere a la salud debe considerarse dentro del marco del sistema global de atención de salud, formado por un sector privado y otro público administrado por el Servicio de Salud Pública. El sector público ofrece atención ambulatoria en sus centros de salud y policlínicos, y por conducto de los funcionarios médicos de distrito; también tiene a su cargo un hospital de adultos, otro de niños y un leproario, que entre los tres suman casi 1 300 camas.

Es imposible precisar las prestaciones que los ancianos reciben de los servicios de salud, pues no se cuenta con datos de los usuarios desglosados por edad. Aun así, hay otros dos tipos de instituciones sanitarias que se ocupan casi exclusivamente de ancianos. Por una parte están los hospitales de distrito, las casas de asistencia públicas y privadas y la llamada Golden Rock Home (establecimiento administrado por la JNA que brinda alojamiento y asistencia a los ancianos indigentes); por la otra, el recientemente establecido Servicio Nacional de Medicamentos, que proporciona fármacos gratuitos a los usuarios de las farmacias del Estado, y a un costo mínimo a quienes emplean los servicios de farmacias particulares afiliadas. Asimismo, todos los ancianos pueden recibir atención primaria de salud gratuita en los consultorios de atención ambulatoria instalados en varias policlínicas dispersas por todo el país.

DISCUSIÓN

Muchos de los resultados descritos en el presente trabajo tienden a confirmar los obtenidos mediante investigaciones transculturales. No obstante, hubo varios que se apartaron de esa pauta, así como algunas observaciones particularmente interesantes, como se resume a continuación.

□ El análisis de las tendencias demográficas revela que un poco más de 10% de los barbadenses son ancianos y que más de una cuarta parte de estos viven solos. Ambas circunstancias son más compatibles con las pautas observadas en los países desarrollados que en los del Tercer Mundo.

□ Los datos psicosociales no apoyan el concepto de que los ancianos viven mirando principalmente al pasado; por el contrario, se orientan en esencia al presente y el futuro.

□ Si bien las investigaciones transculturales indican que las personas de edad tienden a formarse un concepto negativo de sí mismas, no parece que eso esté sucediendo en Barbados, donde los ancianos muestran un claro concepto positivo de sí mismos.

□ Entre los ancianos barbadenses se aprecian ciertos indicios de un aislamiento social acentuado. Muchos viven solos; puede afirmarse que la cuarta parte se hallan en un aislamiento social intenso; y, dejando de lado la afiliación confesional, pocos pertenecen a organizaciones formales. No obstante, también hay signos de que las personas mayores tienen contacto con redes sociales de amigos, parientes y vecinos con los que llevan buenas relaciones.

□ Los resultados sobre jubilación y empleo reflejan pautas semejantes a las observadas en sociedades urbanas industriales, en tanto que la participación de los ancianos en la fuerza de trabajo está muy por debajo de la que se esperaría en países del Tercer Mundo.

□ La salud de los ancianos barbadenses muestra también características semejantes a sus homólogos de sociedades urbanas industrializadas, sobre todo por lo que

hace al tipo de enfermedades que los aquejan y la elevada proporción de los que buscan ayuda.

□ Si bien los indicios de privación económica son muy parecidos a los obtenidos en las investigaciones transculturales, en Barbados fue relativamente pequeña la proporción de ancianos que recibían una amplia variedad de prestaciones de los servicios sociales.

□ Los datos de la encuesta indican que el miedo a la muerte no está ampliamente difundido entre las personas mayores.

Repercusiones teóricas

Las principales investigaciones gerontológicas han estado orientadas por cinco teorías sociológicas importantes: la de discontinuidad de funciones, la de la actividad, la de la desvinculación, la del intercambio y la socioambiental (19). ¿Cuáles son las repercusiones de los resultados sobre la situación de los ancianos de Barbados para la aplicación práctica de esas teorías?

