

Las políticas públicas en Guatemala para personas mayores desde la determinación social de la salud

Public policies in Guatemala for older people from the social determination of health

doi: [10.61997/bjm.v14i1.453](https://doi.org/10.61997/bjm.v14i1.453)

Rosa Julia Chiroy Muñoz¹, Pedro Enrique Villasana López², Dora Cardona Rivas³

RESUMEN

Introducción: Las políticas públicas responden a modelos de desarrollo formulados por organizaciones internacionales, que no siempre se adaptan a cada país. Guatemala presenta políticas para personas mayores que contemplan servicios integrales de calidad en salud, aporte económico, educación y servicios básicos, con base fundamental en los derechos humanos. Pero la mayoría de los guatemaltecos llegan a la vejez sin gozar de ello; además, los servicios de salud públicos no cubren dichas necesidades, son escasos y están centralizados. **Objetivo:** Analizar las políticas públicas en Guatemala para personas mayores desde el enfoque de la determinación social de la salud. **Métodos:** Se realizó una revisión narrativa, utilizando artículos de revistas indexadas en Scopus, documentos procedentes de páginas web, tesis contenidas en repositorios institucionales y el Marco Legal de Guatemala. **Resultados:** Las políticas analizadas aluden a que las personas mayores deben ser tratadas con respeto, dignidad, derechos económicos, sociales, culturales y políticos. Sin embargo, no se evidencia la exigibilidad y justiciabilidad del marco normativo para abordar las carencias, necesidades y perspectivas de esta población. **Conclusiones:** El enfoque crítico e intercultural de las políticas diseñadas debe considerar la participación de actores con propuestas que estén en correspondencia con las particularidades de la sociedad guatemalteca. Es necesario replantear los proyectos gubernamentales, lejos de un sentido medicalizado, tecnocrático y unicultural, de manera que se preste atención a la salud de las personas mayores como un objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado a partir de las condiciones de vida y su relación con el bienestar.

Palabras clave: Políticas públicas; Personas mayores; Servicios de salud; Determinación social

ABSTRACT

Introduction: Public policies respond to development models formulated by international organizations, which are not always adapted to each country. Guatemala presents policies for older people that contemplate comprehensive quality health services, economic support, education and basic services, based fundamentally on human rights. However, most Guatemalans reach old age without enjoying them; in addition, public health services do not cover these needs, they are scarce and centralized. **Objective:** To analyze public policies in Guatemala for older people from the perspective of the social determination of health. **Methods:** A narrative review was carried out, using articles from journals indexed in Scopus, documents from web pages, theses contained in institutional repositories and the Legal Framework of Guatemala. **Results:** The policies analyzed allude to the fact that older people should be treated with respect, dignity, economic, social, cultural and political rights. However, the enforceability and justifiability of the regulatory framework to address the deficiencies, needs and perspectives of this population is not evident. **Conclusions:** The critical and intercultural approach of the policies designed must consider the participation of actors with proposals that are in correspondence with the particularities of Guatemalan society. It is necessary to rethink government projects, away from a medicalized, technocratic and unicultural sense, so that attention is paid to the health of older people as a complex, multidimensional and dialectically determined object based on living conditions and their relationship with well-being.

Keywords: Public policies, Older people, Health services, Social determination

¹Doctora en Salud Pública. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8980-5192> Correspondencia: rosajuliachiroy@gmail.com

²Doctor en Ciencias Médicas. Universidad de Los Lagos, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8713-8202>

³Doctora en Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5378-3518>

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva biopsicosocial, definir a una persona mayor requiere considerar características en torno a su salud; y se le llama anciano sano cuando carece de problemas funcionales o sociales; anciano enfermo si presenta enfermedades agudas y transitorias; y anciano en situación de riesgo cuando carece de apoyo familiar o está en situación de pobreza, tiene una patología invalidante o terminal, que lo hace permanecer en su domicilio, lo predispone a pérdida de independencia, hospitalización o muerte. La atención a personas mayores requiere formación geriátrica en las facultades de enfermería y medicina, lo cual aporta conocimientos y prácticas para que el personal capacitado asistan de manera oportuna a dicho grupo.^{1,2}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), no existe una persona mayor “típica”, la diversidad se basa en los hechos ocurridos a lo largo de su vida, la cual puede o no presentar problemas de salud o dependencia.³ El punto de corte para definir el inicio de la vejez depende de la esperanza de vida de cada país; el impacto demográfico de la pandemia COVID-19 en América Latina y el Caribe marcó un retroceso de 2,9 años en la esperanza de vida en ambos sexos. En 2019 era de 75,1 años y en 2021 de 72,2 años; la caída de la esperanza de vida fue mayor en Centroamérica, con 3,6 años, que en suma a la región del Caribe, representan la región mundial que perdió más años de vida a consecuencia de la pandemia.⁴

