Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos

Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México

Apuntes para un diagnóstico

Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México

Apuntes para un diagnóstico

Contenidos

BOLIVIA 5

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA 6
   - 1.1. La población mayor en Bolivia según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 6
   - 1.2. Evolución de la población mayor en Bolivia en el período 1975-2050 7
2. CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR 13
   - 2.1. Salud 13
   - 2.2. Educación 13
   - 2.3. Situación económica y pobreza 15
   - 2.4. Vivienda y formas de residencia 18
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL 22
   - 3.1. Reconocimiento de los derechos de los adultos mayores 22
4. RED DE RECURSOS 27
   - 4.1. Instituciones que prestan apoyo y servicios a los adultos mayores 27

COLOMBIA 29

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA 30
   - 1.2. Evolución de la población mayor en el período 1970-2050 33
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA 38
   - 2.1. Salud 38
   - 2.2. Trabajo 43
   - 2.3. Vivienda 44
   - 2.4. Formas de convivencia 45
   - 2.5. Educación y Vejez en Colombia 46
   - 2.6. Situación económica y pobreza 46
   - 2.7. Estudios sobre las características sociodemográficas de la población adulta mayor 49
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL 50
   - 3.1. Reconocimiento de los derechos de los Adultos Mayores 50
   - 3.2. Políticas, planes o programas dirigidos hacia las Personas Mayores 63
4. RED DE RECURSOS 86
   - 4.1. Red de recursos sociosanitarios 86
   - 4.2. Redes de apoyo social 86

COSTA RICA 98

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA 99
   - 1.1. Población de adultos mayores según el IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda de 2000 99
   - 1.2. Evolución de la población mayor en Costa Rica en el período 1975-2050. 102
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES 108
   - 2.1. Salud 108

2.2. Seguridad económica 118
2.3. Vivienda 128
2.4. Formas de convivencia 129
2.5. Participación 131
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL 136
3.1. Reconocimiento de los derechos de los Adultos Mayores 136
3.2. Políticas, planes y programas 142
4. RED DE RECURSOS 170
4.1. Red de recursos sociosanitarios 170
4.2. Redes de apoyo social 173

ECUADOR 183

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA 184
1.1. Población total y Población de Adultos Mayores según el VI Censo de Población y V de Vivienda (Nacional) de 2001, y actualizaciones posteriores 184
1.2. Evolución de la población mayor en el período 1970-2050 187
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN ECUADOR 191
2.1. Salud 191
2.2. Trabajo 197
2.3. Vivienda 199
2.4. Formas de convivencia 201
2.5. Situación económica y pobreza 202
2.6. Estudios sobre las características sociodemográficas de la población adulta mayor 206
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL 207
3.1. Reconocimiento de los derechos de los Adultos Mayores 207
3.2. Políticas, planes y programas 210
4. RED DE RECURSOS 217
4.1. Red de recursos sociosanitarios 217
4.2. Redes de apoyo social 217

MÉXICO 219

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA 220
1.1. Población Total y Población de Adultos mayores según el XII Censo General de Población y Vivienda de 2000, y actualizaciones posteriores 220
1.2. Evolución de la población mayor 223
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO 230
2.1. Salud 230
2.2. Trabajo 238
2.3. Vivienda 241
2.4. Formas de convivencia 243
2.5. Uso del tiempo y Participación 245
2.6. La experiencia de envejecer 248
2.7. Situación económica y pobreza 250
2.8. Estudios sobre las características sociodemográficas de la población adulta mayor. 251
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL 255
3.1. Reconocimiento de los derechos de los adultos mayores 255
3.2. Políticas, planes y programas 269

4. RED DE RECURSOS 300
4.1. Red de recursos sociosanitarios 300
4.2. Redes de apoyo social 303

LÍNEAS DE TRABAJO FUTURO Y PROPUESTA DE ACTUACIONES CONCRETAS 308

1. INTRODUCCIÓN 309
2. LÍNEAS DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES 310
2.1. Avanzar hacia un conocimiento más profundo de las condiciones de vida de los adultos mayores y de los dispositivos de promoción y atención 310
2.2. Impulsar el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y establecer mecanismos para la evaluación del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de derechos existentes. 311
2.3. Desarrollar actuaciones que cubran las diversas necesidades de las personas mayores y tengan en cuenta sus diferencias 312
2.4. Prestar una atención especial a las situaciones de dependencia, que constituyen uno de los principales retos para la política de mayores 316
2.5. Impulsar la formación y capacitación de los profesionales del sector 318
2.6. Incorporar el enfoque de género y la solidaridad intergeneracional, en el marco de una política para todas las edades 318
3. PROPUESTA DE ACTUACIONES CONCRETAS 319
3.1. En relación con el conocimiento de las condiciones de vida de los adultos mayores y de los dispositivos de promoción y atención 319
3.2. En relación con el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y la evaluación del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de derechos existentes 320
3.3. En relación con la cobertura de las necesidades de las personas mayores 320
3.4. En relación con la atención de las situaciones de dependencia 322
3.5. En relación con el impulso de la formación y capacitación en materia de atención a las personas mayores 323
3.6. En relación con la incorporación del enfoque de género y de la solidaridad entre generaciones, en el marco de una política para todas las edades 323

SELECCIÓN DE DOCUMENTOS EN LA RED SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EN BOLIVIA, COLOMBIA, COSTA RICA, ECUADOR Y MÉXICO 324

1. SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 325
1.1. Aspectos sociodemográficos 325
1.2. Seguridad Económica 327
1.3. Salud 328
1.4. Entornos Favorables 329
1.5. Marco Legal 330
1.6. Declaraciones, planes y programas 331

2. SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN BOLIVIA, COLOMBIA, COSTA RICA, ECUADOR Y MÉXICO 332
2.1. Bolivia 332
2.2. Colombia 332
2.3. Costa Rica 333
2.4. Ecuador 334
2.5. México 335
3. ENLACES DE INTERÉS 337

BOLIVIA

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. La población mayor en Bolivia según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, la población de 60 y más años de edad constituye en Bolivia 7 por ciento de la población total. De los 8.274.325 habitantes censados en Bolivia, 579.259 tienen 60 o más años de edad, de los cuales 268.032 son hombres y 311.227 mujeres

Aunque, Bolivia todavía presenta una estructura por edad joven, la proporción de personas de la tercera edad se ha incrementado en los últimos 25 años, de aproximadamente una persona por 16 en 1976 a 1 por 14 en 2001.

Los departamentos en los que se concentra una mayor proporción de población adulta mayor son los de Potosí y Oruro. En Potosí se ha pasado de aproximadamente una persona de 60 o más años por cada 14 habitantes en 1976 a una por 10 en 2001, y en Oruro de una persona por 16 en 1976 a una por 12 en 2001. Estos incrementos en la proporción de personas de la tercera edad están relacionados principalmente con la disminución de la población en edades productivas que migran hacia otros departamentos, debido a distintos factores de carácter fundamentalmente socioeconómico.

Los departamentos del oriente boliviano, Pando, Santa Cruz y Beni son los que presentan los porcentajes más bajos de población adulta mayor (4,0, 4,7 y 4,9 por cien, respectivamente).

En términos absolutos, la mayor cantidad de población adulta mayor se encuentra concentrada en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz,los más poblados del país.

Bolivia. Población total, población de 60 o más años y porcentaje que suponen los adultos mayores sobre el total de la población

	Población total	Población de 60 o más años	Porcentaje
Total	**8.274.325**	**579.259**	**7,0%**
Chuquisaca	531.522	43.531	8,2%
La Paz	2.350.466	185.838	7,9%
Cochabamba	1.455.711	108.571	7,5%
Oruro	391.870	33.949	8,7%
Potosí	709.013	68.269	9,6%
Tarija	391.226	24.836	6,3%
Santa Cruz	2.029.471	94.551	4,7%
Beni	362.521	17.639	4,9%
Pando	52.525	2.075	4,0%

Fuente: INE. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

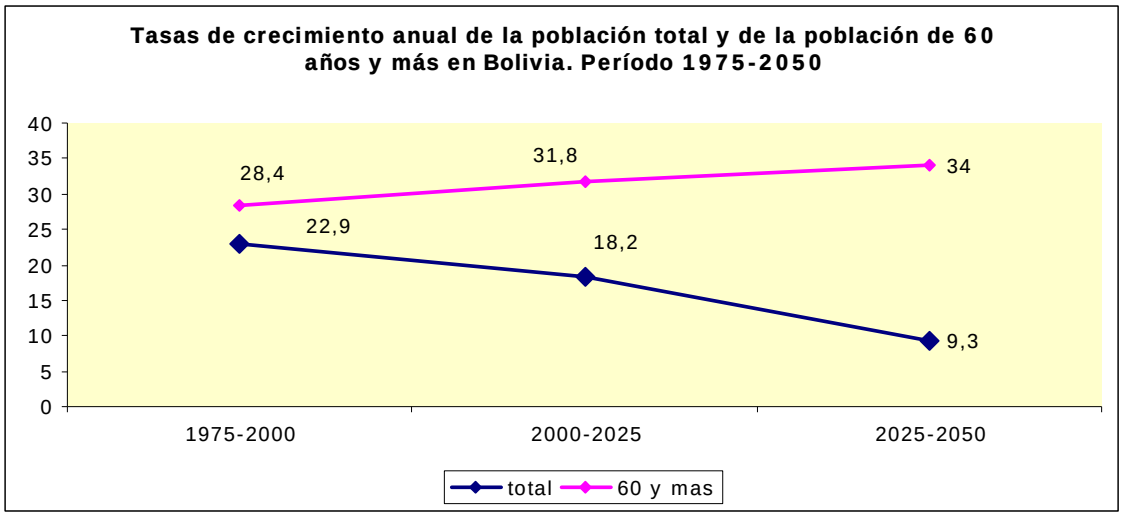
1.2. Evolución de la población mayor en Bolivia en el período 1975-2050

A partir de las cifras ofrecidas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía se puede observar el incremento continuado de la población de 60 años y más en Bolivia, que para el año 2000 representaba el 6,4% de la población total. Se estima que este porcentaje puede aumentar hasta alcanzar el 9% en 2025; a mitad del presente siglo la población adulta mayor podría representar el 16,6% del conjunto poblacional.

Bolivia. Población total y Adultos Mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (miles de personas, a mitad del año)				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	**4.759**	**8.428**	**13.268**	**16.734**
Hombres	2.345	4.194	6.632	8.351
Mujeres	2.414	4.234	6.636	8.383
Hombres %	49,3%	49,8%	50,0%	49,9%
Mujeres %	50,7%	50,2%	50,0%	50,1%
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	**264**	**537**	**1.192**	**2.786**
Hombres	123	244	537	1.280
Mujeres	143	293	653	1.506
Proporción s/ la población total %	**5,5%**	**6,4%**	**9,0%**	**16,6%**
Hombres %	46,6%	45,4%	45,1%	45,9%
Mujeres %	54,2%	54,6%	54,8%	54,1%

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

El aumento creciente del número de personas mayores coexiste con un descenso en el ritmo de crecimiento de la población total. El gráfico sobre las tasas de crecimiento de la población total y de la población mayor refleja estas diferentes tendencias. La tasa de crecimiento anual de la población de 60 años y más presenta una evolución ascendente que inicia en el período 1975-2000 con el dato de 28,4 personas por cada mil habitantes para pasar en el ciclo 2000-2025 a 31,8 por mil; las proyecciones la sitúan en un 34 por mil para el segundo cuarto del siglo XXI. Entre tanto, la tasa de crecimiento del conjunto poblacional es cada vez menor: para el período 1975-2000 la tasa se situaba en 22,9 personas por cada mil habitantes y se calcula que descenderá hasta 3,1 personas por cada mil habitantes hacia 2050.



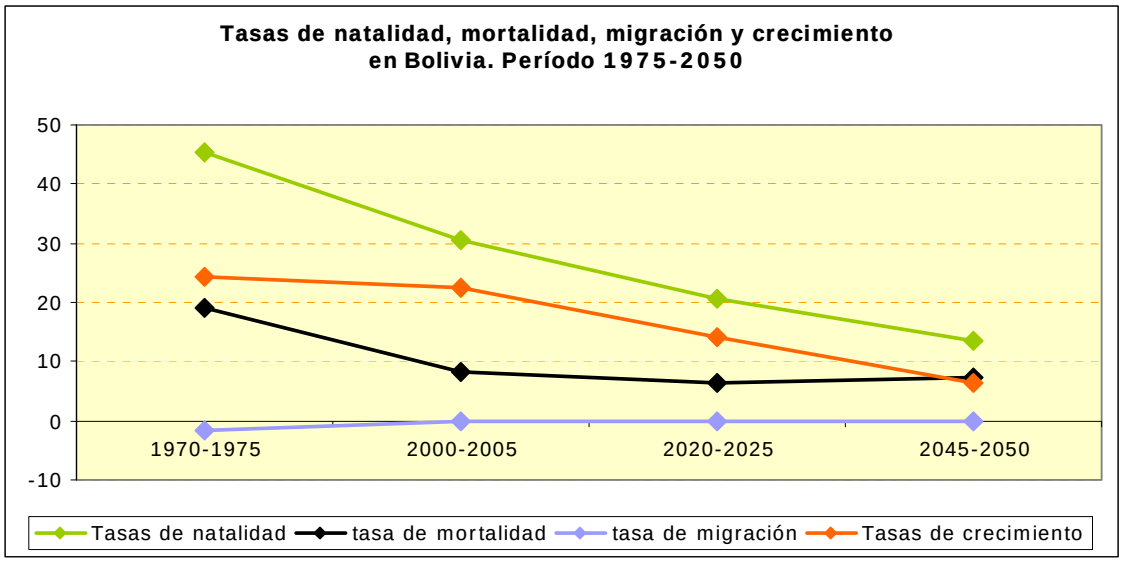
CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Boletín Demográfico No. 72. América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950 - 2050.

Este comportamiento desigual entre estas tasas se explica a partir de la evolución de factores como el descenso de la fecundidad, de la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, entre otros.

Se observa en Bolivia una tendencia decreciente tanto de la natalidad como de la fecundidad. Así, la tasa global de fecundidad, es decir, el número promedio de hijos por mujer, se situaba en el lustro 1970-1975 en 6,5, para pasar en el quinquenio 2000-2005 a 3,96. Se calcula que en el período 2020-2025 el número de hijos se situara en los 2,26 y para el 2045-2050 esta cifra se reducirá hasta los 1,85 hijos por mujer. Por su parte, la tasa bruta de natalidad muestra una tendencia de fuerte descenso en el número de nacimientos por cada mil habitantes. Para el quinquenio 1970-1975 esta variable se encontraba en 45,21 mientras que en el período 2000-2005 la cifra disminuyo hasta los 30,54 nacimientos. Las previsiones estiman que hacia mitad de siglo la tasa bruta de natalidad se ubicará en 13,63 nacimientos por cada mil habitantes.

La tasa bruta de mortalidad presenta también una trayectoria descendente: en el quinquenio 1970-1975 esta tasa se encontraba alrededor de los 19 fallecimientos para descender hasta los 8,16 decesos por cada mil habitantes en el período 2000-2005. Se prevé que está tasa siga descendiendo aunque a un ritmo menor y se sitúe a mitad del presente siglo en torno a las siete muertes por cada mil habitantes.

El saldo migratorio presenta valores negativos. Así, en el quinquenio 1970-1975 se registra un valor de -1,78 personas por cada mil habitantes. Este proceso de abandono del país conoce su momento más alto en el lustro 1980-1985, momento en que esta tasa se situaba en -3,53 personas. Para el quinquenio 2000-2005 este flujo migratorio se equilibra y mantiene valores iguales a cero.