Como ya se dijo, hay ciertos indicios de desvinculación social, tales como la gran proporción de ancianos en retiro activo y que viven solos; la pérdida de contacto con los hijos, otros parientes y amigos, y la falta de afiliación a alguna organización. Es interesante señalar que la tabulación cruzada sistemática de las variables dependientes con los tres indicadores de desvinculación mencionados por Kermis (retiro, aislamiento social y precario estado de salud según declaración propia) (20) muestra que los individuos clasificados como desvinculados, según esos mismos indicadores, tenían mayores probabilidades de sufrir problemas importantes en su situación vital, comparados con sus homólogos "vinculados". Esto significa que los desvinculados tienen muchas más probabilidades de mostrar deterioro social.

Estos resultados se relacionan también con la teoría de la actividad, según la cual muchas de las características de la edad

madura persisten en años ulteriores, cosa que evita el deterioro social y personal. Ahí está el ejemplo del gran porcentaje de ancianos barbadenses que mantienen contacto con parientes, amigos y vecinos, y que viven en unidades habitacionales múltiples, mientras que una minoría están afiliados a alguna organización y siguen activos en su empleo. Las tabulaciones cruzadas muestran que las personas que siguieron desempeñando las mismas actividades que antes de envejecer experimentaron menos problemas de adaptación.

De la misma forma, se corrobora la teoría de discontinuidad de funciones, según la cual las personas que no siguen cumpliendo sus funciones y cuya condición social disminuye en la vejez tienen más probabilidades de padecer problemas de adaptación.

Por último, con respecto a la teoría socioambiental, la tabulación cruzada permitió evaluar la manera en que ciertos factores sociales se relacionan con el deterioro social de los ancianos, caracterizado por privación económica, dificultades psicológicas, aislamiento social, problemas de salud, jubilación insatisfactoria, falta de conocimiento y de utilización de los programas destinados a ayudarlos y actitud negativa en relación con la muerte. En general, estos signos de deterioro social predominan entre las personas ancianas de bajos ingresos, las de edad avanzada, las jubiladas, las menos instruidas, las de baja condición profesional, las intensamente aisladas de la sociedad y las que tienen mala salud. Estos resultados tienden a corroborar los obtenidos por las investigaciones transculturales.

De manera más concreta, las dificultades sociales y psicológicas fueron más comunes entre los jubilados, los de bajos ingresos, los intensamente aislados de la sociedad y los que dijeron que su salud era mala. De modo parecido, la mayor privación económica se observó entre los ancianos de bajos

ingresos, los de edad avanzada, los jubilados, los menos instruidos, los de bajo nivel profesional o laboral, los intensamente aislados de la sociedad y los que se quejaron de mala salud. Los que tenían más probabilidades de presentar aislamiento social fueron los de bajos ingresos, los jubilados, los menos instruidos y los que se quejaron de mala salud. Y el deterioro social caracterizado por problemas de salud fue más frecuente entre los de bajos ingresos, los de edad avanzada, los de bajo nivel laboral y los menos instruidos.

Se debe señalar que los problemas de adaptación a la jubilación fueron más corrientes entre los que pertenecían a un nivel laboral más alto, pero también entre los de bajos ingresos y los que declararon tener mala salud. Por lo que se refiere a la actitud frente a la muerte, los procedentes de un medio socioeconómico más pobre y los menos instruidos fueron los que presentaron más problemas de adaptación.

Problemas de la pensión y los ingresos

La evaluación de los programas de política social discutidos antes debe ser provisional porque los datos necesarios para ese fin suelen ser imposibles de obtener, no existen o están incompletos. Aun así, es evidente que la vasta mayoría de los ancianos barbadenses están amparados por alguna forma de pensión. También es claro que los términos y condiciones de los programas correspondientes varían mucho y que se necesita una mayor coordinación entre estos.

Más aun, como las pensiones son básicamente fijas (con la posible excepción del plan de pensiones de funcionarios públicos, en el que se introdujeron recientemente ajustes según el índice del costo de vida), la inflación plantea graves problemas para el nivel de vida de los ancianos. Veamos algunos ejemplos.

□ Una maestra que en el momento de jubilarse, en 1979, percibía un sueldo mensual de \$BDS 1 800,00, en la actualidad recibe una pensión de \$BDS 1 392,00 mensuales. En

este monto va incluido el ajuste según el índice del costo de vida, del cual pagaba \$BDS 182,00 en impuestos; cabe señalar, sin embargo, que desde 1986 las pensiones están exentas del pago de impuestos.