La edad para considerar una persona adulta mayor según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) es 60 años para países en proceso de desarrollo y 65 años para países desarrollados. En Guatemala, la proporción de personas mayores en 1960 representaba el 2,4 % del total de habitantes, en el año 2000 alcanzó 3,8 %⁵ y según las proyecciones para el año 2040 podrían ocupar alrededor del 5,3 %. La prolongación del curso de vida supone desafíos para las sociedades en términos de políticas públicas, que deben incorporar la visión de los acuerdos internacionales y regionales en relación con el género, interculturalidad e intersectorialidad. Esto facilitaría la transición de una etapa asistencialista a otra donde los derechos de las personas mayores estén en el centro de las acciones de las políticas públicas; es fundamental que cuenten con un respaldo que soporte lo ejecutado y brinde los recursos presupuestales, así como los procesos administrativos de forma correcta y transparente.⁶

La Asamblea General de la ONU declaró el período 2021-2030 como la década del envejecimiento saludable;⁷ y pidió a la OMS liderar el proyecto a escala mundial, que pretende la colaboración de gobiernos, académicos, sociedad civil y medios de comunicación, para promover vidas “más largas y saludables”. El plan de acción corresponde al cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos

de Desarrollo Sostenible, para reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sus familias y comunidades. En estos contextos, se generan procesos de discriminación múltiple e interseccional que se acentúan al estar ligados —además de la edad—, con otras formas de discriminación como el sexismo, el capacitismo, el racismo, el clasismo, la identidad sexo genérica, entre otras.⁶

El aumento de la esperanza de vida y disminución de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, representan una proporción creciente de población mayor.⁸ Sin embargo, las políticas públicas desarrolladas parecen no ajustarse a la realidad y necesidad de cada país latinoamericano, donde la exclusión social, la globalización, avances tecnológicos, la urbanización, la migración y cambios en las normas de género influyen en la calidad de vida de las personas mayores sin contar con una respuesta eficiente por parte de los Estados. La República de Guatemala cuenta con una política de protección de la vida y la institucionalidad familiar, una de atención integral y dos leyes para personas mayores, relacionadas con la protección y aporte económico; las cuales con cada período de gobierno se procuran cumplir.^{9,10}

A pesar a los importantes avances en el discurso de los Gobiernos, persisten en los países de la región los mecanismos de discriminación (múltiple y estructural), vinculados con las personas mayores; y son situaciones que vulneran el ejercicio pleno de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, grupos y poblaciones.¹¹ En ese sentido, el objetivo de este trabajo es analizar las políticas públicas en Guatemala para personas mayores desde el enfoque de la determinación social de la salud, para identificar perspectivas y desafíos en la formulación de políticas públicas que respondan a las realidades situadas de los pueblos de Guatemala y América Latina.

MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa,¹² con artículos de revistas indexadas en Scopus, documentos procedentes de páginas web y tesis contenidas en repositorios institucionales; documentos técnicos de planificación de la OMS y la OPS, y el Marco Legal de la República de Guatemala. Se incluyeron referencias en idioma español o inglés, en función de las palabras clave: políticas públicas, personas mayores, servicios de salud, determinación social. Se excluyeron documentos disponibles en internet de más de 10 años de publicación y sin respaldo bibliográfico.

RESULTADOS

La salud colectiva en Latinoamérica

El fenómeno salud - enfermedad ha sido explicado de manera

parcial por la epidemiología clásica positivista, centrada en la descripción cuantitativa de la enfermedad y algunos aspectos contextuales del modo de vida considerados factores causales (de riesgo) de la enfermedad; cuyos resultados se generalizan a poblaciones similares para evaluar la funcionalidad de intervenciones económicas o políticas de cualquier país. Esto, en un contexto donde el capitalismo, y la consiguiente desigualdad en la distribución de la riqueza, “acumulación acelerada, despojo y shock”, han causado deterioro de la salud en pobreza, desigualdad en el acceso y privatización, que deja a amplios sectores sociales sin participación ni beneficio.¹³