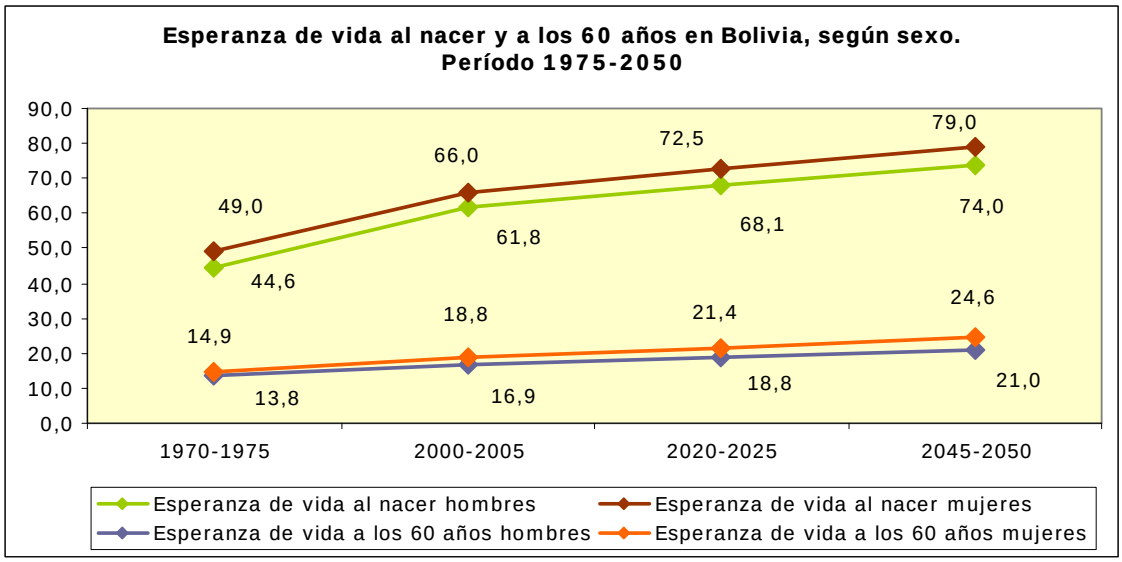


CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025.

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado de manera notable: en el quinquenio 1970-1975 la expectativa vital de los bolivianos se situaba en 46,74 años, al inicio del presente siglo esta cifra se encontraba en los 63,84 años, estos es 17 años más de vida. Se calcula que esta tendencia de ascenso se mantendrá aunque a un menor ritmo. Así, para el quinquenio 2020-2025 esta esperanza de vida se situará en 70,24 años y para el lustro 2045-2050 podría alcanzar los 76,44 años.

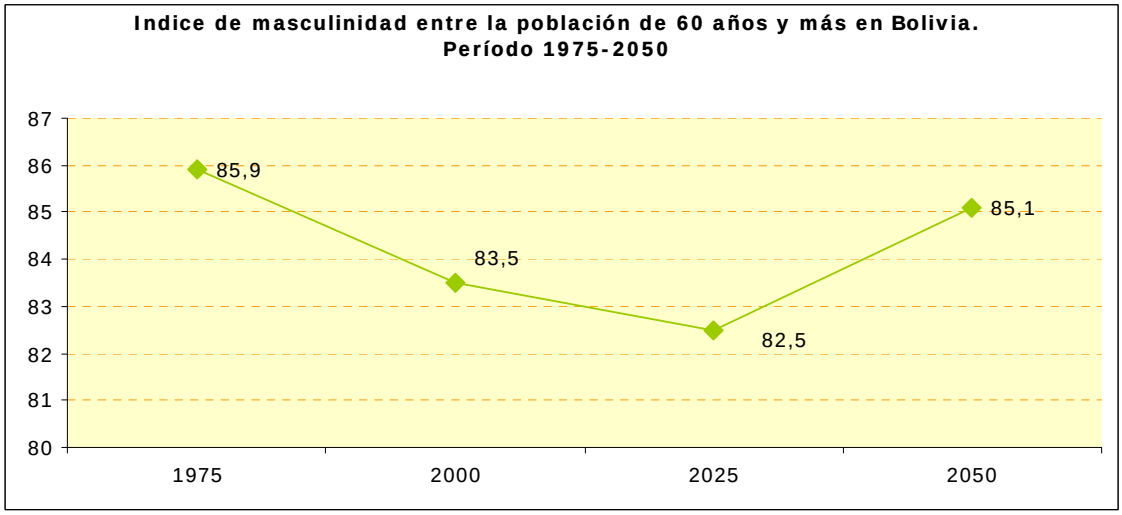
Al considerar el género se observa que las mujeres mantienen una esperanza de vida al nacer, en promedio, de cinco años más que los varones. Por lo que se refiere al número de años que le restaría por vivir a una persona de 60 años, las diferencias entre hombre y mujeres continúan, y así, para el quinquenio 1970-1975, los varones mantenían una expectativa vital de 13,8 años adicionales frente a los 14,9 de las mujeres. A mitad del presente siglo, se estima que la esperanza de vida a los 60 años será de 21 años para los varones y de casi 25 para las mujeres.

En el quinquenio 2000-2005 la expectativa vital a los 80 años se situaba en los 5,56 años en los hombres y en 6,23 entre las mujeres. Las proyecciones apuntan a un aumento en esta expectativa por lo que para el primer cuarto de siglo la esperanza de vida a los 80 años se situará en 7 y 9 años según el género.



CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025.

El incremento en la expectativa vital de la población en general y de las mujeres en particular genera una mayor presencia de éstas en grupo etario de 60 años y más. Esta circunstancia se refleja en un índice de masculinidad con valores menores a cien: en el año 2000 el índice registra una cifra de 83,5 hombres por cada cien mujeres, se estima que para el año 2025 el dato será de 82,5 para aumentar ligeramente y situarse a mitad de siglo en 85,1 varones por cada cien mujeres. Este mayor peso se puede observar también al considerar la presencia de las mujeres dentro de la población anciana en términos porcentuales: las mujeres bolivianas de 60 años y más representan en torno al 54% de la población adulta mayor



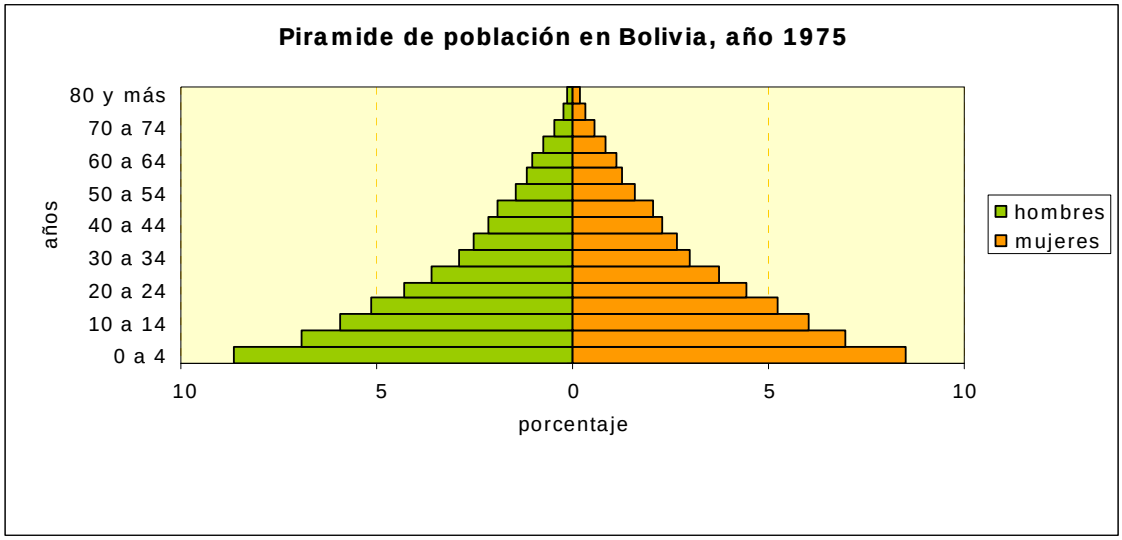
CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Boletín Demográfico No. 72. América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950 - 2050.

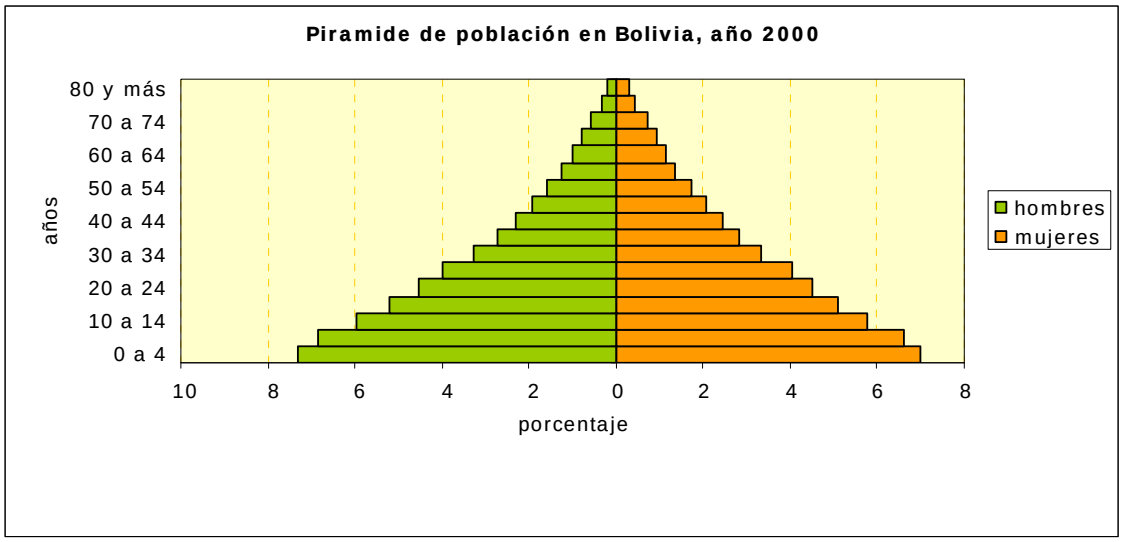
Otra de las circunstancias suscitadas por el aumento en la esperanza de vida es un incremento de la población de 75 años y más dentro de la población anciana y respecto a la población total, aunque en Bolivia, a diferencia de otros países con un proceso de envejecimiento más avanzado, el porcentaje de personas de 75 años y más respecto del conjunto poblacional mantiene todavía porcentajes poco significativos.

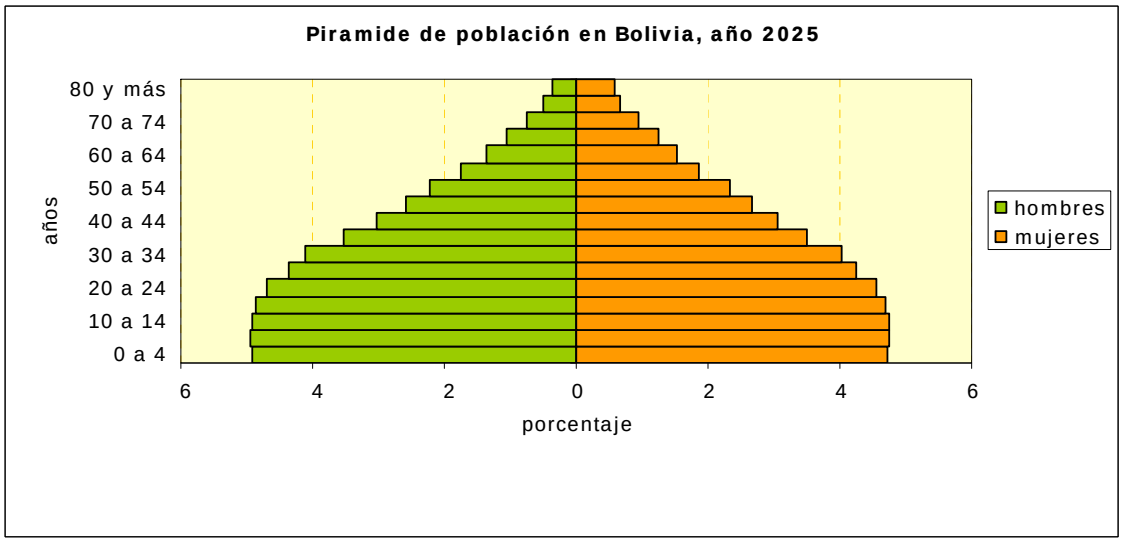
Bolivia. Población de 75 años y más en el período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)				
	1975	**2000**	**2025**	**2050**
Total	41	102	277	779
% respecto a la población de 60 y más años	15,5%	19,0%	23,2%	28,0%
% respecto a la población total	0,9%	1,2%	2,1%	4,7%

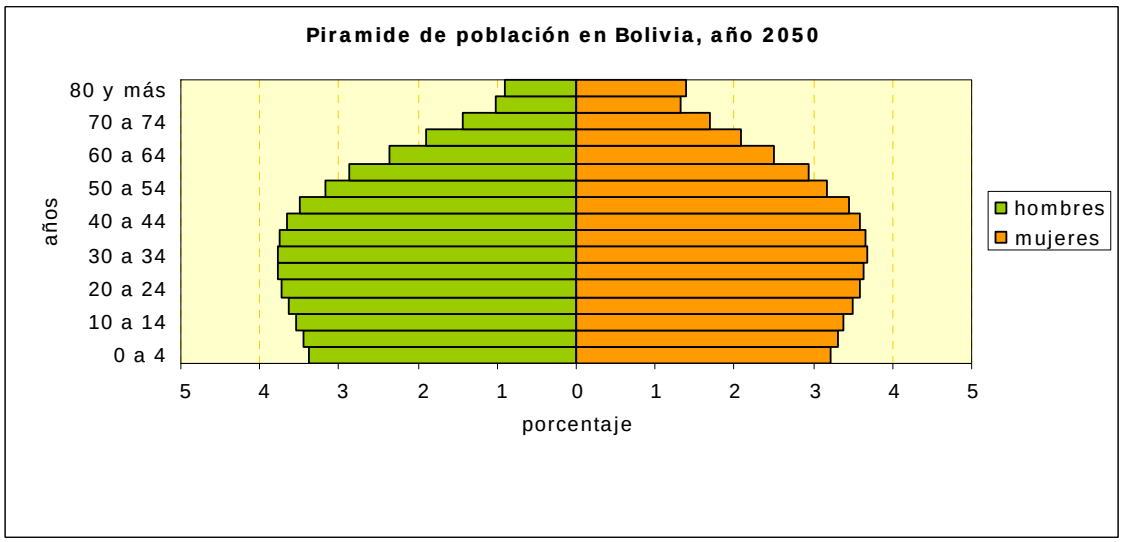
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población.

La evolución de todas las anteriores variables se refleja en la transformación de la pirámide de población boliviana en diferentes momentos. Las pirámides relativas a los años 1975 y 2000 muestran una población joven, donde el peso de los mayores es todavía menor. Sin embargo, la correspondiente al año 2025 proyecta ya un cambio en la estructura demográfica donde la base empieza a disminuir. La pirámide del año 2050 dibuja una imagen de carácter rectangular, donde las cohortes de edad de 30 a 34 y de 40 a 44 presentan un mayor peso dentro de la población total, la base empieza a ser menor que estas cohortes y la referidas a los adultos mayores resultan más significativas.









Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

2.1. Salud

Las personas mayores son las que declaran en mayor proporción sentirse enfermas, con relación a los demás grupos de edad. La población mayor es un segmento especialmente vulnerable y expuesto a los riesgos de contraer enfermedades.

De acuerdo con la Encuesta MECOVI 2002, de un total de 190.197 personas de 60 o más años que declararon haber recurrido a personal médico o no médico para atender su salud, el 21 por ciento fue atendido en la Caja Nacional de Salud u otras cajas del sistema, el 19 por ciento en hospitales públicos y el 26 por ciento en centros de salud, puesto o posta de salud, clínica u hospital privado, consultorio médico particular o directamente en una farmacia. El resto fueron atendidos en su propia casa, la mayor parte de las veces por personas sin cualificación sanitaria, con las implicaciones y riesgos del caso.

De acuerdo al comportamiento de la patología atendida en el Hospital Obrero, las especialidades que atendieron en mayor proporción a los beneficiarios del Seguro de Vejez fueron: cirugía general, medicina general, traumatología, neurología, urología y oncología.

2.2. Educación

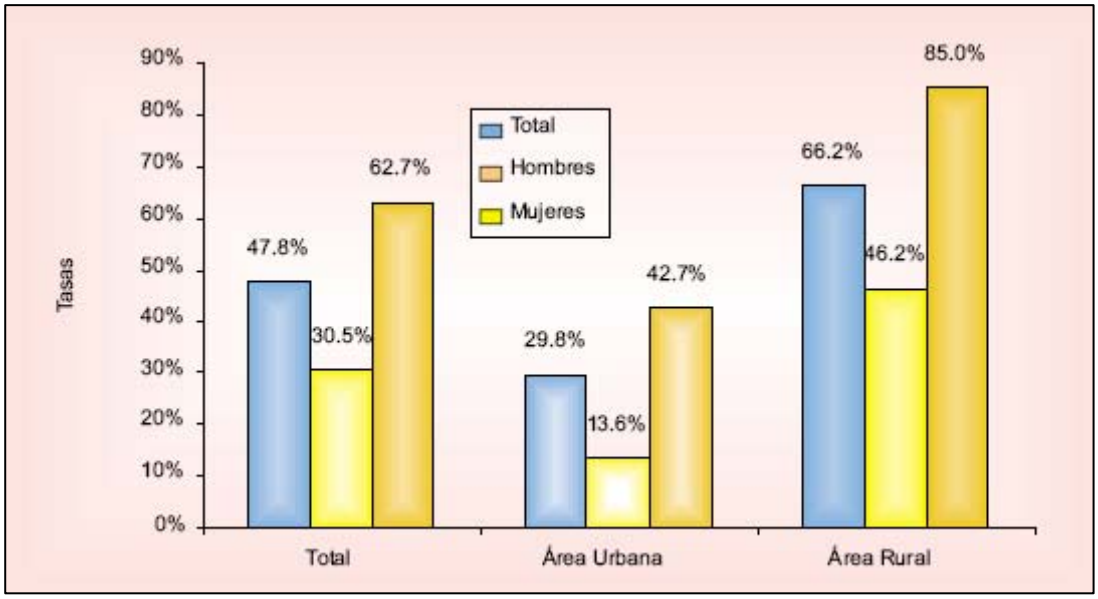
La población en Bolivia en términos generales y la población adulta mayor en particular, se caracteriza por poseer un bajo nivel de instrucción. El reconocimiento de la importancia que tiene la educación en el desarrollo de los recursos humanos y los avances más importantes en cuanto a nivel y cobertura educativa, han tenido lugar recién durante las últimas décadas, y no han alcanzado a la población adulta mayor.