□ Un funcionario público sin contrato permanente que se jubiló en 1980 con un sueldo de \$BDS 800,00 ahora recibe una pensión de \$BDS 372,00 mensuales, incluido el ajuste según el índice del costo de vida.

□ En el punto más bajo de la escala económica, una trabajadora agrícola que al retirarse en 1972 devengaba un sueldo de \$BDS 80,00 mensuales, ahora recibe una pensión de \$BDS 40,00 mensuales.

En todos los casos es evidente la reducción del ingreso y, dada la devaluación del dinero, realmente representa una subestimación. En realidad, tal parece que, con excepción de quienes ocupan altos puestos en el servicio público y ocupaciones similares, el ingreso anual de los pensionados tiende a reducirse por abajo del ingreso per cápita. Esto se comprueba con los datos de una encuesta efectuada en 1982; en esa fecha, 93,6% de los pensionados entrevistados declararon tener un ingreso anual menor de \$BDS 4 800,00, que fue el ingreso per cápita para ese año (entre la población general, 52,5% de las personas encajaban en este grupo de ingresos) (21). Por lo tanto, no sorprende que en la encuesta que resumimos aquí el costo de vida haya sido el principal motivo de preocupación de los ancianos ni que el cómputo de coeficientes de Gini basado en estos datos (22) haya mostrado un alto grado de pobreza relativa entre los ancianos.

Los problemas puntualizados en relación con pensiones e ingresos se complican por una serie de cláusulas de exclusión en los diversos programas de pago de pensiones, los intentos por regular el número de pensiones que puede recibir una persona y la tendencia reconocida (15, 16) a desesti-

mular el empleo de los ancianos que existe en el reglamento de los programas citados.

Otras necesidades

Evidentemente, la atención de los ancianos mediante su reclusión en instituciones les plantea varias dificultades. De la encuesta se desprende que esta opción no es de su agrado, tal vez por el vínculo que siempre ha tenido con actividades de socorro destinadas a los pobres y del estigma que crea. A decir verdad, uno de los mayores temores expresados por los ancianos en la encuesta fue el miedo a ser recludos en un asilo. Además, algunos ancianos recludos han expresado sus temores con respecto a la pérdida de libertad, la carencia de individualidad e intimidad y la calidad de la atención brindada (23). Sin embargo, los informes de los departamentos respectivos (23) indican que la demanda de plazas en esas instituciones es superior al número de ingresos autorizados.

Por lo general, los datos con respecto a los beneficios en especie están incompletos y son difíciles de conseguir. Si bien permiten formarse una idea del número de beneficiarios, raras veces indican nada sobre las necesidades reales de las personas o sobre la demanda existente por los servicios correspondientes. En la encuesta descrita al principio de este artículo se puede apreciar que una proporción menor, pero considerable, de ancianos ignoraban los diversos beneficios a su disposición; asimismo, que las personas de edad usaban esos servicios pese al vínculo histórico de estos con el socorro destinado a los pobres y a la necesidad de someterse a verificación de sus medios económicos, que es la base de la asignación.

En lo tocante al programa de asistencia social para ayuda de vivienda, la encuesta indica con claridad que la demanda es superior a la oferta, aunque cabe señalar que la demanda suele ser superior a la necesidad verdadera (17, 18).

El programa de transporte gratuito en autobús surge como uno de los servicios más usados y accesibles; en realidad,

casi no tiene restricciones. Aun así, algunos entrevistados expresaron preocupación por la calidad del servicio ofrecido, pues indicaron que los conductores y los pasajeros los hacen sentir como si estuvieran mendigando o recibiendo gratuitamente un servicio por el que deberían pagar como todo el mundo.