La epidemiología, ha servido como recurso de cálculo de paquetes mínimos del modelo de focalización instaurado por el Banco Mundial que, en la “lógica de los mínimos de supervivencia y transformación de los derechos de la salud en mercancía a las que se accede por el mercado, empujó a la salud pública funcionalista a justificar mínimos de supervivencia y desmantelamiento de derechos”. Con ello, se necesitó un modelo epidemiológico que crease un puente entre los más acuciantes problemas de la aceleración con los hechos más visibles de la crisis de la salud.¹⁴

En este contexto de pobres resultados surgió el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS en 2005, provocando respuestas de los sectores de la gestión nacional e internacional, y la validación de la cooperación y la gestión pública hacia acciones redistributivas, sinónimo de equidad. Esto, en un esfuerzo por controlar las distorsiones mayores de la aceleración, pero con cuidado de no amenazar el sistema social en su conjunto; lo que articula e instrumentaliza el círculo de análisis con las raíces socioeconómicas del poder y las relaciones sociales del capital.¹⁴

En paralelo, y en contraste con el modelo de la OMS, emerge el de la determinación social de la salud, nacida a la luz del pensamiento crítico latinoamericano desde los años setenta, como resultado del debate entre la medicina social, la salud pública y la salud colectiva. Dicho enfoque cuestiona las relaciones de poder y del mercado, e intenta sintetizar el análisis de los modos de vivir conformados a través de la historia en clase-etnia, género y los perfiles de salud, con la estructura de acumulación, las políticas de estado y sus relaciones culturales.¹⁴

El debate entre determinantes sociales de la OMS-OPS y determinación social de la salud ha sido caracterizado en tres fases: 1) Fase formativa (1955-1972): donde se establece el capitalismo-socialismo; 2) Fase de instalación (1972-1984): binomio salud-enfermedad como proceso social e histórico, se incorpora el concepto determinación social y también menciona el “metabolismo sociedad/naturaleza”; 3) Fase de diversificación (1984-2000): se profundiza en formas de

práctica distintas, no sólo en la formación e investigación sino proponiendo cambios al Estado, trabajando el derecho a la salud. A posteriori surgen categorías como género e interculturalidad, que se desprenden de la participación de los grupos de personas que trabajan la salud colectiva.¹⁵⁻¹⁸

Determinantes sociales versus determinación social

En 2005 surgió la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, presidida por Michael Marmot (de OPS), que evaluó la forma de subsanar las desigualdades en salud, “pero ignoró olímpicamente”, según Breilh, la pionera producción latinoamericana que científicos del pensamiento crítico expresaban, en un aparente esfuerzo por de contrarrestarla.¹⁴

En 2011, la reunión de ministros de salud en Río de Janeiro, evaluó la influencia de agencias de financiamiento internacional y las consecuencias político-globales de las inequidades en salud; promulgaron la Declaración de Río de los Determinantes Sociales, donde plantearon la importancia de estos en la formulación de políticas públicas, en las estrategias y trabajo técnico.¹⁹ Kira Fortune (OPS), plantea el desarrollo sostenible en las Américas como parte de los compromisos internacionales en la estrategia “Salud en todas las políticas”, para promover la equidad, pues la pobreza e inequidad representa el reto más grande del siglo XXI; sumado a la transición epidemiológica con envejecimiento poblacional con carga en enfermedades crónico-degenerativas.²⁰

Hablar de determinantes de la salud no se trata solo de pobreza, migración, desnutrición, centros de salud u hospitales comunitarios; también se refiere a “los individuos, la familia, y de lo que pasa en las casas, localidades y labores... del entorno en que se vive.” Los determinantes no son factores aislados, sino que constituyen cadenas causales que van de lo estructural a lo más inmediato y a lo que más impacta la vida de las personas. El profesor Marmot dijo: “con enfocarse solo en los más desfavorecidos, no se reducirán las inequidades suficientemente.” Para reducir el gradiente social se deben emprender acciones universales, con una escala que sea proporcional al nivel de desventaja y de necesidad.²¹

No obstante, el modelo OPS-OMS fue adoptado por distintos países como referencia para adaptarlo a sus ámbitos locales, sin asumir el enfoque cuestionador de las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado, que debe integrar el análisis de los modos de vivir estructurados históricamente, como clase-etnia-género, y del enfoque de la salud, con el fundamento de las políticas de Estado. Es allí donde la salud colectiva trajo el “objeto salud” como algo integral, no basado en “partes” o factores determinantes, sino en la presentación del “proceso” de determinación que muestra modos históricos estructurales.¹⁴