Más de 75 por ciento de la población adulto mayor en Bolivia no ha logrado pasar del ciclo básico, llegando esta cifra a 95 por ciento en el área rural y a 60 por ciento en el área urbana.

De acuerdo con datos del Censo 2001, mientras que la población menor de 30 años tiene un analfabetismo de 3,9 por ciento, en la población adulto mayor la proporción de analfabetos es del 47,8 por ciento, lo que supone que de las 579.259 personas de 60 y más años de edad censadas, 275.000 no saben leer ni escribir.

Se observa una relación directa entre la edad y el analfabetismo, de manera que las generaciones de mayor edad presentan un mayor porcentaje de analfabetos, mientras que las generaciones más recientes, han tenido un mayor acceso a la educación, por lo que presentan tasas de analfabetismo menores respecto a las anteriores. El analfabetismo afecta en mayor medida a la población adulto mayor del área rural y en especial a las mujeres.

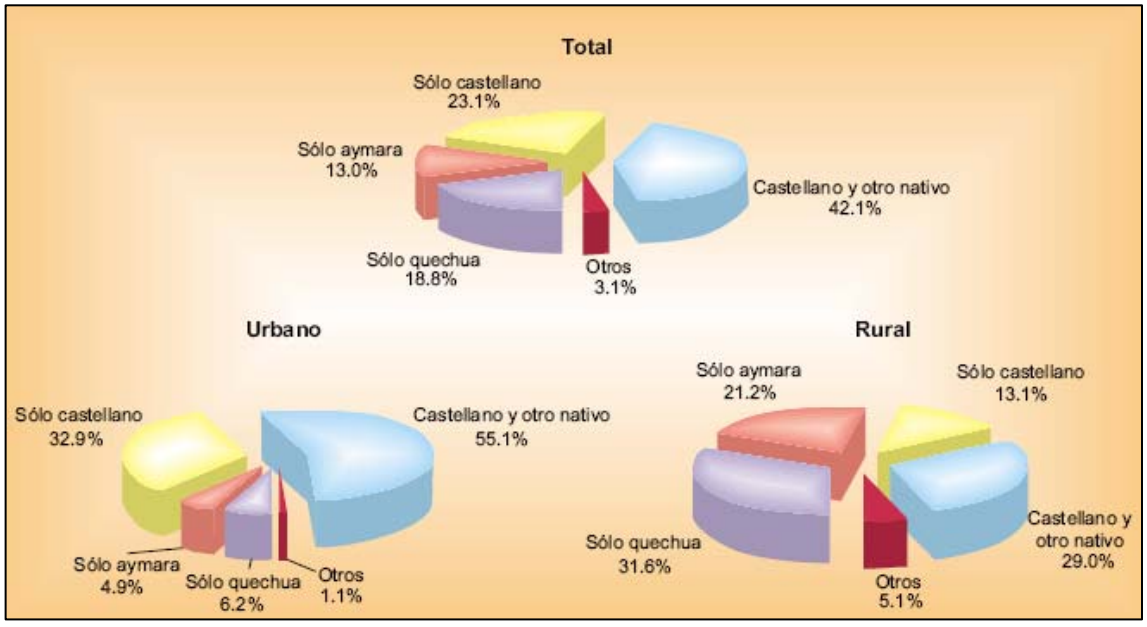
Bolivia. Tasas de analfabetismo de la población adulta mayor, según sexo y área de residencia. 2001



Fuente: INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001

El 23 por ciento de la población adulta mayor habla sólo castellano; un 42 por ciento, castellano y otros idiomas nativos; un 18,8 por ciento habla sólo quechua, un 13 por ciento sólo aymara y un 3 por ciento otros idiomas nativos. Un porcentaje importante de la población adulto mayor es monolingüe nativa, particularmente en el área rural.

Bolivia. Porcentaje de la población adulta mayor según idioma que utiliza y área de residencia. 2001



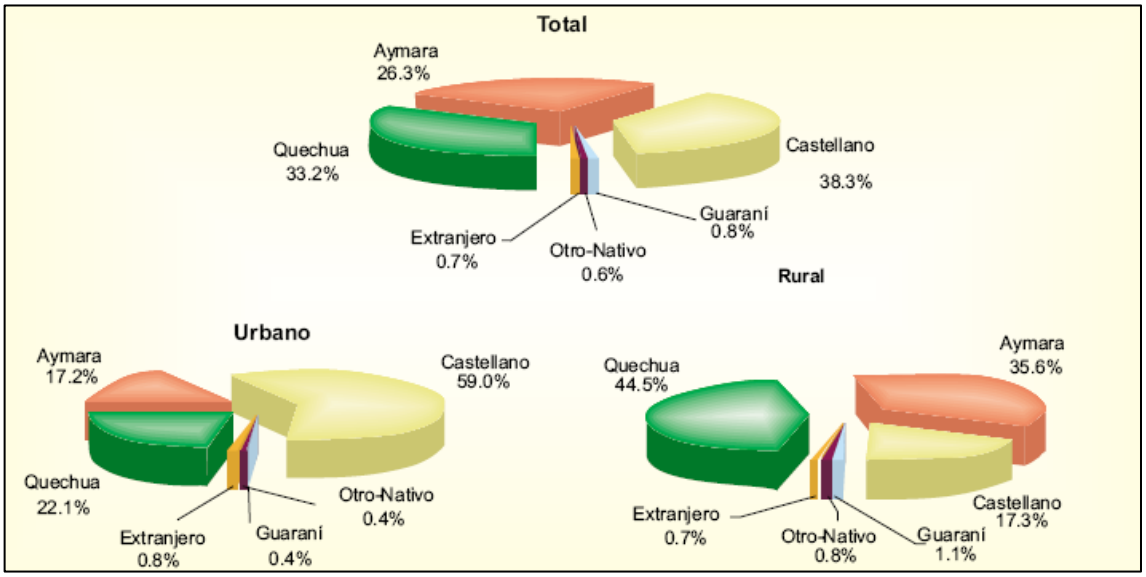
Fuente: INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001

Cuando se toman en consideración las diferencias en la práctica del idioma, según la edad, puede apreciarse que las personas en edades más avanzadas hablan exclusivamente idiomas nativos como quechua y aymara, en mayor proporción que los grupos de menor edad.

El 61 por ciento de la población adulta mayor tiene como idioma materno un idioma originario. Los diferenciales por área en cuanto se refiere a esta variable son sustanciales: mientras en el área urbana la mayoría de la población adulta mayor aprendió a hablar en castellano, en el área rural el porcentaje mayoritario es el quechua.

La comparación entre el idioma materno y el idioma que habla habitualmente la población de la tercera edad nos da una clara idea del proceso de castellanización que viene ocurriendo en el país. De los 192.132 adultos mayores que aprendieron a hablar en quechua, el 56 por ciento se quedó con el quechua como único idioma, un 43 por ciento aprendieron a hablar castellano además del quechua aprendido en su niñez, y un uno por ciento abandonaron el quechua para hablar solamente el castellano. Similar proceso es el que sigue la población adulta mayor cuyo idioma materno fue el aymara y el guaraní.

Bolivia. Porcentaje de la población adulta mayor según idioma materno y área de residencia. 2001



Fuente: INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001

2.3. Situación económica y pobreza

2.3.1. Participación de la población adulta mayor en la actividad económica

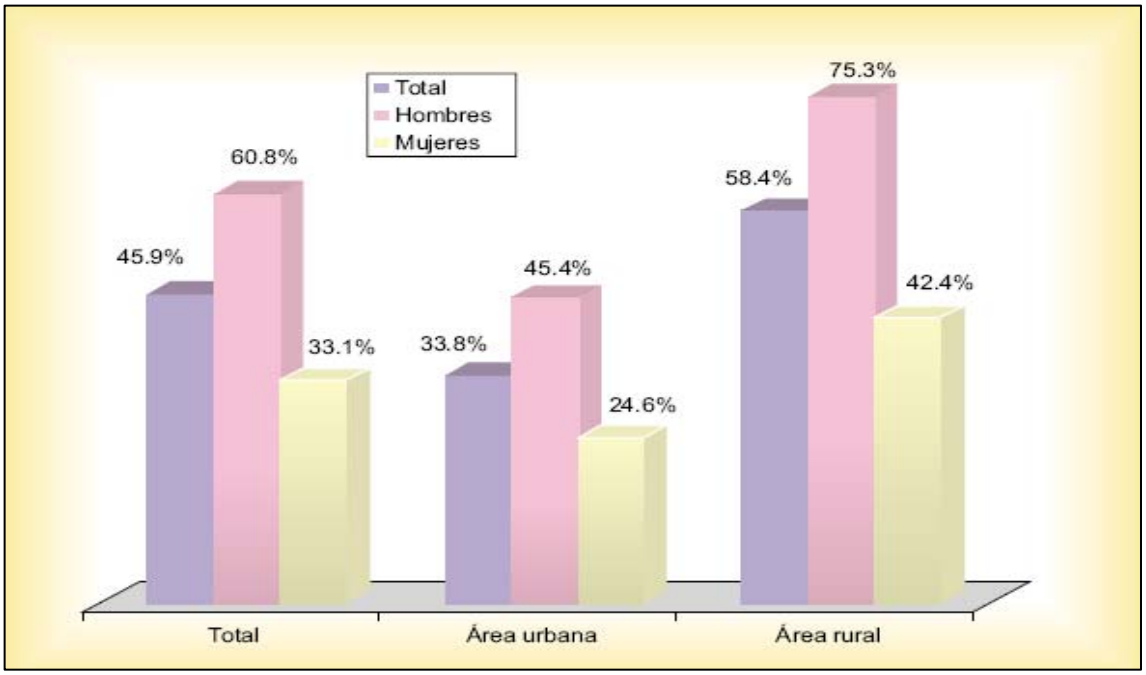
La población adulta mayor sigue cumpliendo un papel importante en la producción de bienes y servicios, pues casi la mitad (46%) de la población de 60 y más años de edad continúa inserta en la actividad económica. Esta elevada participación

laboral revela una situación que, lejos de constituir una opción voluntaria, puede atribuirse tanto a la baja cobertura de los sistemas de jubilación como al escaso monto de las jubilaciones percibidas por los pocos que cuentan con tal protección.

Las diferencias entre área urbana y rural, son evidentes. Mientras la población adulta mayor en el área urbana presenta una tasa de participación de 33,8 por ciento, en el área rural esta tasa alcanza a 58,4 por ciento. En el área rural, la agricultura se constituye en la actividad económica principal y los factores de carácter económico, social y cultural y principalmente la inexistencia de sistemas de jubilación, provocan una permanencia obligada de la población de la tercera edad en el mercado laboral.

La actividad agropecuaria es la que concentra el mayor porcentaje de población adulta mayor ocupada. Le sigue en orden de importancia la población ocupada que se dedica al comercio por mayor y menor.

Bolivia. Tasas de participación en la actividad de la población adulta mayor por sexo y área de residencia. 2001.



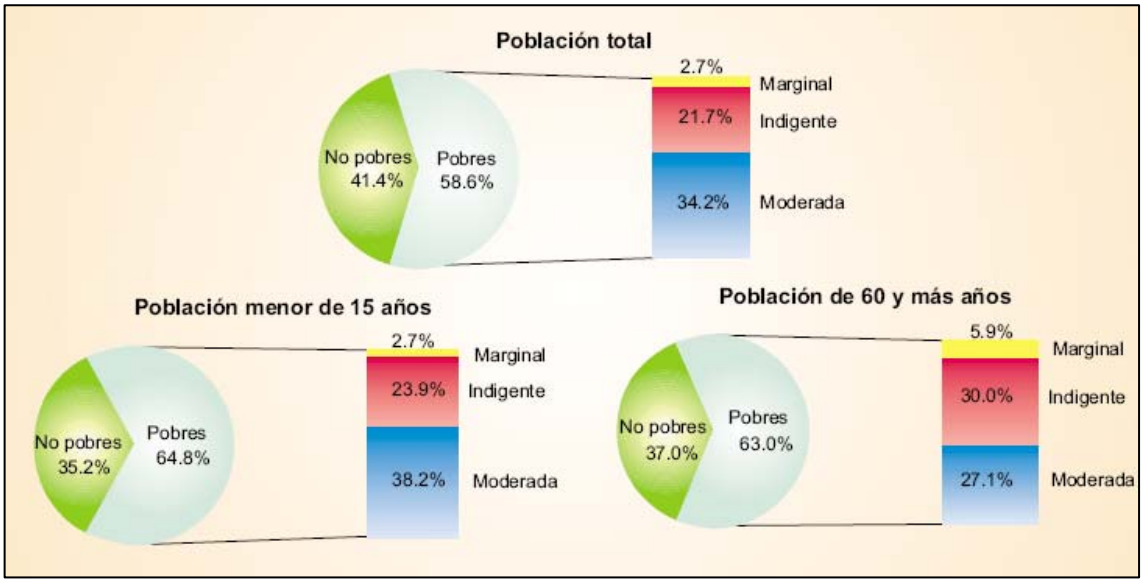
Fuente: INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001

2.3.2. Pobreza

La pobreza es la principal amenaza que se cierne sobre el bienestar de la población de la tercera edad en Bolivia. De acuerdo con el mapa de pobreza elaborado con información del Censo 2001, la incidencia de la pobreza y la marginalidad es mayor en la población de la tercera edad que en el resto de la población. En el año 2001, un 63 por ciento de la población de la tercera edad se encontraba en situación de pobreza, cifra superior en un 8 por ciento a 58,7 por ciento de incidencia de pobreza que presentaba el total de la población.

Aunque la incidencia de la pobreza que muestra la población de 60 y más años de edad es casi igual a la que presenta el grupo de los menores de 15 años, sin embargo el porcentaje de los pobres más pobres como es el caso de los indigentes y marginales, es significativamente más alto en la población adulta mayor. El porcentaje de población marginal dentro de los adultos mayores (5,9%) es más que el doble respecto al porcentaje de población marginal en el grupo de los menores de 15 años y de la población total (2,7% en ambos casos). El porcentaje de indigentes también es netamente superior entre los mayores de 60 años (30,0%) que entre los menores de 15 (23,9%) y en la población total (21,7%).

Bolivia. Porcentaje de población por nivel de pobreza (total, adultos mayores y población menor de 15 años). 2001.



Fuente: INE. Mapa de pobreza 2001

La incidencia de la pobreza y de la marginalidad tuvo una disminución relativamente importante entre 1992 y 2001, pero esta reducción fue menor en la población de la tercera edad que en el resto de la población. Durante este período, la pobreza en la población de la tercera edad disminuyó desde un 72 por ciento a un 63 por ciento y la marginalidad desde un 8,3 por ciento a un 5,9 por ciento. Mientras la reducción de la pobreza alcanzó 9 puntos porcentuales para la población de la tercera edad, el descenso fue de 12 puntos porcentuales para el total de la población.

Ese 63 por ciento de la población adulta mayor en condición de pobreza, equivale a 357.610 personas mayores de 60 años que residen en viviendas que no reúnen las condiciones apropiadas, carecen de servicios de agua y saneamiento, utilizan combustibles no adecuados para cocinar, tienen bajos niveles de educación y presentan una inadecuada atención de salud. La población adulta mayor no pobre representa 37 por ciento, de los cuales 56 por ciento tienen sus necesidades básicas satisfechas y el restante 44 por ciento está en el umbral de la pobreza.

Las situaciones de pobreza de los adultos mayores son mucho más severas en las áreas rurales, en las que el 93% de la población adulta mayor es pobre, frente a un 33% en las zonas urbanas.