El servicio de ayuda en el hogar se ha acogido muy bien, y la forma en que se presta admite una comparación favorable con el que se ofrece en países industrializados de medianos ingresos. Por ejemplo, se ha podido comprobar que el número de ayudantes en el hogar por cada 100 000 habitantes varía entre 0,1 en Italia y 41,7 en Suiza. En Barbados se registra la impresionante cantidad de 45,9 (24). Los informes de los departamentos pertinentes indican que se atienden las necesidades, pero esto debe juzgarse teniendo en cuenta que 56,4% de los ancianos de la encuesta no sabían que existía ese servicio⁷ y aunque 11,2% de los entrevistados dijeron que necesitaban ayuda en casa, solo 1,0% indicaron que la recibían. De modo semejante, informes anteriores señalaron que el servicio de ayuda en el hogar no se ha establecido por completo en las zonas rurales (17) y que hacía falta mejorar la supervisión y el transporte (25). Con todo, en fecha más cercana los informes oficiales (26) señalan que para solucionar esos problemas se han adoptado varias medidas, tales como aumentar el número de supervisores, adiestrar a estos, permitir que los auxiliares se presenten a trabajar directamente en el sitio asignado y utilizar formularios para anotar las tareas y el tiempo que lleva hacerlas.

Con respecto a la atención de salud, dada la forma de presentación de los datos existentes no resulta fácil examinar las disposiciones de las entidades públicas relativas a los ancianos (con excepción de la labor de los hospitales de distrito, las actividades del Servicio Nacional de Medicamentos y los servicios prestados en los centros de salud

por recomendación del Departamento de Asistencia Social). De todas maneras, por la encuesta sabemos que 8,0% de los ancianos recibieron asistencia del DAS ya que su última consulta fue con un médico del distrito; además, 39,9% recibieron atención en algún hospital o clínica del Estado.

También sabemos que las personas ancianas que buscan atención médica pueden afrontar limitaciones económicas. Por ejemplo, la encuesta mostró que a 48,8% de los entrevistados se le pagaron las cuentas por servicios médicos y que el problema de inobservancia del tratamiento señalado por 46% se debió en parte a que esas personas evitaban comprar medicamentos porque "eran demasiado costosos" y, además, "trataban de hacerlos durar cuanto fuera posible".

Se prevé que esta situación mejorará con la puesta en marcha del Servicio Nacional de Medicamentos ya mencionado. Pero la falta de datos fidedignos y de investigaciones impide proporcionar mayor información sobre las necesidades reales, el grado en que son atendidas y las dificultades que los ancianos pueden experimentar al intentar satisfacerlas.

Comentarios finales

La exposición anterior muestra que en Barbados se han puesto en marcha diversos programas para atender las necesidades de los ancianos, y cabe afirmar con cierta justificación que se ha adelantado mucho. Aun así, falta mucho por hacer.

Teniendo en cuenta que las pensiones son prácticamente fijas, la eficacia de los programas correspondientes se verá considerablemente menguada por causa de la inflación; en consecuencia, es claro que existe la necesidad de encontrar una forma de indizar las pensiones.

Por otro lado, los datos de la encuesta citada indicaron que diversos programas —ayuda de la asistencia social para vi-

⁷ Se debe señalar que en 1982, cuando se llevó a cabo la encuesta, el servicio de ayuda en el hogar era relativamente nuevo.

vienda, ayuda en el hogar, asistencia institucional y algunas prestaciones en especie— no atienden apropiadamente las necesidades de las personas ancianas. En tales circunstancias, es preciso identificar las necesidades verdaderas (reconociendo que la demanda es a veces mayor que la necesidad) y esforzarse en satisfacerlas.

En relación con lo anterior, los resultados señalan asimismo que una proporción menor, pero considerable, de la población anciana no conoce los servicios a su disposición. Como las necesidades suelen depender del conocimiento que se tiene de esos programas, es necesario tomar medidas para informar a los ancianos acerca de todas las prestaciones a que tienen derecho.

Resulta evidente que los programas existentes se han concentrado por lo común en las necesidades tangibles, del tipo de ingresos, vivienda y otras necesidades materiales. Sin embargo, hay claros indicios de otras necesidades menos tangibles, como la necesidad de compañía, la calidad de la asistencia, el sentido de independencia y el respeto de sí mismo, que exigen también ser atendidas. Actualmente se hacen los primeros intentos en ese sentido, mediante programas incipientes de asistencia durante el día y actividades recreativas.