La determinación social se esfuerza en construir el

pensamiento que enfoca la salud como un proceso complejo que implica la producción con el contenido histórico-dinámico, y asume el proceso de salud-enfermedad-cuidado relacionado con el poder, la acumulación y la propiedad. Dicho proceso se muestra en tres planos: 1) El general que organiza lo macro, las políticas y el modelo de producción; 2) el particular que media las oportunidades que tienen los grupos humanos en el espacio que ocupan en la sociedad; y 3) el singular, correspondiente al individuo, que ubica el genotipo y fenotipo relacionado con los dos planos anteriores en un movimiento dialéctico que muestra el proceso salud-enfermedad como una “totalidad compleja y dinámica”.²²

Para la determinación social, las desigualdades se producen en el marco de las relaciones sociales, lo cual tiene más peso en el plano general que en los otros dos planos, y justifica que el esfuerzo central y las acciones a realizar deben ubicarse desde el plano general, a diferencia de las determinantes sociales donde no se diferencian los planos del proceso salud-enfermedad. Dicho proceso se da en un marco histórico y social para garantizar la vida y el bienestar de todos los sujetos, relaciones económicas, políticas, ambientales, culturales que promueven las condiciones de vida de las poblaciones.²² De lo que se trata es de la construcción de un nuevo modelo civilizatorio saludable.²³

Políticas públicas y personas mayores, algunos antecedentes internacionales

En Latinoamérica, las políticas públicas para personas mayores se sitúan en paradigmas asistencialistas, que promulgan el envejecimiento activo con enfoque de derechos humanos y enfoque de género. La construcción cultural de las políticas estructurada desde la colonización, ha generado procesos de dominio durante el curso de vida, y generan diferencias y desigualdades, inclusiones y exclusiones. Los “paradigmas” por su lado, son supuestos que constituyen marcos de conocimiento de la realidad, y en este sentido, analizar las políticas públicas en una visión paradigmática implica modelos contextualizados desde las ciencias sociales y movimientos impulsados por organismos internacionales.²⁴

Da Silva y colaboradores²⁵ destacan que la vejez fue posicionada como agenda política internacional; con ello, crearon una nueva “arquitectura” del envejecimiento en el Plan Internacional de Viena por la ONU en 1982. Dicha agenda, se promueve en plena “década perdida” para Latinoamérica provocada por una crisis económica profunda, que pudo ocasionar que se ignoraran las recomendaciones en dicho plan. Las políticas públicas y la institucionalidad tuvieron que adaptarse, proceso que se inicia con la declaración del “Año Internacional para las Personas de Edad” en 1999, donde tocaron temas de la recesión económica, la deuda externa, la hiperinflación, los índices de pobreza y desigualdad.

Así, surgió la necesidad de congregarse a funcionarios públicos, actores de la sociedad civil, técnicos y profesionales, para mostrar las heterogéneas formas de plantear políticas y programas públicos y privados con respecto a la vejez. En 2003, en la Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento, se formularon acuerdos regionales, y promovieron la construcción de una convención internacional del derecho de las personas mayores, lo cual se estableció en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, donde se consideró la situación de la vejez para en Norte-global, enfocada a la racionalidad económica. Luego, la declaración de Brasilia en 2007 generó la necesidad de una convención internacional del derecho de las personas mayores.²⁵

En 2015, en la convención de la Organización de Estados Americanos (OEA), se mencionó la necesidad de visualizar la vejez no desde el modelo asistencialista de las políticas públicas, sino apuntando hacia un enfoque de derecho. El mismo año, la OMS publicó el Informe Mundial sobre el envejecimiento y salud, para abordar los cambios demográficos de la población mayor de 60 años, y sus consecuencias en los sistemas de salud. Propuso establecer políticas y servicios adecuados, basados en el envejecimiento saludable más que en la ausencia de enfermedad, pues el mantenimiento de la capacidad funcional y sentirse útiles e independientes en esa etapa de la vida es lo más importante.³

Alós²⁶ en 2023, concluye sobre la participación de personas mayores en el mercado de trabajo argentino, donde entender lo valioso de su aporte podría mitigar los desafíos que generan las poblaciones envejecidas, según los mecanismos institucionales de cada país. Anota que, las personas mayores en su mayoría, poseen menor tasa de ahorro y mayor consumo en relación con el resto de la población, así como también ofrecen menor fuerza laboral y productividad, que repercuten en menores tasas de crecimiento del producto interno bruto (PIB) y menor nivel de bienestar en el total de la población.