Bolivia. Población de 60 y más años según nivel de pobreza y área de residencia. 2001						
	Total		Área urbana		Área rural	
Total	**567.570**	**100,0%**	**284.037**	**100,0%**	**283.533**	**100,0%**
Necesidades básicas satisfechas	116.732	20,6%	112.340	39,6%	4.392	1,5%
Umbral de pobreza	93.228	16,4%	77.866	27,4%	15.362	5,4%
Pobreza moderada	153.799	27,1%	70.779	24,9%	83.020	29,3%
Indigente	170.336	30,0%	21.752	7,7%	148.584	52,4%
Marginal	33.475	5,9%	1.300	0,5%	32.175	11,3%
Total bajo el umbral de pobreza	357.610	63,0%	93.831	33,0%	263.779	93,0%

Fuente: INE. Mapa de pobreza 2001

2.4. Vivienda y formas de residencia

2.4.1. Características de la vivienda

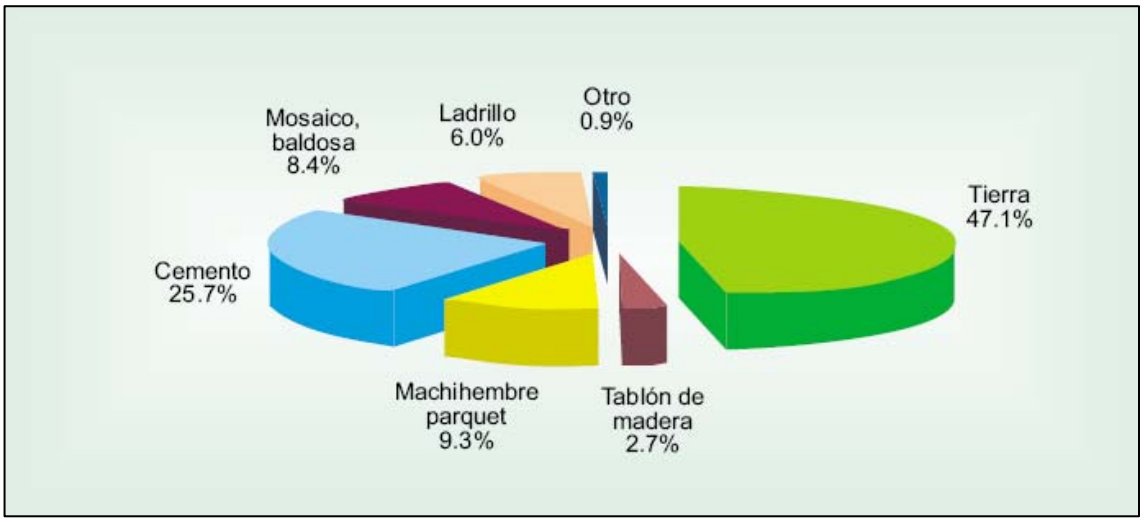
De acuerdo con el censo de 2001 la mayoría de las personas de 60 y más años de edad viven en viviendas cuyo material de construcción en las paredes es el adobe o tapial (62,3%), seguido en menor proporción por la población adulta mayor que reside en viviendas con paredes de ladrillo, bloque o cemento (27,3%). El porcentaje de población adulta mayor que reside en viviendas con paredes de adobe o tapial respecto al total es superior al de la población total, donde sólo 50 por ciento de la población reside en viviendas con pared de adobe.

Los materiales utilizados en las paredes que se consideran inadecuados, como adobe sin revocar, tapial, piedra, caña son los que predominan en el área rural, donde el porcentaje de población adulta mayor que reside en viviendas cuya pared es de adobe se aproxima a 80 por ciento, mientras que en el área urbana el material predominante es el ladrillo o bloques de cemento (material considerado de mejor calidad), aunque un porcentaje muy importante (45,3%) de la población adulta mayor urbana reside en viviendas con paredes de adobe.

La mayoría de la población adulta mayor, reside en viviendas cuyo techo es de calamina o plancha (43%). Un porcentaje también importante los hace en viviendas cuyo techo es de paja o caña (27%) o en viviendas con techo de tejas (26%). En el área rural 5 de cada 10 personas de 60 y más años de edad residen en viviendas con techo de paja o caña y sólo 3 de cada 10 reside en viviendas con techo de calamina o plancha.

El piso es el que mejor define la calidad habitacional desde el punto de vista sanitario. Los materiales de paredes y techos pueden variar notablemente, según patrones culturales y condiciones medioambientales, de manera que ciertos materiales pueden ser adecuados en un determinado contexto e insatisfactorios en otros. Los pisos sin protección y de materiales fácilmente degradables, en cambio, representan un riesgo a la salud en cualquier ecología. Desde este punto de vista es realmente preocupante el hecho de que a inicios del siglo XXI, la mayoría de la población adulta mayor en Bolivia continúe en viviendas con pisos de tierra.

Bolivia. Población adulta mayor según el material del piso de su vivienda. 2001



Fuente: INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001

Los datos del Censo 2001 revelan que aproximadamente 43 por ciento de la población adulta mayor no cuenta con agua por cañería de red, esta situación empeora en el área rural donde 71 por ciento de esta población no cuenta con este servicio.

La disponibilidad de servicio sanitario en las viviendas de la población adulta mayor es de apenas 58 por ciento. Las conexiones son en su mayoría precarias y la ausencia de sistemas de alcantarillado o de cámaras sépticas deriva en la descarga directa en pozos ciegos o, en el peor de los casos, en la superficie.

Aproximadamente 43 por ciento de la población adulta mayor no cuenta energía eléctrica en sus viviendas. Si bien en el área urbana la mayoría de la población adulta mayor cuenta con acceso a energía eléctrica en sus viviendas, en el área rural esta cobertura apenas alcanza a 23 por ciento.

2.4.2. Tipo de hogar

Un uno por cien de los adultos mayores (3.356 personas) viven en hogares colectivos (asilos, conventos, internados, hospitales). El 35 por ciento de los mayores de 60 años viven en hogares nucleares en los que los demás ocupantes son familiares directos del adulto mayor. Del 64 por ciento restante, el 48 por ciento viven en hogares extendidos o compuestos, y el 16 por ciento en hogares unipersonales, es decir hay 89.577 personas de la tercera edad que viven solos.

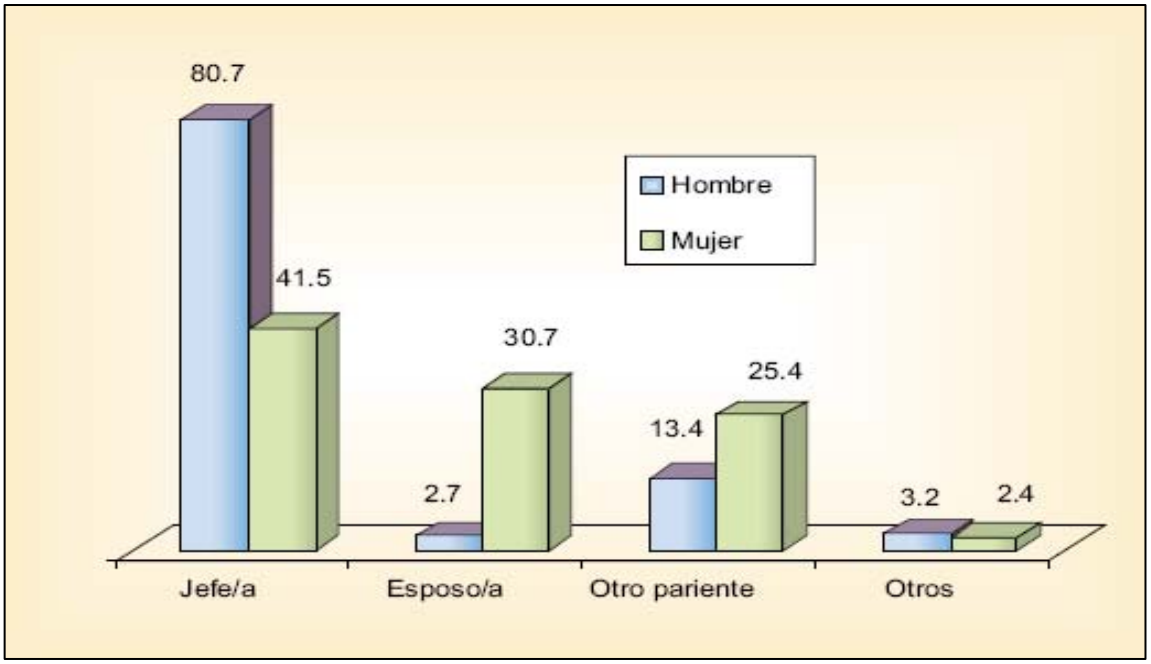
Bolivia. Población de 60 y más años según tipo de hogar y área de residencia. 2001						
Tipo de hogar	Total		Área Urbana		Área Rural	
	Hogares	Población	Hogares	Población	Hogares	Población
Total	**451.098**	**575.020**	**229.149**	**288.910**	**221.949**	**286.110**
Hogares Colectivos	863	3.356	656	3.060	207	296
Hogares Particulares	450.235	571.664	228.493	285.850	221.742	285.814
Unipersonal	89.577	89.577	33.481	33.481	56.096	56.096
Nuclear	145.353	204.320	63.556	86.020	81.797	118.300
Extendido	172.850	220.937	100.864	125.674	71.986	95.263
Compuesto	42.455	56.830	30.592	40.675	11.863	16.155

Fuente: INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001

De las 1.977.665 personas que, según el censo de 2001, cumplen el rol de jefes de hogar en Bolivia, 345.590 son personas de 60 y más años de edad, de las cuales apenas 48.334 cuentan con una jubilación. De los restantes 297.256 adultos mayores que tienen la responsabilidad de llevar adelante un hogar, 178.051 son ocupados; 5.390 desocupados y 108.961 son económicamente inactivos sin goce de jubilación o renta.

Casi el 60 por ciento de la población adulta mayor cumple el rol de jefe de hogar, mostrando un claro predominio la jefatura masculina que alcanza 80,7 por ciento, casi el doble respecto a la jefatura femenina. Una de las razones de la mayor jefatura masculinas puede ser explicada por el hecho de que en Bolivia todavía se halla presente el sentimiento de respeto hacia la figura masculina, lo que hace que generalmente se declare como jefe de hogar al hombre de la familia.

Bolivia. Población de 60 y más años según relación de parentesco con el jefe de hogar. 2001.



Fuente: INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001

La situación conyugal es un factor que incide de manera directa en las posibilidades de independencia y el fortalecimiento intergeneracional de los adultos mayores. Por lo general, la pérdida del cónyuge acrecienta la dependencia con respecto a los otros miembros de la familia y convierte en elemento de tensión personal que dificulta las interacciones cotidianas, por tanto el análisis de la situación conyugal de la población de la tercera edad, se constituye en un elemento importante para comprender mejor su estado afectivo, psicológico y social, luego de que los hijos han crecido, formado su propia familia y dejado el hogar paterno.

A medida que aumenta la edad, se incrementa el número de personas que han perdido a su compañera/o y viven solos. Esta situación implica un alto costo emocional, que afecta su participación en la vida social y familiar.

De acuerdo con la información registrada en el Censo de 2001, sólo el 9 por ciento por ciento de la población mayor de 60 años es soltera. El estado civil

predominante está dado por los casados o convivientes, que representan el 57 por ciento de la población de 60 y más años de edad. La proporción de casados o convivientes es considerablemente mayor en población masculina que en la femenina, algo que puede ser explicado por el hecho de que en muchos casos los hombres se casan con mujeres de menor edad y por la frecuencia con que los hombres viudos o divorciados vuelven a contraer nupcias.

Los viudos representan 30,5 por ciento de las personas de 60 y más años de edad. La viudez es más común entre las mujeres que entre los hombres. Este hecho obedece, en buena medida, a la mayor esperanza de vida de las mujeres y al patrón cultural, que facilita más probabilidades a los varones para establecer una nueva unión, después de la viudez.

Una proporción significativa de adultos mayores (43,4%), se encuentran en esta etapa de su vida sin compañero o compañera, ya sea porque nunca se casaron, enviudaron o se divorciaron.

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de los derechos de los adultos mayores

3.1.1. Referencias constitucionales

La Constitución Boliviana de 1967, reformada por la Ley Nº 2410, reconoce con carácter universal en su artículo 7º "Derechos y deberes fundamentales de la persona", en su inciso k) el derecho "A la salud pública y a la seguridad social, en la forma de terminada por esta Constitución y las Leyes".

El Art. 163, sobre preferencia a beneméritos, declara que los beneméritos de la Patria merecen gratitud y respeto de los poderes públicos y de la ciudadanía, en su persona y patrimonio legalmente adquirido. Ocuparán preferentemente cargos en la Administración Pública o en las entidades autárquicas o semiautárquicas, según su capacidad. En caso de desocupación forzosa, o en el de carecer de medios económicos para su subsistencia, recibirán del Estado pensión vitalicia de acuerdo a ley. Son inamovibles en los cargos que desempeñen salvo casos de impedimento legal establecido por sentencia ejecutoriada. Quienes desconozcan este derecho quedan obligados al resarcimiento personal, el benemérito perjudicado, de daños económicos y morales tasados en juicio.

El Art. 158 de la Constitución Política del Estado define a la Seguridad Social como "el conjunto de garantías legales tendientes a asegurar al ser humano igualdad de oportunidades: un elemental, permanente y creciente bienestar del grupo familiar, que suprima el temor a las contingencias que pueden afectar al equilibrio de su economía familiar, resguardando la salud física y moral del individuo, garantizándole condiciones habitacionales compatibles con la dignidad humana, haciéndolo accesible a la educación, cultura y recreo, asegurándole un descanso pagado, cuando por invalidez o ancianidad no pueda procurarse un salario, liberándolo en fin, de todo temor a las contingencias que puedan afectar su pleno desarrollo humano como miembro de la sociedad en que vive".

3.1.2. Seguridad Social

Bolivia promulgó en el año 1956 el Código de Seguridad Social dando cumplimiento al mandato de la Constitución Política del Estado y bajo los principios de universalidad, solidaridad, integridad, etc. que se extendía a todos los ciudadanos sin distinción o diferencia en el sexo o la nacionalidad y creaba algunas otras instituciones y condiciones de trabajo para la población en general. El Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar. El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familiares en los casos de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte. El Código de Seguridad Social es obligatorio para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos, que trabajan en el territorio de la República y prestan servicios remunerados para otra persona natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo, o contrato de aprendizaje, sean éstas de carácter privado o público, expresos o presuntos.

La seguridad social en Bolivia considera dos regímenes en su organización: el primero denominado de corto plazo, referido a maternidad e invalidez menor a las 52 semanas y el segundo de largo plazo referido al régimen de pensiones, (invalidez que afecta por un tiempo mayor a las 52 semanas, sea por riesgos comunes o profesionales) y el de sobre vivencia.

El sistema de pensiones se ha reformado, pasando del sistema de reparto a un nuevo sistema de capitalización individual caracterizado por la contribución individual de cada trabajador en cuentas individuales de pensiones que son administradas por Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), entes privados que cobran por sus servicios y por la administración de los fondos de capitalización individual (FCI) y de los fondos provenientes de las empresas capitalizadas (Fondo de Capitalización Colectiva, FCC).

Hasta mayo de 1997 estuvo vigente el sistema de pensiones de reparto simple, en el cual los aportes de los trabajadores activos servían para pagar las rentas de los jubilados. Este sistema conjuntaba las prestaciones de corto y largo plazo.

Según cual fuera el Ente Gestor (Fondo de Pensiones Básicas, FOPEBA, y Fondos de Pensiones Complementarios, FONCOM's), las condiciones de acceso a la jubilación diferían, pero mantenían la concesión realizada por el Código de Seguridad Social de 1952 sobre edades mínimas.

En mayo de 1997 se aprobó la Ley de Pensiones que pone en vigencia el Seguro Social Obligatorio de largo plazo (SSO). El SSO es un sistema de capitalización individual, por tanto tiene carácter de autofinanciamiento y con derechos de propiedad claramente establecidos.

En este sistema, las personas acceden a la jubilación cuando pueden financiar el 70 por ciento de su promedio salarial, independientemente de su edad ó a los 65 años pueden acceder a la jubilación los Afiliados que financian al menos el 70 por ciento de un salario mínimo nacional.

Para reconocer los pagos realizados al sistema de reparto de los afiliados que se vieron obligados a traspasarse al nuevo sistema, se instituyó la compensación de cotizaciones.