Si bien es verdad que siempre habrá necesidad de cuidados institucionales, debe continuar la tendencia hacia la atención de los ancianos en la comunidad, pues se ha comprobado que esto es lo que ellos desean; además, la reclusión puede debilitar aun más al anciano y la atención basada en la comunidad puede ser más eficaz en función de los costos. Esto puede lograrse ampliando el servicio de ayuda en el hogar y los servicios de salud comunitaria.

Por otro lado, las soluciones encontradas por otras sociedades pueden señalar otras opciones. Por ejemplo, hay que

esmerarse en fomentar los conceptos de autocuidado y cuidado familiar de los ancianos; es probable que lo segundo se consiga mediante estímulos fiscales atractivos. Hay pruebas de que a algunas personas ancianas les gustaría seguir trabajando, pero se desalientan a causa de las restricciones que impone el programa de pensiones; por lo tanto, hace falta considerar la posibilidad de modificar esas limitaciones. De modo parecido, los bajos salarios que suelen pagarse a los ancianos no consiguen más que desalentar el empleo de estos, así que es otro asunto que debe abordarse.

Por lo general, se supone (3) que dichas estrategias pueden resultar particularmente atractivas para las sociedades del Tercer Mundo debido a la existencia en ellas de redes familiares ampliadas y mayores oportunidades de participación prolongada en la fuerza de trabajo, y también porque afrontan los problemas de subdesarrollo, recesión económica y reducciones presupuestarias (13). No obstante, un análisis más detallado de la situación contemporánea de Barbados indica que la puesta en práctica de esas estrategias exigirá ajustes estructurales de envergadura.

Por ejemplo, la suposición de que es fácil obtener apoyo de las fuertes redes familiares ampliadas debe revisarse a la luz de los rápidos cambios sociales, la nutrida emigración y los efectos de la movilidad social en la estructura de la familia observados durante los dos decenios precedentes. En realidad, ahora se aduce que determinar si dichas redes existen o no es menos importante que averiguar si pueden ofrecer ayuda (27).

Habrà que superar otras dificultades para tratar de prolongar el período de participación de los ancianos en la fuerza de trabajo. Por ejemplo, aunque Binstock (3) estima que la tasa de participación de los varones de 65 años o mayores pasa generalmente de 50%, las pruebas obtenidas en la encuesta y las cifras del censo de 1980 indican que en Barbados el valor correspondiente para todas las personas de esa edad se sitúa entre 12 y 15%. Una explicación probable es la elevada tasa de desempleo que tiene el país

(del orden de 17 a 18%), y cabe suponer que eso obstaculiza los planes para ampliar la participación de las personas ancianas en la fuerza de trabajo.

Estos puntos se recalcan no para poner en duda el valor de los métodos propuestos sino para señalar que existen dificultades y que estos deben emplearse como complemento y no como sustituto de otros servicios.