Políticas públicas para personas mayores en Guatemala

La comparación de la esperanza de vida entre países muestra que “en Panamá, Chile, Uruguay, y Brasil, una persona mayor de 65 años puede esperar vivir más de 12 años en buena salud y sin pobreza, en comparación a menos de 5 años en Guatemala y Honduras”. Además, las diferencias entre países en las variables relativas a sistema de pensiones, atención a la dependencia y servicios de salud, plantea que: “La región necesita cambios considerables en las políticas para afrontar el reto del envejecimiento de la población. Estos cambios incluyen la reforma del sistema de pensiones y de salud, así como el desarrollo de sistemas de atención a la dependencia, con un enfoque holístico en el que los tres ámbitos de políticas se diseñen y se apliquen de manera conjunta para aumentar la calidad y la eficiencia”.²⁷

En Guatemala, la atención a las personas mayores ha estado impregnada por un enfoque caritativo y asistencialista. En 1956 se fundó la Asociación de Gerontología de Guatemala, que participó en la asamblea de Viena, y en 1983 se fundó el Comité Nacional de Protección de la Vejez.²⁸ El propósito fue responder a las necesidades de las personas mayores con acciones para alcanzar una vida digna según género, etnia, cultura y credo;⁴ que no obstante, no se evidencian en las políticas públicas actuales.

La Constitución Política de la República de Guatemala (1985), menciona en su Artículo 51, “Protección a menores y ancianos”, aunada a la “Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad” (Acuerdo gubernativo 135-2002). En la misma dirección, el Decreto número 80-96 del Congreso de la República de Guatemala declara que: “el Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos”; establece, entre otros puntos, que se es adulto mayor a partir de los 60 años, y les garantiza su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social.¹⁰

En este sentido, se elabora la Política Nacional de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores (PAIPAM), período 2018-2032 en el marco de la Política y Plan Nacional de Desarrollo: “K’atún Nuestra Guatemala 2032”, vinculado con el Eje de Bienestar para la Gente. Se declaran “estrategias y acciones” para garantizar el acceso a la protección social universal, que incluye servicios integrales de calidad en salud, educación, recreación y servicios básicos; y se reivindica que la base de la política son los derechos humanos reconocidos en la Constitución, y los instrumentos nacionales e internacionales ratificados por Guatemala.¹⁰

La PAIPAM fue instituida por el Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala, y tiene como objetivo general: “Garantizar el acceso a los servicios básicos para las personas adultas mayores por medio de acciones intersectoriales implementadas por las instituciones públicas de manera que permita el envejecimiento activo y saludable de este sector poblacional”. Menciona además derechos humanos, igualdad, equidad de género y etnia; donde sus ejes son: 1) salud integral, 2) empleo, formación y capacitación, 3) protección social, 4) promoción de la justicia y 5) recreación y socialización. Sumado a la “cobertura universal” de la OMS.²⁹

Kashmary Tellez³⁰ en 2006, destaca la falta de promoción de la Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad por parte del Estado guatemalteco y la no exigencia de que la Ley se cumpla por desconocimiento de la población en general, pues el mejor fiscalizador de esta, es el propio beneficiario. También hace referencia a la falta de asignaciones presupuestarias para tal fin; ausencia de un departamento para reportar abuso o maltrato; y la insuficiente cobertura del seguro social. Recomendaba que trabajen de manera

coordinada las instituciones de gobierno, sector privado y actores-beneficiarios; pues es necesario que las personas mayores se incorporen a la actividad económica del país hasta donde le sea posible para generar ingresos y tener derecho a jubilación.

El Decreto 85-2005 o “Ley del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor” promulga la atención a las necesidades básicas, requiriendo de un estudio socioeconómico a cargo de un trabajador social. Contempla aspectos como indemnización e invalidez, una pensión cubierta por el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), normativas en servicios públicos y privados para mejorar la salud y la calidad de vida, con promoción de un envejecimiento activo y saludable. A pesar de ello, según datos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), en Guatemala, más del 40 % de la población adulta mayor se encuentra bajo la línea de pobreza. El 88 % vive sin acceso a una pensión o jubilación y el 12 % que tienen acceso a pensión, no le permite cubrir sus necesidades por los bajos montos que reciben, impidiéndoles vivir de una manera digna.³¹

Tabla 1. Cobertura social a personas mayores en Guatemala, por diferentes programas.