Las prestaciones del nuevo sistema están dirigidos a la renta por jubilación, por invalidez por riesgo común, riesgos profesionales, muerte, gastos funerales y el pago del BONOSOL. La renta por jubilación se paga a los afiliados una vez cumplidos los 65 años de edad o en su caso tener en su cuenta un monto acumulado equivalente a 70 por ciento de su salario base.

El BONOSOL es una medida de política social que universaliza las prestaciones de la Seguridad Social de largo plazo. Es el pago de un beneficio anual y vitalicio para los bolivianos mayores de 65 años de edad y es un beneficio otorgado incorporado a la Seguridad Social.

Se concibe al BONOSOL como una política pública de lucha contra la pobreza considerando además que la pobreza moderada y extrema tienen una mayor incidencia en la población mayor de 64 años de edad.

El financiamiento del beneficio proviene de la liquidez generada por los activos del Fondo de Capitalización Colectiva (Acciones de las Empresas Capitalizadas, Inversión en cuotas del Fondo de Capitalización Individual y Recursos de Alta Liquidez). Por lo tanto, no significa un costo para el Tesoro General de la Nación.

Anualmente este pago alcanza a aproximadamente $us. 100,000,000.- y desde el año 2003 hasta el 31 de mayo de 2007 han recibido este pago 552.809 personas, como se detalla en el cuadro siguiente.

Bolivia. Beneficiarios del BONOSOL a 31 de mayo de 2007		
Departamento	Beneficiarios pagados	Porcentaje
Chuquisaca	41.617	7,5%
La Paz	175.777	31,8%
Cochabamba	101.592	18,4%
Oruro	34.138	6,2%
Potosí	60.681	11,0%
Tarija	30.384	5,5%
Santa Cruz	89.426	16,2%
Beni	17.467	3,2%
Pando	1.727	0,3%
Total	**552.809**	**100,0%**

Se entiende como beneficiario a aquel ciudadano o ciudadana que hubiera cobrado al menos una de las gestiones del beneficio del BONOSOL establecido en la Ley nº 2427 de 28 de noviembre de 2002

Para facilitar los trámites del Pago del Bonosol, existe un Convenio entre la Corte Nacional Electoral y la Dirección Nacional de Identificación Personal. La Corte Nacional Electoral es la entidad encargada de administrar, entre otros el Registro Civil (Nacimientos, Defunciones, Matrimonios). La Dirección Nacional de Identificación Personal es la entidad dependiente de la Policía Nacional, responsable de llevar adelante el proceso de identificación de la población boliviana.

El Convenio entre estas dos entidades permite mejorar la cobertura de los pagos de Bonosol y disminuir la burocracia en la tramitación de los documentos de identidad de los beneficiarios y también permite reducir el riesgo de fraude.

Para el pago del Bonosol, las Administradoras de Fondos de Pensiones a través de una entidad subcontratada, coordinan el pago con entidades del sistema financiero, como ser bancos, mutuales, financieras, etc. con el propósito de contar con una amplia cobertura territorial en los centros de pago.

Planes de reforma de la Ley de Pensiones

Dentro de los planes de reforma que el gobierno tiene previsto llevar adelante se encuentra la modificación y la probable derogación de la actual Ley de Pensiones. Las modificaciones a la Ley de Pensiones solicitadas por los movimientos sociales se enfocan principalmente en la prestación de jubilación. Estas modificaciones están referidas a:

- Modificación de edad de acceso a la jubilación
- Modificación de la tasa de reemplazo requerida para acceder a la prestación de jubilación.
- Introducción de número mínimo de aportes, requerido para acceder a la prestación.
- Creación de una pensión mínima garantizada.

Estas modificaciones amplían el universo de Afiliados que acceden a la prestación de jubilación, pero con montos de pensión más bajos, y universalizan el acceso a una pensión mínima a todos los aportantes al sistema.

3.1.3. Salud

El Código de Salud de la República de Bolivia, aprobado por Decreto Ley nº 15620, de 18 de julio de 1978, estableció el derecho a la salud de todo ser humano que habite en el territorio nacional boliviano, sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado.

El seguro básico de salud, creado por Decreto supremo núm. 25265, de 12 de enero de 1998, pretende el acceso universal y está destinado a otorgar prestaciones esenciales de salud con calidad y adecuación cultural. Sus prestaciones tienen carácter promocional, preventivo, curativo y están orientadas a reducir, en particular, la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna. Se determinan, entre otras cuestiones, el acceso y las personas protegidas, las prestaciones (en beneficio de la niñez, de la mujer y de la población en general), el alcance de las prestaciones y la financiación.

El 16 de enero de 2006 se promulga en reemplazo de la La Ley 1886 Seguro Médico Gratuito de Vejez, la Ley 3323, del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, y en fecha 20 de diciembre del mismo año su Decreto Reglamentario No 28968, norma que a diferencia de la anterior Ley, permite a los municipios escoger a los prestadores de servicios médicos para este grupo de población principalmente con la intensión de que las poblaciones del área rural puedan acceder a estos servicios. El Seguro de Salud para el Adulto Mayor es de carácter integral y completamente gratuito, que significa la atención médica para personas mayores de 60 años que radiquen permanentemente en el territorio nacional y que no cuenten con ninguna clase de seguro de salud.

Estructura del sector de salud

La Constitución y el Código de Seguridad Social estipulan la cobertura universal en salud, aunque éste es un mandato que aún está lejos de haberse cumplido.

El Bolivia hay tres subsectores de salud: el subsector público, el seguro social y el subsector privado. El subsector público está integrado por cuatro niveles: nacional a cargo del ministerio, regional a cargo de los departamentos, municipal y distrital. El seguro social está compuesto de 14 cajas o fondos de salud cada uno con su grupo de asegurados, que incluyen al trabajador asegurado, su cónyuge hijos y padres y hermanos dependientes, así como los pensionados; los independientes pueden afiliarse voluntariamente. El subsector privado se compone principalmente de organizaciones no gubernamentales, iglesias y otras entidades sin fines de lucro, y compañías de seguros comerciales y planes de medicina prepaga con fines de lucro. Existe además la medicina tradicional o informal importante en áreas rurales y urbano-marginales y, especialmente, entre la población indígena.

La ley de 1998 sobre seguro básico de salud y el plan estratégico de salud establecieron como objetivo el acceso universal a beneficios básicos de salud de calidad culturalmente apropiada. Las regulaciones posteriores aspiran a extender el paquete básico.

En la actualidad se está aplicando una política dirigida a permitir el acceso a los servicios de salud de la totalidad de la población boliviana a través del Sistema Único, Intercultural y Comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades. Para ello, se ha puesto en marcha el programa de “Salud familiar y comunitaria intercultural” y el

programa de “Extensión de Coberturas” desde unidades fijas y unidades móviles de salud, para llegar a las poblaciones más dispersas y desprotegidas de todo el país. Su periodo de ejecución es del 2006 al 2010. También se ha puesto en marcha un proyecto de “Seguro Universal de Salud”, que realizará una ampliación de las prestaciones en los seguros, incorporando de forma progresiva a grupos de beneficiarios en los seguros públicos de salud, realizando una complementación plurianual en los servicios de salud a nivel nacional.

4. RED DE RECURSOS

4.1. Instituciones que prestan apoyo y servicios a los adultos mayores

La existencia de instituciones que prestan apoyo y servicios a la población de la tercera edad en Bolivia es bastante limitada en cuanto se refiere a número, infraestructura y servicios ofrecidos a la población de la tercera edad, particularmente en los asilos públicos. Es importante mencionar, la colaboración que presta la Iglesia en cuanto a la atención de algunos centros, además de instituciones no gubernamentales que en los últimos años han venido desarrollando actividades en este campo.

De las 45 instituciones que atienden o prestan servicios a los adultos mayores, el mayor número se encuentra en el departamento de La Paz con 20 instituciones representando 46 por ciento del total, seguido por los departamentos de Chuquisaca y Beni, y el menor número de instituciones se tiene en el departamento de Oruro con sólo una institución.

Un total de 20 instituciones pertenecen a las organizaciones No Gubernamentales. 19 son promovidas por la Iglesia y 6 son de dependencia gubernamental.

Bolivia. Número de instituciones que prestan servicios a la población adulta mayor, por departamentos y tipo de administración.

Departamento	Total instituciones	Tipo de administración		
		Eclesiástica	Gubernamental	No Gubernamental
Chuquisaca	5	2	1	2
La Paz	20	7	3	10
Cochabamba	4	2	0	2
Oruro	1	1	0	0
Potosí	2	1	0	1
Tarija	2	1	0	1
Santa Cruz	4	2	0	2
Beni	5	3	1	1
Pando	2	0	1	1
Total	**45**	**19**	**6**	**20**

Fuente: Dirección de la Tercera Edad

Estas instituciones prestan a la población adulta mayor servicios de vivienda, salud, alimentación, deporte y recreación y otros servicios diversos (vestimenta, espiritualidad, consejería legal, etc.)

Bolivia. Tipos de servicio prestados a la población de tercera edad, por departamento.					
Departamento	Vivienda	Salud	Alimentación	Deporte y Recreación	Otros
Chuquisaca	2	4	5	5	7
La Paz	7	14	14	10	51
Cochabamba	4	4	4	4	1
Oruro	1	1	1	1	1
Potosí	2	2	2	2	3
Tarija	1	2	2	2	5
Santa Cruz	2	2	4	1	12
Beni	3	4	5	3	11
Pando	1	2	2	1	7
Total	**23**	**35**	**39**	**29**	**98**

Fuente: Dirección de la Tercera Edad

COLOMBIA

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. Población de Adultos *m*ayores según el Censo General de Población y Vivienda *2005* [1]

Según los resultados del Censo General de Población y Vivienda 2005, el total de la población colombiana es de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6,3% (2.612.508), es mayor de 65 años. De los mayores de 65 años el 54,6% son mujeres y el 45,4% son hombres.

COLOMBIA- Población de Adultos Mayores según el censo de 2005 (miles de personas y porcentajes)						
	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
65-69	921.054	428.876	492.178	2,2	46,6	53,4
70-74	702.518	321.765	380.753	1,7	45,8	54,2
75-79	504.438	228.608	275.830	1,2	45,3	54,7
80 y más	489.200	207.920	281.280	1,2	42,5	57,5
Total >65	**2.617.210**	**1.187.169**	**1.430.041**	**6,3**	**45,4**	**54,6**

Fuente: DANE. Censo 2005

El envejecimiento de la población ha sido importante en los últimos años, debido al descenso de las tasas de mortalidad y de fecundidad. La relación de dependencia (suma de los menores de 15 y los mayores de 65 años con relación a la población de entre 15 y 64 años) ha disminuido, debido a que la disminución de la proporción de menores de 15 años ha sido mucho mayor que el incremento en la proporción de adultos mayores.

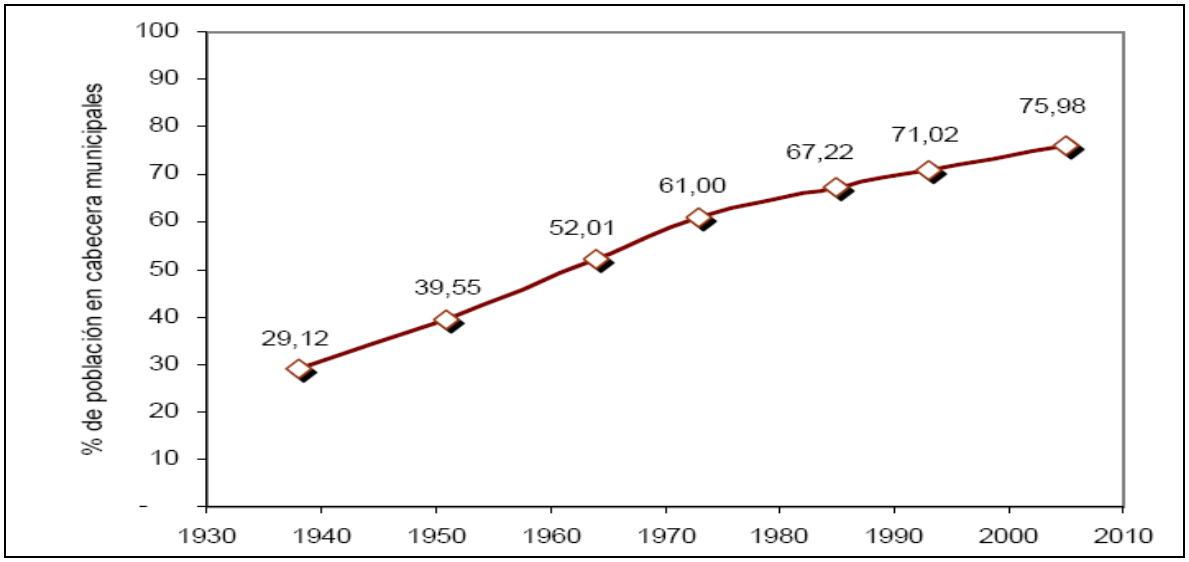
COLOMBIA- Distribución de la población por grandes grupos de edad en 1985 y 2005 (porcentajes)				
Años	Menos de 15	15 a 64	65 y más	Relación de dependencia
1985	36,7	58,9	4,4	69,8
2005	31,0	62,7	6,3	59,5

Fuente: DANE. Censos 1985 y 2005

El 75% de la población general vive en las cabeceras municipales. La proporción de población urbana ha aumentado en las últimas décadas, a pesar que en áreas rurales hay mayores tasas de fecundidad, debido a las altas tasas de migración interdepartamental.

[1] Para la elaboración inicial de este apartado se ha utilizado el documento: Ministerio de la Protección Social, Fundación Saldarriaga Concha. *Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia*. Bogotá: Mimeo, 2007.

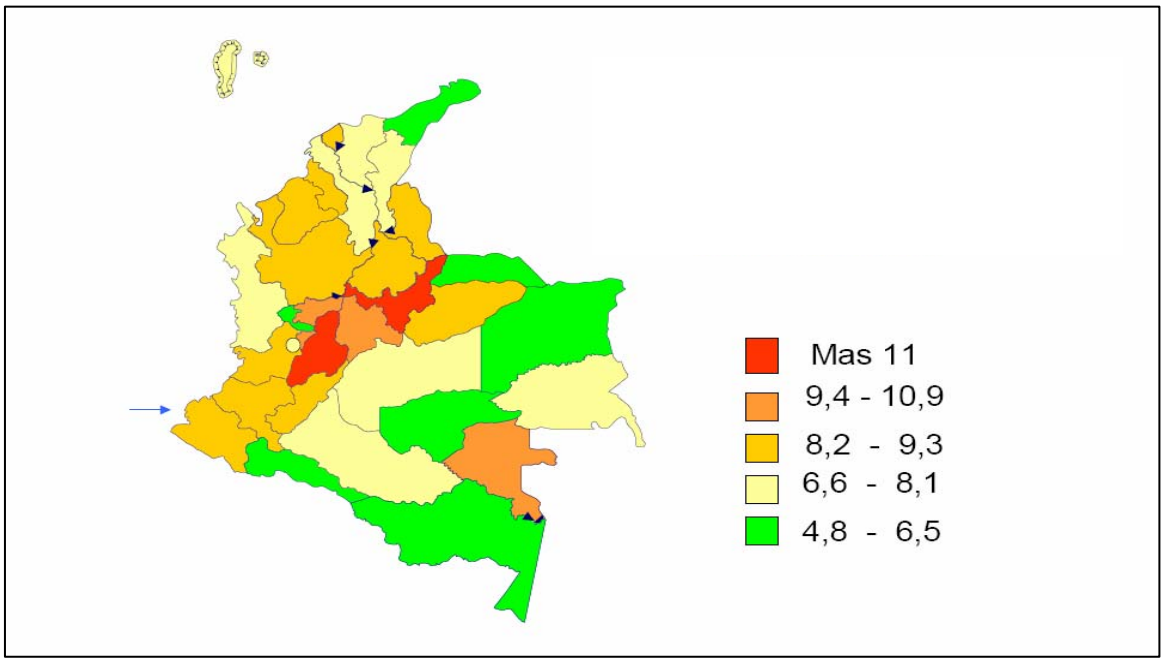
Colombia. Porcentaje de población urbana, 1938-2005



Fuente: DANE. Censos de población

Del total de la población adulta mayor el 63,12% se concentra en los departamentos de Boyacá, Tolima, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Bolívar. El 28,8% de los adultos mayores colombianos viven en una de las principales ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Los departamentos con mayor proporción de población mayor son los de Boyacá, Caldas, Tolima, Quindío, Risaralda y Cundinamarca.