REFERENCIAS

- 1 Barbados, Ministerio de Finanzas, División de Asuntos Económicos, Oficina del Primer Ministro. *Barbados Economic Report 1984*. Bridgetown, 1984, p. 23.
- 2 Censo de Población de Barbados.
- 3 Binstock, R., Chow, W. y Schultz, J., eds. *International Perspectives on Aging: Population and Policy Challenges*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, 1982, pp. III, IV, 19, cap. 5.
- 4 Barbados, Oficia de Registro, Tribunales Judiciales. *Reports of Vital Statistics and Registration for the Years 1940 and 1980*. Bridgetown.
- 5 Massiah, J. The Population of Barbados: Demographic Development and Population Policy in a Small State. Jamaica, Universidad de las Indias Occidentales, 1981. Tesis doctoral, p. 76.
- 6 Ebanks, O. Barbados. In: Segal, A., ed. *Population Policies in the Caribbean*. Nueva York, Lexington Books, 1975, pp. 35-36.
- 7 Brathwaite, F., ed. *The Elderly in Barbados*. Bridgetown, Carib Research and Publications, 1986.
- 8 Dann, G. *The Quality of Life in Barbados*. Londres, Macmillan, 1984, p. 84.
- 9 Brathwaite, F. It is unemployment that Barbadians are most concerned about. *Nation Newspaper* (Bridgetown), 12 de diciembre de 1980, p. 7.
- 10 Gobierno de Barbados. *Report of the Commission on Poor Relief in Barbados 1875-1877*. Bridgetown, Barclay y Frazer, 1878.
- 11 Barbados, Junta Nacional de Seguro. *Report of the National Insurance Board, 1984*. Bridgetown, 1984.
- 12 Fletcher, L. The decline of friendly societies in Barbados. *Caribbean Studies* 15(4):73-84, 1975.
- 13 Gobierno de Barbados. *Barbados Estimates, 1985/86*. Bridgetown, Departamento de Impresiones del Gobierno, 1985, pp. 8, 9, 27.
- 14 Barbados, Departamento de Asistencia Social. *Report of the Welfare Department 1984*. Bridgetown, 1984, p. 15.
- 15 Organización Panamericana de la Salud. *Health Service for the Elderly in Barbados. Estudio de factibilidad efectuado por la OPS (proyecto ATC-2521-BA del Banco Interamericano de Desarrollo)*. Bridgetown, 1986.
- 16 Barbados, Departamento de Asistencia Social. *Report of the Welfare Department 1980-1981*. Bridgetown, 1981, p. 5.
- 17 Barbados, Junta Nacional de Asistencia. *1983-1984 Report of the National Assistance Board*. Bridgetown, 1984, pp. 3-5, 10.
- 18 Barbados, Departamento de Asistencia Social. *Report of the Welfare Department 1978*. Bridgetown, 1978, p. 24.
- 19 Kart, G. *The Realities of Aging: An Introduction to Social Gerontology*. Boston, Allyn and Bacon, 1981, cap. 6.
- 20 Kermis, M. *The Psychology of Human Aging*. Boston, Allyn and Bacon, 1984, p. 71.
- 21 Barbados, Ministerio de Finanzas, División de Asuntos Económicos, Oficina del Primer Ministro. *Barbados Economic Report 1983*. Bridgetown, 1984, p. 21.
- 22 Downes, A. Income Distribution and the Elderly in Barbados. Universidad de las Indias Occidentales, Departamento de Economía, 1982. Documento mimeografiado.
- 23 Russell, B. Some Aspects of the Aged in Barbados. Bridgetown, Universidad de las Indias Occidentales, 1985. Documento mimeografiado, pp. 32-33.
- 24 Morris, R. y Leavitt, T. Issues of Social Service Policy. In: Binstock, R., Chow, W. y Schultz, J., eds. *International Perspective on Aging: Population Policy Challenges*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, 1982, p. 199.

25 Benjamin, J. *Community Care in Barbados: An Evaluation of the Hour Help Service*. Bridgetown, Universidad de las Indias Occidentales, 1983. Documento inédito, pp. 28–30.

26 Barbados, Junta Nacional de Asistencia. *1986–1988 Report of the National Assistance Board*. Bridgetown, 1988, pp. 14–16.

27 Brathwaite, F. *Unemployment and Social Life*. Bridgetown, Antilles Publications, 1983.

SUMMARY

THE ELDERLY IN BARBADOS; PROBLEMS AND POLICIES

Empirical data on conditions affecting elderly people in the Caribbean are very limited. To help deal with this lack of information in the specific case of Barbados, in 1982 a survey was conducted of 525 randomly selected people 65 years of age or older. This article summarizes data derived

from that survey in order to provide an overview of the social and economic circumstances affecting Barbados' elderly population. While it is true that these circumstances do not necessarily mirror those found elsewhere, they clearly have elements in common; and it seems likely that the survey approach applied in this instance could prove useful elsewhere in obtaining worthwhile information.

I Congreso Internacional de Perinatología

Este congreso se llevará a cabo en Guadalupe del 21 al 23 de noviembre de 1990, con objeto de destacar los problemas perinatales específicos de las comunidades del Caribe. Asistirán a este encuentro científicos de Europa y los Estados Unidos de América. Los temas principales se presentarán en inglés y francés y giran en torno a la mortalidad perinatal, el enfoque de riesgo, intervenciones de salud pública y sus aspectos metodológicos, desnutrición e infección intrauterinas, enfermedades congénitas, esquemas preventivos y utilización de recursos técnicos. Información: Caribbean Institute of Perinatology Ltd., Witteweg 46, P.O. Box 112, Curaçao, Antillas Neerlandesas.