Programas	Población
IGSS (2011)	152 099
Clases Pasividad del Estado (2009)	81 391
Programa del Adulto Mayor (2010)	100 817
	334 307
Adultos Mayores en Guatemala (INE)	650 000
Cobertura total	51,4 %
Adultos mayores sin cobertura	48,6 %

Nota: Tomado de Tomo I. Situación de los derechos humanos en Guatemala durante 2011. <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2356>. De dominio público.

La tabla 1, a pesar de contener información de la pasada década, muestra el grado de marginalidad, exclusión y vulnerabilidad en este grupo poblacional, en especial lo relativo a la seguridad social. Los adultos mayores que no tienen la oportunidad de cotizar al régimen de invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS) del IGSS, o las clases pasivas del Estado, ven agravada su situación a esa edad y se enfrentan a la vida en condiciones más adversas, muchas veces sin apoyo familiar, institucional o por organizaciones no gubernamentales; la mayoría no califican para empleos y por limitaciones físicas no pueden realizar trabajos cubrir sus necesidades básicas.³¹

Por otro lado, la Política de Protección de la Vida y la

Institucionalidad familiar 2021-2032, establece como objetivo general atender la vida del nacimiento a la vejez, al “Garantizar la protección a la vida y la institucionalidad de la familia promoviendo la armonización y optimización de las intervenciones institucionales a través de la plenitud y observancia de los derechos en todas las etapas de vida del ser humano que aborda esta política”; un gran desafío para coordinar entre el nivel central y territorial.⁹

Las políticas públicas protectoras se enfocan en un sector de la sociedad frente a una amenaza detectada, como es el caso de las personas mayores, grupo sin protección de derechos a la salud y de la vida. Este tipo de políticas, que pueden ser conflictivas, cuentan con un respaldo político, jurídico y ético, apoyado en la legislación nacional e internacional. La gestión involucra medidas de legitimación jurídica, vigilancia y evaluaciones del problema; con transparencia y legalidades de las acciones involucradas en el desarrollo de la política (fortalecimiento institucional y administrativo de las agencias estatales, fiscalías, contralorías, personerías y defensorías del pueblo)³²; aspectos en los cuales Guatemala parece estar en deuda.

Discusión, balance y perspectivas

El análisis de las políticas públicas para personas mayores en Guatemala revela que a partir de la constitución de 1985, existen políticas que aluden a la atención integral para personas mayores a través de la promoción de las necesidades básicas (alimentación, educación, seguridad), garantía de la salud, protección social, justicia y recreación, reiteradas hasta hoy en políticas de protección de la vida y la institucionalidad familiar 2021-2032. No obstante, las ideas que se promueven no se materializan en la implementación de procesos que mejoren las condiciones de vida y la precariedad de las oportunidades de las personas mayores para llevar una vida digna.

Subyace la hegemonía de un modelo de atención en salud en el que cada una de las dimensiones de lo humano se constituye en factores aislados sin relación entre sí y menos aún con la totalidad del cuerpo social. En general, las políticas y leyes destacan la relevancia de la alimentación, salud, seguridad, educación, recreación, etc., en la protección de las personas mayores, desconociendo los postulados del pensamiento crítico latinoamericano, en particular la determinación social de la vida y la salud, que permite avanzar hacia el alcance de una soberanía que conduzca a la emancipación de los pueblos.

En la formulación de las políticas públicas en cada región donde habitan las personas mayores, no se logra identificar cómo inciden las dimensiones propuestas por Breilh (general-particular-e individual), en sus formas de vida y menos aún las formas de abordar las bases que subyacen a las desigualdades

e inequidades de este grupo humano. Cabe señalar que la relación entre sociedad y naturaleza estuvo ausente de la mayoría de las teorías de raíz ilustrada. La mayoría de las teorías que iluminan los procesos políticos concuerdan en promover una economía donde los recursos naturales son ilimitados, donde la economía se ocupa de la manera en que reproducimos la sociedad en términos materiales dando lugar a un progreso destructivo.³³