Colombia. Porcentaje de población mayor de 60 años por Departamento, 2005

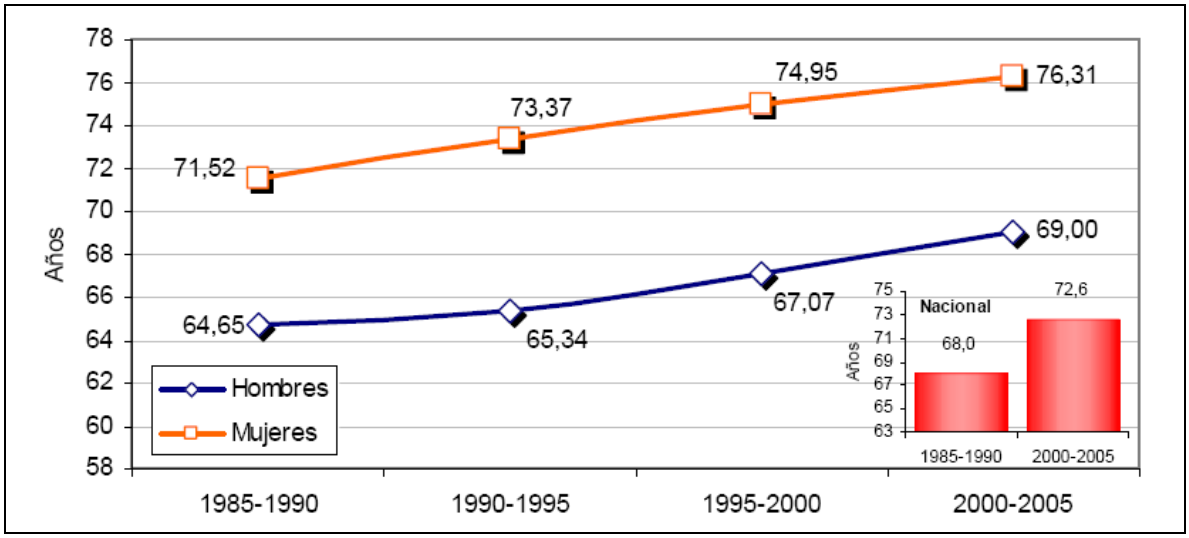


Fuente: DANE. Censo 2005

La esperanza de vida se ha incrementado de forma importante, tanto para hombres como para mujeres, en los últimos 20 años. Entre 1985-1990 y 2000-2005 la esperanza de vida al nacer aumentó en 4,4 años para los varones y en 4,8 años para las mujeres. Los incrementos de la esperanza de vida también han sido

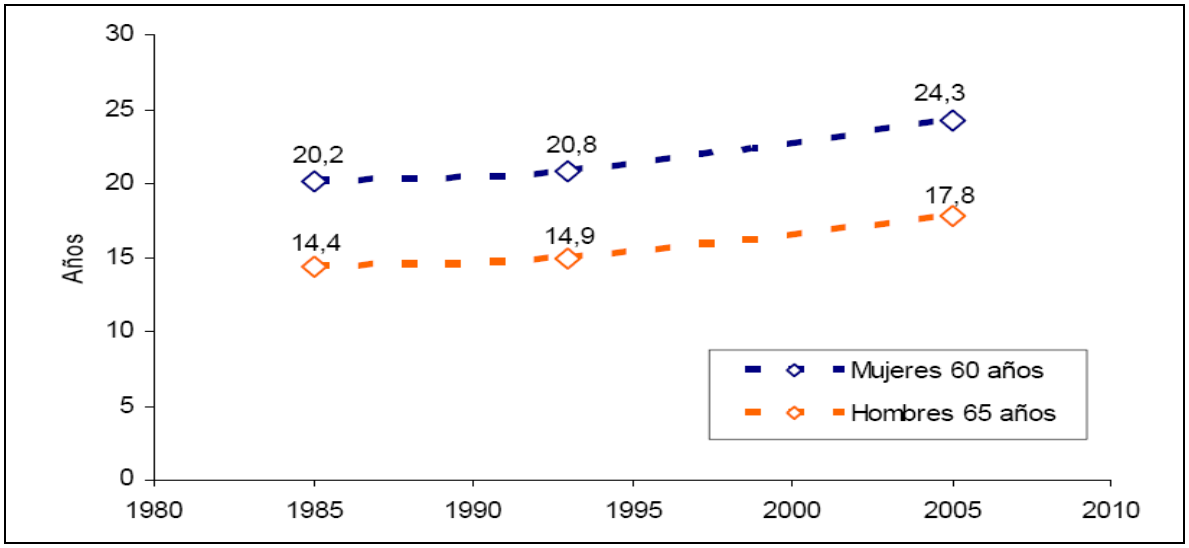
importantes en la edad adulta: la esperanza de vida de los varones a los 65 años ha aumentado entre 1985 y 2005 en 3,4 años, pasando de 13,4 a 17,8 años adicionales (es decir, en la actualidad un varón que cumple 65 años puede esperar vivir, como media, hasta los 82,8 años), mientras que en las mujeres, la esperanza de vida a los 60 años ha aumentado en 4,1 años, pasando de 20,2 a 24,3 años adicionales (una mujer colombiana que cumpla 60 años vivirá, como media, hasta los 84,3 años).

Colombia. Evolución de la esperanza de vida al nacer, 1985-2005



Fuente: DANE. Conciliación censal, 2005

Colombia. Evolución de la esperanza de vida en la edad adulta, 1985-2005

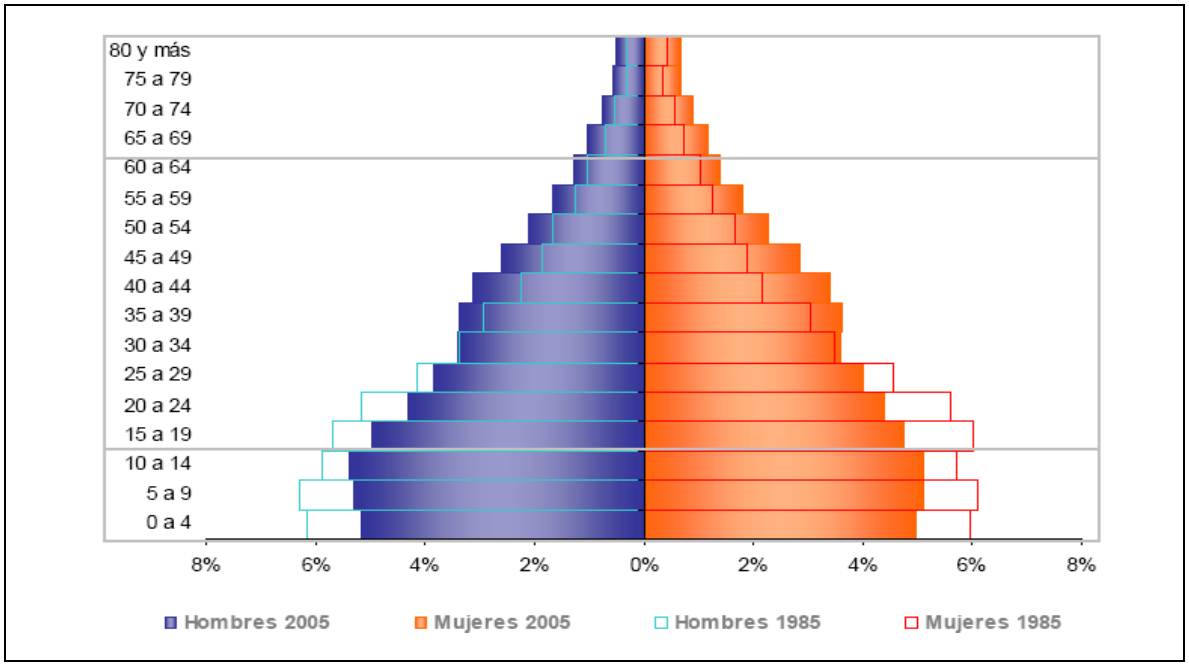


Fuente: DANE. Conciliación censal, 2005

1.2. Evolución de la población mayor en el período 1970-2050

Es evidente cómo al pasar los años, la base de la pirámide se ha ido estrechando, con ampliación simultánea en la punta describiendo de esta forma la disminución de la población joven y el incremento de los adultos mayores, especialmente el aumento de los de mayor edad. Se espera que para el 2050, el total de la población colombiana se acerque a los 72 millones de personas, que residirán predominantemente en áreas urbanas, con una esperanza de vida ligeramente superior a los 79 años y con más del 20% de los habitantes por encima de 60 años, lo cual se traducirá en una pirámide poblacional de forma casi rectangular[2].

Colombia. Evolución de la Pirámide de población, 1985 - 2005

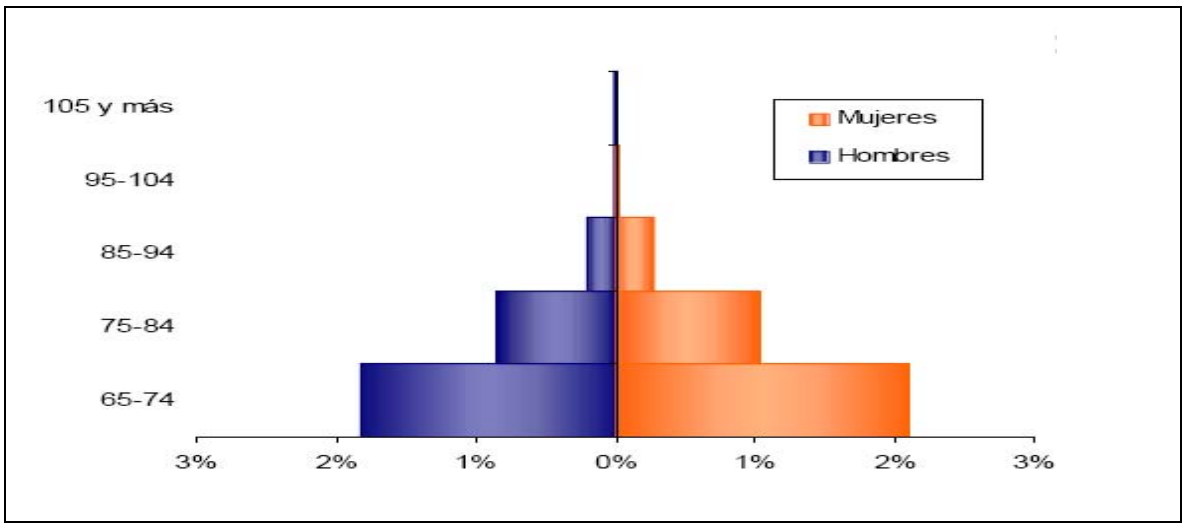


Fuente: DANE. Censos 1985 y 2005

El envejecimiento poblacional se traduce en un aumento evidente de la población adulta mayor, especialmente el porcentaje de los de edad más avanzada: mientras la población general se ha incrementado, en el período 1990-2003, en un 1,9% de promedio anual, la población mayor de 80 años ha estado creciendo a una tasa promedio anual del 4%. Es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4.450 centenarios (personas de 99 y más años), lo cual equivale al 0,011% del total de la población, con un claro predominio, al igual que en el resto del mundo, del sexo femenino (61,9%). Adicionalmente se encontró que el 95% de los centenarios se encuentra alojados en hogares particulares y que el 26,5% viven en las principales ciudades el país: Bogotá (9%), Medellín (6,1%), Barranquilla (3,6%), Cali (5,3%) y Cartagena (2,1%).

[2] Rueda JO. Retos del envejecimiento demográfico en Colombia. En: Ministerio de Comunicaciones, CEPSIGER. Periodismo y Comunicación para todas las edades. Bogotá: El Ministerio, 2004.

Colombia. Población adulta mayor por grupos decenales de edad, 2005



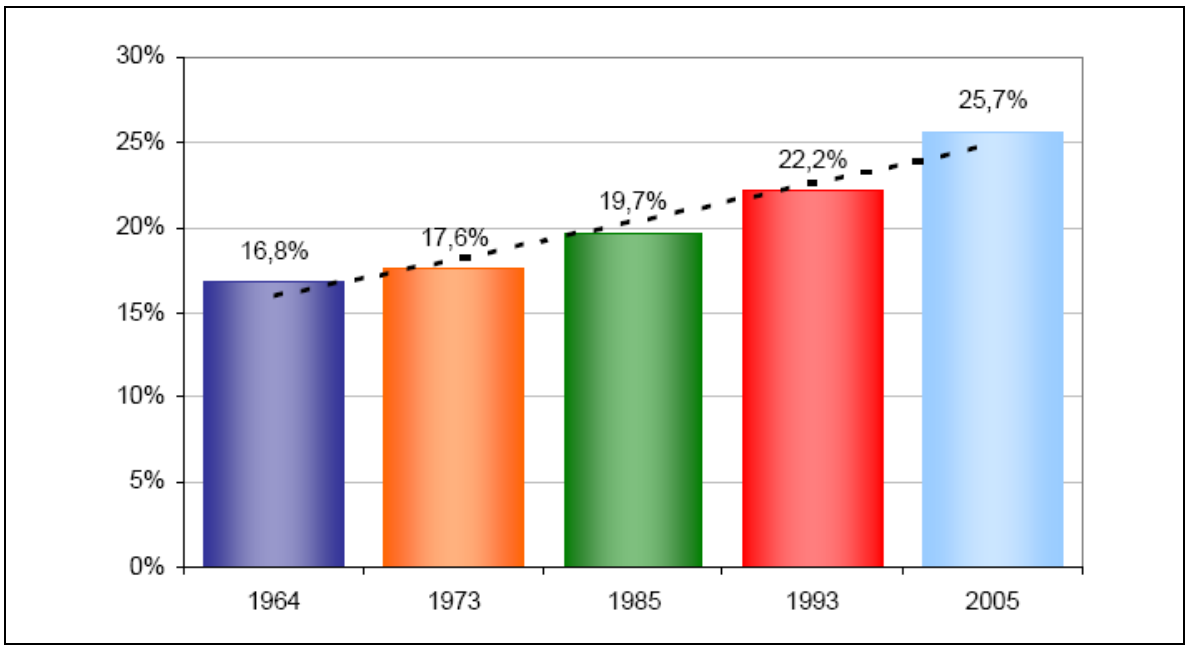
Fuente: DANE. Censo 2005

Las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración. Mientras la migración de las personas mayores de 60 años al exterior es menor del 2% del total, la migración de los más jóvenes es mucho más intensa, lo que contribuye al envejecimiento del país. Por otro lado, el desplazamiento interno conduce al envejecimiento de los sitios de origen.

Los cambios demográficos han hecho que las jefaturas de hogar se incrementen progresivamente. De cada 100 colombianos casi 26 son jefes de hogar, lo que corresponde a un promedio de 4 personas por hogar. Dentro de los adultos mayores se alcanzan porcentajes de jefatura del 4,8%. Estos datos permiten prever que en la medida que continúe este comportamiento, mayor va a ser el número de ancianos institucionalizados o viviendo solos.

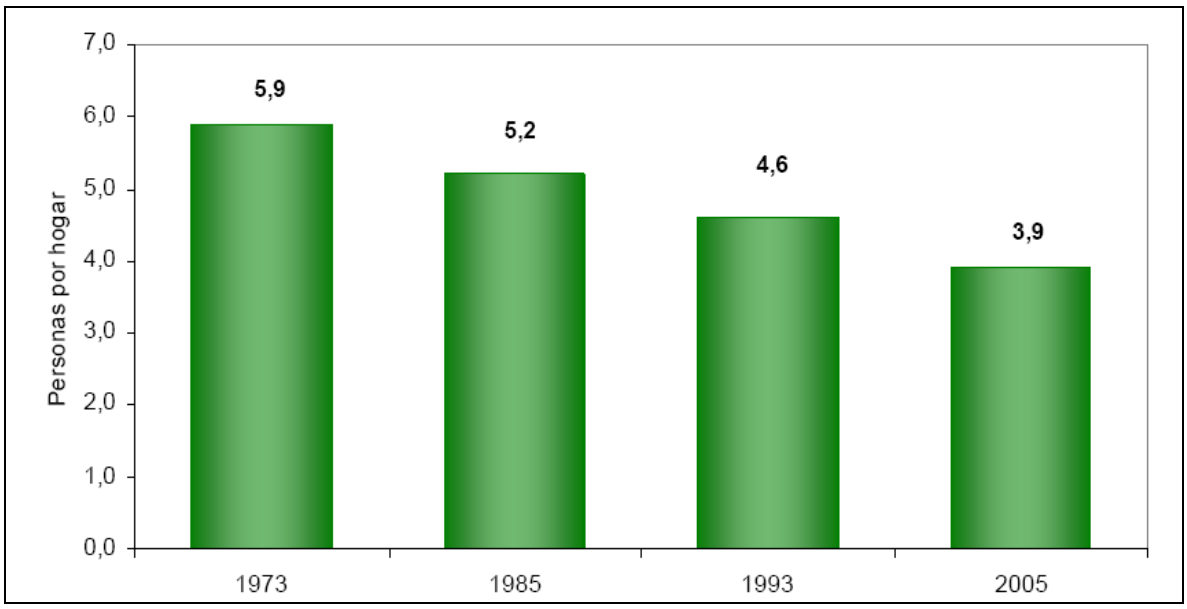
Durante el ciclo de vida predominan las jefaturas de hogar masculinas, aunque existe una clara tendencia al aumento de las femeninas. En 2005 por cada mujer jefe de hogar, había 234 hombres cabeza de hogar. Los departamentos con mayor porcentaje de jefatura de hogar femenina son La Guajira, Chocó, San Andrés, Quindío, Valle del Cauca y Antioquia. Por el contrario los departamentos con mayor jefatura masculina son Vichada, Vaupés, Guainía, Amazonas, Córdoba y Huila.