Este metabolismo de la sociedad y la naturaleza, constituye la determinación social histórica y la territorialidad de las relaciones entre la naturaleza y la sociedad. Como señala Breilh: “el metabolismo sociedad-naturaleza implica subprocesos de utilización, transformación, distribución, consumo y excreción, que ocurren en las tres dimensiones (general-particular e individual) en un movimiento reproductivo multidimensional y complejo, los procesos del dominio general subsumen, en un movimiento dialéctico los procesos particulares de menor complejidad y peso y a su vez, estos subsumen el movimiento de menor peso determinante de los procesos individuales”.³⁴

La comprensión de las contradicciones que se dan entre estos procesos de subsunción: probabilísticos, de causalidad, permiten diferenciar la determinación de los determinantes sociales, que dominan hoy la epidemiología y la salud pública convencionales y que hace parte del paradigma a superar también en los procesos de las políticas públicas. Y es en este marco que desarrollar una política pública es todo un proceso político complejo y dinámico, que debe responder a las necesidades de los actores sociales y las características culturales propias de cada territorio.³² Esto se hace evidente en el caso de Guatemala, por no lograr traducir en resultados concretos el conjunto de leyes y políticas, que parecieran ser formuladas desde un paradigma que solo se preocupa por autosostenerse y perpetuarse, bloqueando cualquier transformación desde visiones alternas.

CONCLUSIONES

Cada país debe aplicar políticas para el grupo de personas mayores, por las tendencias en los cambios poblacionales y el gasto que representa, como objetivo general. Se debe buscar la eficiencia (alcanzar los objetivos con el mínimo de recursos) en cada conjunto de políticas y su complementariedad, pues en ningún momento los lineamientos internacionales abordan las condiciones de vida con las inequidades, que obedecen en gran medida a la ignorancia de las relaciones de la sociedad con la naturaleza, en todos los niveles y de la reproducción social que mantiene la precariedad y dependencia de los adultos mayores. La determinación social de la salud y la vida son horizontes para la formulación e implementación de políticas que superen las insuficiencias propias de unos lineamientos en los que el motor del desarrollo es lo económico y el capitalismo con su agenda de acumulación de

poder y riqueza.

Se hace necesario que las políticas partan de las condiciones propias de los actores sociales sometidos a la precariedad de los procesos en los que transcurre su vida, con cuya participación se establezcan los procesos críticos de la sociedad en cada uno de sus niveles. Esto puede permitir que se construyan procesos emancipadores que inciden en la determinación social y promuevan la creación de condiciones que hagan posible el “Buen vivir”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, semFYC; 2004. p. 3. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/147876392/ATENCION-A-LAS-PERSONAS-MAYORES>
- Lesende M. Atención a las personas mayores en atención primaria, necesidad de formación. 2004; 33(8): 415-6 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-las-personas-mayores-atencion-13061586>
- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial del Envejecimiento y la Salud. 2015. Report No.: 978 92 4 069485 9. p vii. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- CEPAL. Los impactos sociodemográficos de la pandemia COVID-19 en América Latina y el caribe. Santiago: Organización de las Naciones Unidas, Naciones Unidas; 2022. Report No.: 22-00159. p 37. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46640/5/S2000898_es.pdf
- Expansión. Datosmacro.com. [Internet].; 2021 [citado 6 octubre 2024]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/guatemala>
- Montes de Oca Zavala V. Buenas prácticas en el ámbito de las políticas públicas para las personas mayores con un enfoque de derechos humanos. Santiago; 2024. p 23. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/80714-buenas-practicas-ambito-politicas-publicas-personas-mayores-un-enfoque-derechos>
- Naciones Unidas. El Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030) en el contexto de la pandemia de COVID-19: Las pandemias deberán cambiar la manera de ver la edad y el envejecimiento. [Internet]; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Contreras V, Villasana López P. Osteosarcopenia y Políticas Pública de Salud en Chile: Una aproximación desde la Determinación Social de la Salud. Comunidad y Salud. 2023; 21(2). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv21n2/vol21n22023.pdf#page=81>
- Gobierno-de-Guatemala. Política Pública de Protección a la Vida y la institucionalidad de la Familia 2021-2032. Guatemala; 2021. Report No.: 978-9929-692-80-0. Disponible en: <https://www.maga.gob.gt/download/politica-publica-proteccion-vida.pdf>
- SEGEPLAN. Políticas Públicas. [Internet]. 2024 [citado 15 junio 2024]. Disponible en: <https://siplan.gt/siplangt/View/capp0.aspx>
- CEPAL. Buenas prácticas en el ámbito de las políticas públicas para las personas mayores con un enfoque de derechos humanos. Boletín de envejecimiento y derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. 2024; Boletín Envejecimiento y Desarrollo No. 22. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/buenas-practicas-ambito-politicas-publicas-personas-mayores-un-enfoque-derechos-humanos>
- Fortich Mesa N. Revisión sistemática o revisión narrativa? Ciencia y Salud Virtual. 2013; 5(1): 1-4. doi: [10.22519/21455333.372](https://doi.org/10.22519/21455333.372)
- Breilh J. Aceleración agroindustrial: peligros de la nueva ruralidad del capital ¿Agroindustria y soberanía sanitaria? 2011. p. 171-190. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3509>
- Eibenschutz C, Tamez González S, González Guzmán R. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memora del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud D.F.: UNiversidad Autónoma Metropolitana; 2011. p 48-50. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/4/Breilh%2C%20J.-CON-109a-Una%20perspectiva.pdf>
- Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico-Sociales. 1986; (37): 1-10. Disponible en: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina__autora__asa_crsitina_laurell.pdf
- Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirara la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010; 6(1): 83-101 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115246007.pdf>
- Arouca S. Historia natural de las enfermedades. Rev Cubana Salud Púb. 2018; 44(4):1-13. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1708>
- Zúñiga Olivares MA. Salud contra capitalismo contemporáneo, un abordaje desde el pensamiento crítico de Vicente Navarro. J Manag Prim Health Care. 2023; 15:e007. Disponible en: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/1381>
- Urbina Fuente M, González Block MÁ. Importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: <https://www.insp.mx/images/stories/>