Colombia. Evolución de la proporción de personas que son jefes de hogar, 1964-2005



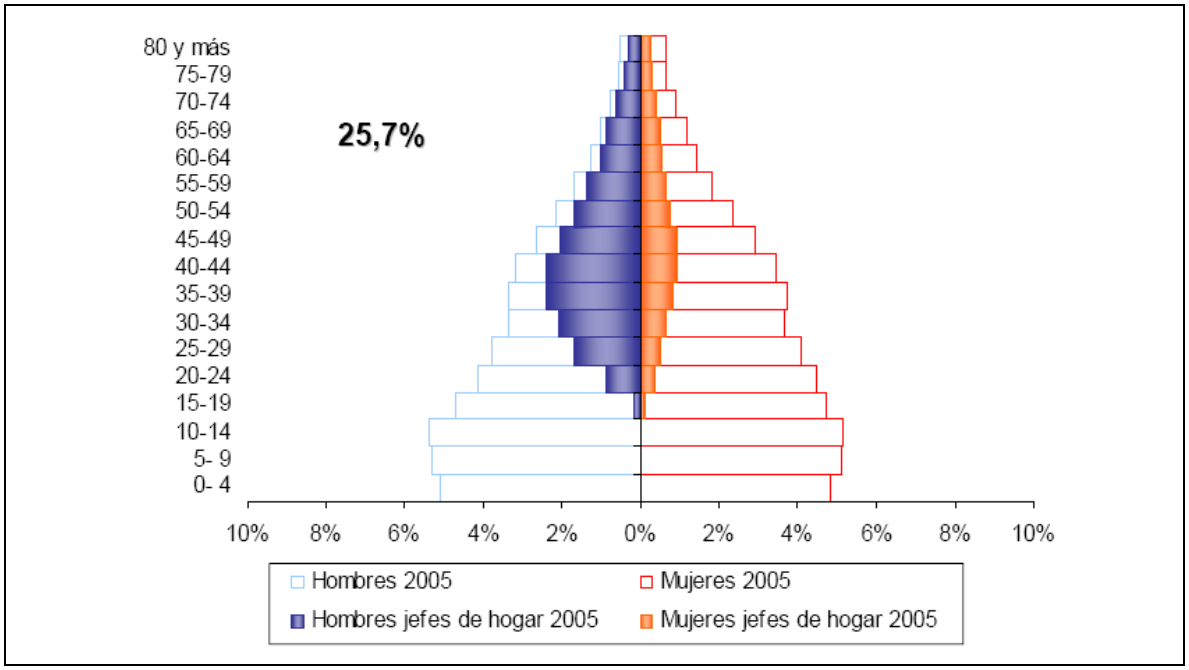
Fuente: DANE. Censo 2005

Colombia. Evolución del tamaño de los hogares, 1964-2005



Fuente: DANE. Censo 2005

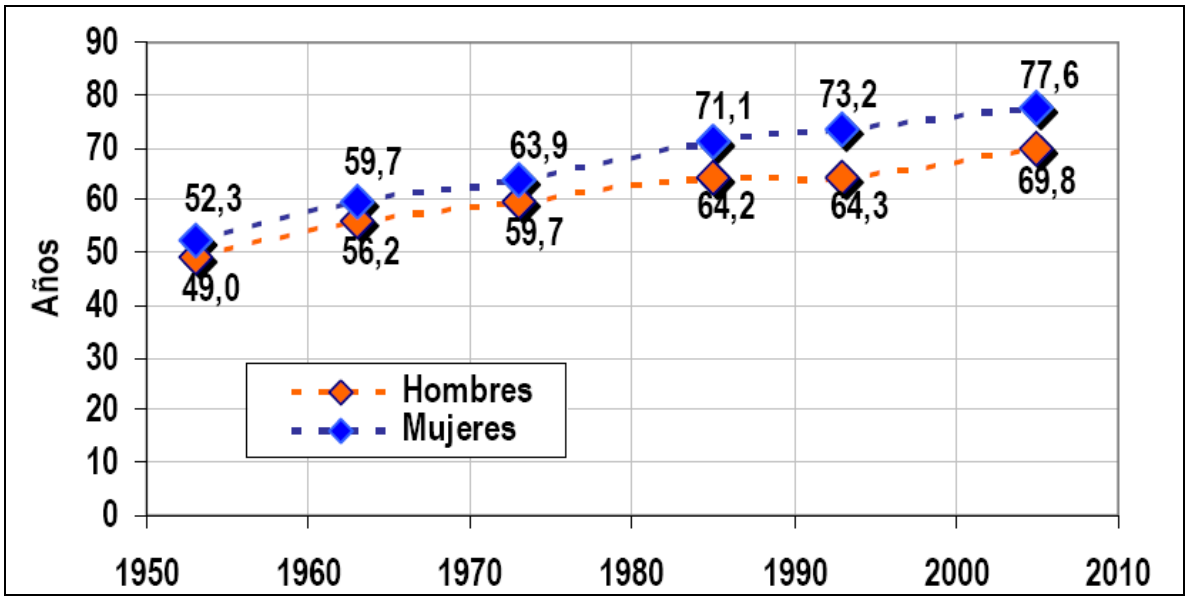
Colombia. Jefatura de hogar por sexo y edad, 2005



Fuente: DANE. Censo 2005

La esperanza de vida en los últimos 50 años se ha venido incrementando para todos, principalmente para las mujeres, de ahí que en la actualidad estas últimas vivan en promedio, 25 años más que hace medio siglo.

Colombia. Evolución de la esperanza de vida al nacer, 1953-2005



Fuente: DANE. Censos de población

El incremento de la esperanza de vida ha sido mayor en la población urbana, en los grupos con mayor nivel de instrucción y con mayores ingresos económicos. Estas diferencias podrían explicarse parcialmente, por profundas desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud. De acuerdo con la expectativa de vida

media para la población general, se espera que una vez cumplidos los 60 años, los colombianos vivan al menos otras dos décadas.

El grupo de los adultos mayores crece más rápidamente que el total de la población, y que otros grupos poblacionales: entre 1995 y 2000 los mayores de 60 años aumentaron a un ritmo de 2,8%, bastante más que el crecimiento del total (1,9%); incremento que se espera sea sostenido en las próximas décadas.

Como ya se ha indicado, el índice de dependencia descendió debido a que el incremento de los adultos mayores ha sido inferior a la disminución de los niños menores de 12 años. Por ello, algunos consideran que Colombia aún se encuentra en una etapa de oportunidad demográfica, debido a que las franjas de población dependientes económicamente presentan, en su conjunto, tasas de crecimiento sustancialmente inferiores a las de la población económicamente activa [3].

Colombia- Indicadores del proceso de envejecimiento		
Indicador	1993	2005
Esperanza de vida	68,8	72,3
Esperanza de vida a los 60 años (mujeres)	20,8	24,3
Esperanza de vida a los 65 años (hombres)	14,9	17,8
Índice de envejecimiento	13,1	20,5
Índice de dependencia	0,47	0,45
Índice de masculinidad	96,9	96,2
Relación niños mujer	0,42	0,37
Tasa global de fecundidad	3,0	2,4
Tasa natalidad		20,85
Tasa de mortalidad	34,25	21,00

Fuente: DANE. Censo 2005

Adicionalmente se evidencia que en la medida que ha aumentando la longevidad, principalmente en el sexo femenino, el índice de masculinidad disminuye. Una de las razones que influye en lo anterior es el índice de viudez: mientras que es de 13% para los hombres, en las mujeres es de 43%, es decir, hay cerca de tres veces más viudas.

A continuación se presenta una síntesis de los indicadores de crecimiento poblacional, en la cual se destaca un saldo migratorio negativo de acuerdo con los datos del Censo general de 2005.

Colombia- Crecimiento de la población				
	Incremento anual	Nacimientos	Defunciones	Saldo Neto Migratorio
Absoluto	401.290	762.490	202.031	159.169
Porcentaje	1,029	1,955	0,518	0,408

Fuente: Censo 2005

[3] Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Carvajal L, Camacho G. Envejecimiento, Comunicación y Política. Bogotá: Ministerio de Comunicaciones – CEPSIGER. 2004.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA

2.1. Salud

2.1.1. Envejecimiento y Discapacidad

La OMS define *discapacidad* como toda restricción o ausencia (debida a una eficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Por otro lado, *funcionalidad* refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas cotidianas de forma independiente y serían sus alteraciones o limitaciones, sin importar la edad del que las padezca, las que llevarían a un individuo a ser una persona con discapacidad. Por consiguiente, y a pesar de ser uno de los errores más frecuentes no podemos equiparar vejez con discapacidad.

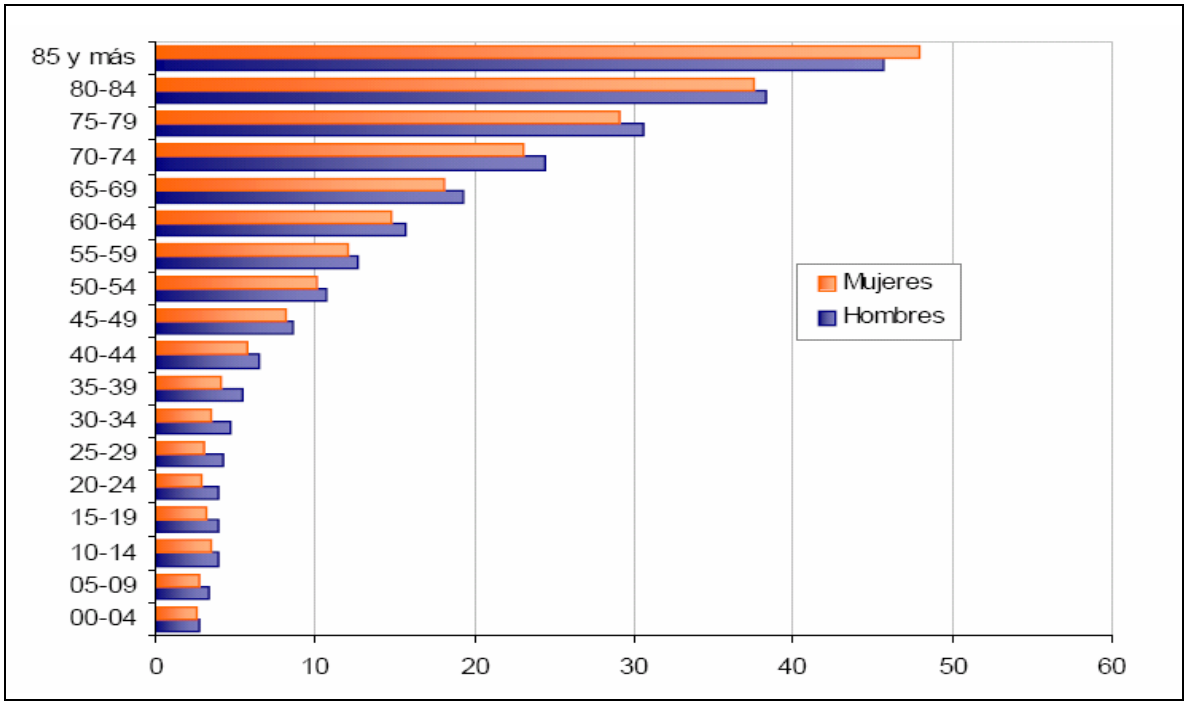
Mientras que en el promedio nacional por cada 100 colombianos 6,4 presentan limitaciones permanentes, en los departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá y Huila, entre otros, presentan un promedio mayor que oscila entre 7,5 y 9,5%.

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín se encontró, respecto a las ayudas que requiere el adulto mayor para la realización de sus actividades básicas cotidianas o esporádicas, que el 68% de los encuestados utilizaba anteojos y el 10%, el bastón. Otras ayudas técnicas utilizadas por los adultos mayores de la ciudad fueron el caminador, la silla de ruedas y las muletas, todas ellas para facilitarle la movilidad y brindarle algún grado de independencia y autonomía en las actividades básicas cotidianas. Para mejorar la convivencia con los demás miembros de su familia, y con sus amigos y vecinos, el 1% recurría al uso de audífonos y el 2% a alguna otra ayuda ortopédica. El 26% de los adultos mayores encuestados no utilizó ninguna ayuda técnica.[4]

El censo 2005 reportó una prevalencia superior al 10% de limitaciones permanentes en la población de 50 años y más, principalmente en hombres, excepto en el grupo de 85 años y más. En el grupo de 50 a 54 años la presencia de limitaciones es de 10,6% en hombres y 10,1% en mujeres; en el grupo de 80 y 84 años, 38,3% en hombres y 37,6% en mujeres. En los mayores de 85 años, las mujeres con discapacidad son cerca del 48%, y los hombres, el 46%. Es necesario anotar que los datos obtenidos en el censo de 1993 no son comparables con los reportados en 2005, que fueron sensibles a la Clasificación Internacional de Funcionamiento, porque sus ítems se referían a deficiencias severas.

[4] Cardona D; Estrada A; Agudelo HB. Envejecer nos “toca” a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.

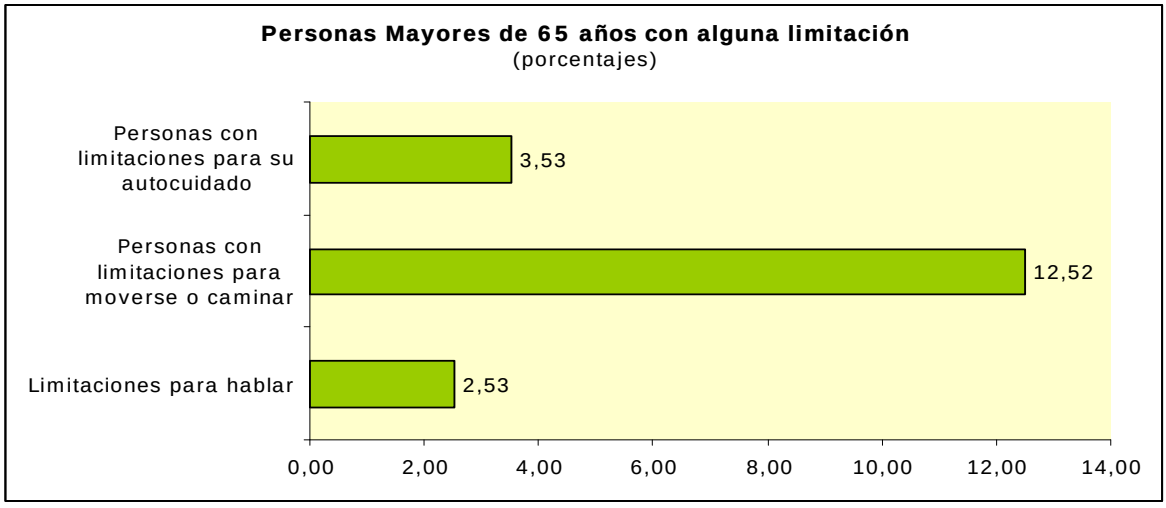
Colombia. Porcentaje de discapacidad por edad y sexo. 2005



Fuente: DANE. Censo 2005

2.1.2. Actividades de la vida diaria

Respecto a actividades de la vida diaria, el Censo de población y Vivienda 2005 encontró que de las personas mayores de 65 años, el 12,52% tiene limitaciones para moverse o caminar, el 3,35% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2,53% presenta limitaciones para hablar.