- [Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf](#)
20. Ferrelli RM. Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales México: Area: Salud; 2015. p. 5. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salud-enfoque-determinantes-sociales.pdf>
 21. Santos Burgoa C. Los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en la reducción del gradiente social en la práctica de la salud. In Urbina Fuentes M. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Primera ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. p. 59. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf
 22. Carmona-Moreno LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. Rev Ciencia Salud. 2020; 18: 1-17. doi: [10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135](https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135)
 23. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública. Rev Fac Nac Salud Publica. 2013; 31(supl 1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
 24. da Silva Villar A, Caro Puga S, González Torralbo H. Vejez y Políticas en Latinoamérica, una revisión de la literatura. Perf Latinoam. 2023; 32(63). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532024000100107
 25. Viveros-Madariaga A. Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. 2001. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/7155>
 26. Alós M. Impacto de la reforma del sistema previsional en la participación de las personas mayores en el mercado de trabajo argentino. Rev Latinoam Población. 2023; 17:e202311. Disponible en: <https://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/265>
 27. Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibarrarán P, et al. Envejecer en América Latina y El Caribe: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. p XIX. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores.pdf>
 28. del Valle Cobar DR. Derechos Humanos y personas adultas mayores. 2011. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r29529.pdf>
 29. CONAPROV. Política Nacional de Atención Integral a las Personas Adultas mayores en Guatemala Período 2018-2032. 2017. Disponible en: <http://ecursos.segeplan.gob.gt/CAPP/documentos/84/POLITICA%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES%20%20VERSION%20FINAL%20DICIEMBRE%202.pdf>
 30. Kashmary Tellez SL. Análisis socio-jurídico de la aplicación de la Ley del Protección para las Personas de la tercera edad, su reglamento y los derechos humanos específicos. 2006. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_6456.pdf
 31. PDH. Guatemala. PDH Informe situación derechos humanos de las personas adultas mayores. Procuraduría de los derechos Humanos [Internet]. Red Latinoamericana de Gerontología. 2012. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2356>.
 32. Gómez Arias RD. Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. Rev Fac Nac Salud Pública. 2012; 30(2): 223-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a11.pdf>
 33. Toledo V, González M. El metabolismo social: las relaciones entre la sociedad y la naturaleza. En: El paradigma ecológico de las Ciencias Sociales. 2007; Icaria. p.85-112.
 34. Breilh J. Epidemiología crítica y las salud de los pueblos, Ciencia ética y valiente en una civilización malsana Ecuador: Oxford University Press; 2023. p. 144. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener relaciones financieras con organizaciones que pudieran tener algún interés en el artículo ni otras relaciones, conflictos de interés o actividades que pudieran influenciar su publicación.

Autoría

Todos los autores contribuyeron conjunta y equitativamente el diseño, producción, redacción y revisión de este manuscrito.

Recibido: 10 octubre 2024
Aceptado: 19 noviembre 2024