Fuente: DANE. Censo 2005

2.1.3. Causas de Morbilidad

Es importante anotar que dada la escasez de datos de morbilidad en los adultos mayores en Colombia, se está asumiendo la situación de salud de los mismos a partir de la mortalidad. El estudio *"envejecer nos toca a todos"* mostró que las principales cargas de enfermedad en ambos sexos fueron las cardiopatías isquémicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus y las neoplasias de tráquea, bronquios, pulmón, próstata y cuello del útero. Con relación a las causas de morbilidad por egresos hospitalarios, las principales causas fueron la hiperplasia prostática, obstrucción crónica de las vías respiratorias, fractura del cuello del fémur, diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca. En los aspectos de la morbilidad sentida, pudo determinarse que las principales patologías padecidas por los adultos mayores son: hipertensión, diabetes, artritis, osteoporosis e hipercolesterolemia.[5]

La enfermedad hipertensiva se constituye como la primera causa de morbilidad por consulta a partir de los 40 años y como novena causa de egreso hospitalario a partir de los 60 años. La enfermedad isquémica del corazón figura como sexta causa de egreso a partir de los 50 años. Las enfermedades de tipo cerebrovascular aparecen como una causa importante de morbilidad a partir de los 65 años, con tendencia al incremento en edades superiores.[6]

Al igual que en el resto de Latinoamérica, en Colombia las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbimortalidad, además son la primera causa de años de vida saludables perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA), y por tanto de una gran parte de la discapacidad. Los factores de riesgo están en aumento desde poblaciones más jóvenes. Todo lo anterior revela la necesidad de mantener las acciones de promoción y prevención de la salud en este grupo etario.

2.1.4. Percepción de salud

A lo largo de los años se ha equiparado vejez con enfermedad y de ahí resulta que la mayoría de los adultos mayores perciban su salud como mala. De otro lado se ha visto cómo en la medida que una persona perciba mejor su salud tiene una menor utilización de los servicios de salud y una mayor calidad de vida. Según la encuesta Nacional de Demografía (Profamilia 2000), al finalizar el siglo pasado el 70% de los colombianos percibía su salud como buena, pero se reducía al 35%, en los mayores de 75 años, principalmente en las mujeres. Adicionalmente se vio que la percepción era mejor, en forma proporcional, al nivel educativo.

Para el año 2005, la percepción de una salud *excelente*, se concentra en los grupos jóvenes (0 a 19 años); la alternativa *regular*, en más del 30 por ciento, es señalada en el grupo de 50 a 59 años y se va incrementando paulatinamente. Los mayores porcentajes de la alternativa *mala* están en los mayores de 80 años. La población que reside en el área urbana tiene una tendencia mayor a percibir su salud como *excelente*, *muy buena* y *buena*. Al observar los resultados por región, se podrá constatar que Bogotá tiene la sumatoria de los porcentajes más altos de personas

[5] Ibídem.

[6] Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Diagnóstico de la Situación de Salud de Antioquia. Revista Epidemiológica de Antioquia. Vol. 25, No.1-3, (2000).

que perciben su salud como *excelente*, *muy buena* y *buena* (84 por ciento), mientras que en la Región Oriental esta sumatoria llega solamente al 72 por ciento.

El porcentaje de personas que ha consultado sobre su salud en el último año, fue de 66 por ciento. La diferencia entre hombres y mujeres es de 14 puntos porcentuales, siendo las mujeres las que más frecuentemente consultan sobre este aspecto. Por edad, se aprecia que el porcentaje de consulta se incrementa paulatinamente a partir de los 40 años de edad.

2.1.5. Nutrición en el anciano

La población anciana está considerada como grupo de riesgo de sufrir malnutrición calórico-proteica: en algunos países de América Latina casi la mitad de los ancianos que vive en residencias geriátricas sufre malnutrición. Se ha visto que el alto consumo de fármacos, los trastornos del afecto, las alteraciones cognoscitivas, la deficiente dentición y la comorbilidad, son algunas de las causas de la mala alimentación de los adultos mayores, principalmente en aquellos que son mayores de 80 años.

Dentro de las principales consecuencias de la malnutrición se presentan mayores enfermedades cardiovasculares (secundarias a sobrepeso, principalmente en los adultos mayores entre 60 y 79 años), la anemia (de diferentes orígenes), las úlceras por presión, deterioro cognoscitivo y fracturas y caídas, entre otras.

La Encuesta Nacional de Nutrición, en la cual se evaluaron 117.205 personas entre 0 y 64 años, mostró mayor déficit nutricional en niveles bajos de SISBÉN (Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales) y en áreas rurales, anemia y déficit ferropénico en todos los grupos evaluados, dieta desbalanceada con mayor consumo de carbohidratos, bajo consumo de frutas y verduras e insuficiente actividad física en todas las edades. Adicionalmente se encontró mayor porcentaje de sobrepeso y de obesidad en el sexo femenino.

Sin embargo es importante anotar que esos datos no son extrapolables a los adultos mayores pues la valoración nutricional en este grupo, especialmente en los de mayor edad, requiere medidas antropométricas diferentes, así como la elaboración de instrumentos específicos.

2.1.6. Causas de Mortalidad y tasas

Los registros evidencian que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte para ambos sexos. Dato que empieza a manifestarse desde la adultez temprana, lo cual obligaría a establecer en forma prioritaria, estrategias agresivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en esta área.

Se estima que en Colombia cada año puede haber un subregistro del 25% en los egresos hospitalarios. Por ejemplo, en el país el subregistro general de defunciones para el año de 1996 fue de 34% y para el grupo de 70 y más años se estimó en un 29,8%; sumado a esto, se han encontrado dificultades en el instrumento tanto de cobertura como de contenido.

La agrupación de causas de mortalidad del año 2004, para personas de 65 años y más diferenciadas por sexo, número de muertes, porcentaje y tasa por 100.000 habitantes se detalla en las siguientes tablas:

Colombia- Causas de mortalidad en hombres mayores de 65 años. 2004			
	Muertes	%	Tasa (*)
Enfermedades isquémicas del corazón	9.770	20,5	969,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	4.519	9,5	448,5
Enfermedades cerebrovasculares	4.464	9,4	443
Enfermedades hipertensivas	2.181	4,6	216,5
Diabetes mellitus	2.018	4,2	200,3

(*) Tasas por 100.000 habitantes
Fuente: DANE. Registro de Estadísticas Vitales/ Defunciones de 2004

Colombia- Causas de mortalidad en mujeres mayores de 65 años. 2004			
	Muertes	%	Tasa (*)
Enfermedades isquémicas del corazón	8.803	18,8	690,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	5.643	12,1	442,7
Enfermedades cerebrovasculares	3.691	7,9	289,5
Enfermedades hipertensivas	3.108	6,6	243,8
Diabetes mellitus	2.493	5,3	195,6

(*) Tasas por 100.000 habitantes
Fuente: DANE. Registro de Estadísticas Vitales/ Defunciones de 2004

A pesar que desde comienzos del siglo XX las tasas de mortalidad han venido disminuyendo tanto para hombres como para mujeres, en todos los grupos de edad, por razones biológicas y sociales existe una sobremortalidad masculina, la cual se ha acentuado en Colombia debido a la situación de violencia.

2.1.7. Sistema de Salud

En Colombia, el proceso de descentralización del sector público de la salud se inició con el Decreto 77 del año 1987 y la Ley 10 de 1990; y posteriormente con la Ley 60 de 1993. Finalmente, se articuló con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre de 1993, con la aprobación de la Ley 100. Estos procesos están fundamentados y enmarcados en la Constitución Política de Colombia de 1991.

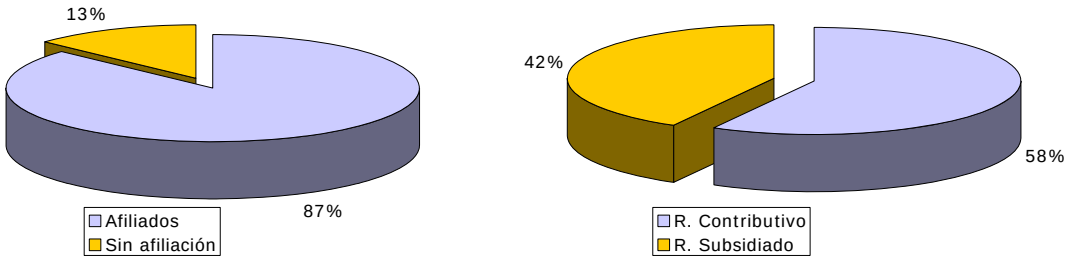
En cinco años, de 1994 a 1998, la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, se incrementó en 10 puntos porcentuales, al pasar de 59 a 69%. La distribución porcentual, por tipo de entidad a la cual se está afiliado era: ISS, 6%; EPS, 28%; ARS, 30%; Empresa Solidaria, 0,6%; Fuerzas Militares, 1,5%; ECOPETROL, 0,1%: magisterio, 1,1%; Foncolpuertos, 0,1% y no afiliados, 31% (principalmente niños y jóvenes).

2.1.8. Cobertura de Salud

De acuerdo con los indicadores básicos de situación de salud en Colombia para 2006, establecidos por el Ministerio de la Protección Social la cobertura de salud

ascendía al 81,0% de la población total. De la anterior cobertura el 44,1% corresponde al régimen subsidiado de salud, el 36,9% corresponde al régimen contributivo de salud, los regímenes de excepción (fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol, policía nacional) cubren el 4,8% de la población total.

De manera específica y con referencia a diciembre de 2006, la cobertura de salud y la afiliación por tipo de régimen de salud para personas mayores de 60 años se ilustra en los siguientes gráficos:

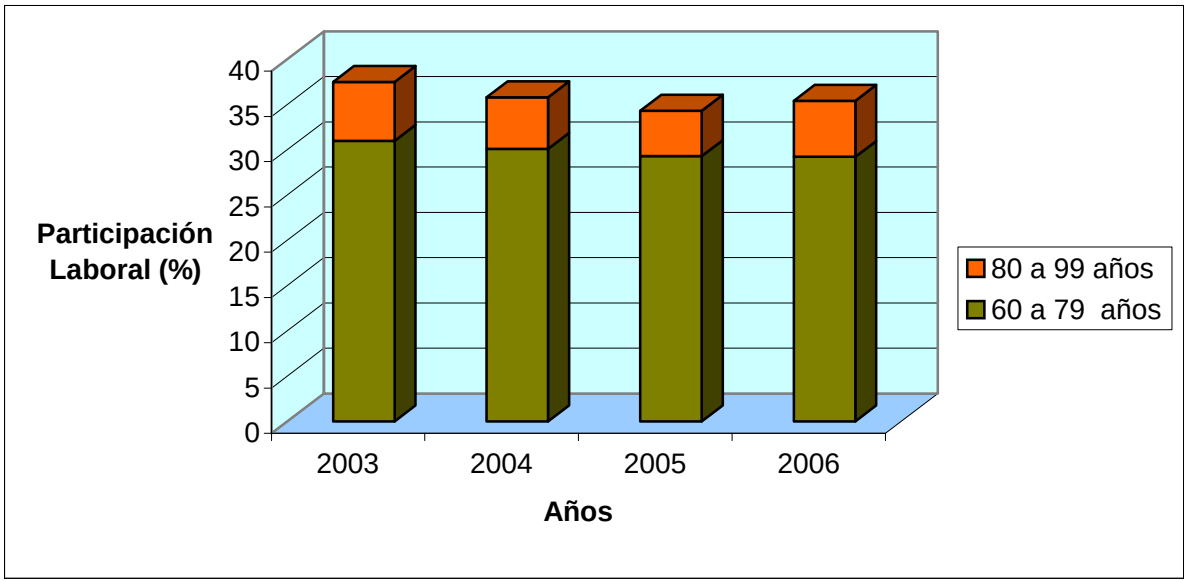


Total de personas mayores de 60 años afiliados y no afiliados a salud y régimen de cobertura de salud para personas mayores de 60 años afiliadas a salud, Colombia 2006
Fuente: Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Planeación.

En cuanto al uso de los servicios de salud en el último mes, la Encuesta Nacional de Salud, PROFAMILIA 2005, reporta que fue del 12% a nivel nacional, siendo mayor para las mujeres y para los residentes del área urbana. Si se analiza esta situación a partir de la edad, se advierte que este porcentaje se va incrementado ligeramente hasta alcanzar el 20 por ciento entre los adultos de 80 a 89 años de edad.

2.2. Trabajo

De acuerdo con el sistema de indicadores de participación en el mercado laboral que registra la dinámica del empleo, el desempleo y subempleo, alrededor del 29,9% de los adultos mayores que continúan participando en el mercado laboral tienen entre 60 y 79 años de edad. A partir de los 80 años, la participación se reduce al 5,8%, según datos de la encuesta continua de hogares, correspondiente a los años registrados en el siguiente gráfico.



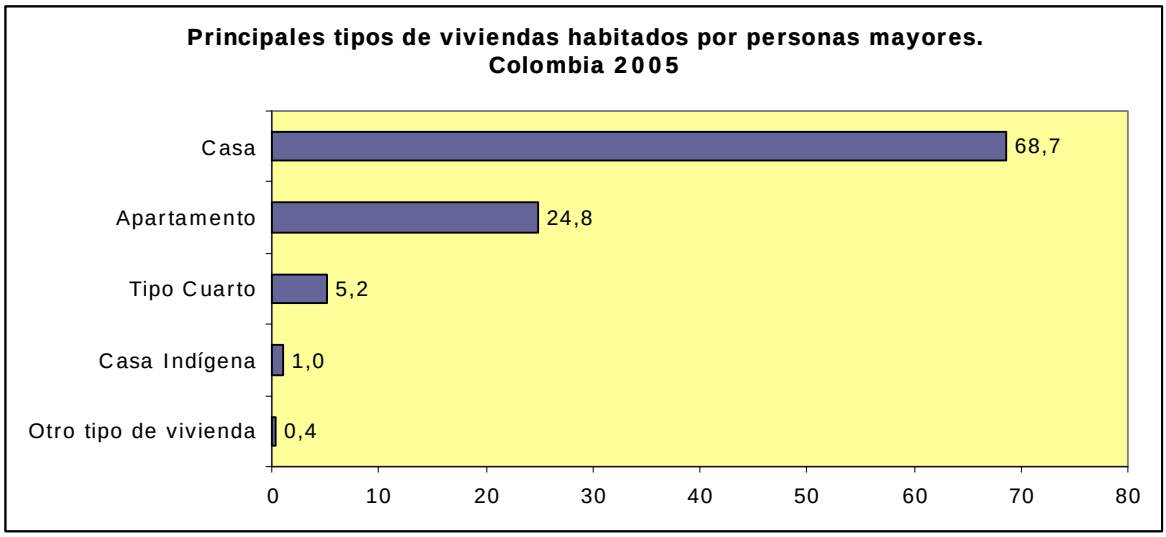
Participación de los adultos mayores en el mercado laboral
Fuente: DANE. Encuesta continua de hogares 2003, 2004, 2005 y 2006

La mayor parte de la población mayor de 60 años se mantiene laboralmente activa, aunque esto no siempre implique una remuneración económica. Esta participación laboral ayuda a mantener sus hogares de residencia y a disminuir la pobreza, por ejemplo mediante el cuidado de los nietos. La permanencia en el mundo del trabajo por parte del adulto mayor se incrementa en áreas rurales, dadas las bajas coberturas en seguridad social.

Los ingresos económicos de las personas caen proporcionalmente con la edad en Colombia. La distribución de los ingresos según la edad tiene forma de campana y es así como entre los 45 y los 50 años se obtienen los mayores ingresos, que luego descienden progresivamente hasta los 80 años, donde se perciben ingresos un 40% inferiores. Los que están laborando perciben sólo el 90% de lo recibido por aquellos que tienen entre 35 y 54 años de edad.

2.3. Vivienda

Según el Censo de Población y Vivienda 2005, el 68,7% de las personas adultas mayores habitan en casas, el 24,8% vive en apartamentos y el 5,2% reside en habitaciones o cuartos.



Fuente: Censo 2005

En términos de cobertura de servicios públicos domiciliarios, las viviendas habitadas por personas adultas mayores disponen en un 71,75% del servicio de acueducto, en un 56,48% del servicio de alcantarillado y de un 86,69% del servicio de energía eléctrica.

2.4. Formas de convivencia

2.4.1. Estructura de los hogares

En Colombia la mayoría de los adultos mayores vive en hogares multigeneracionales (53%), lo cual avala el enunciado de la CEPAL (1997) en cuanto a que la familia latinoamericana sigue siendo el principal ente cuidador del adulto mayor, básicamente a causa de la carencia de ingresos y a una falta de tradición institucional y comunitaria del cuidado. Sin embargo es necesario tener en mente que no siempre los adultos mayores que viven en hogares multigeneracionales necesitan cuidados, y que muchas veces la razón de la convivencia multigeneracional es la situación económica de los más jóvenes y, por tanto, la solidaridad intergeneracional puede ser inversa.

El Censo general de 2005 encontró que las personas mayores de 65 años conviven en un 98,8% con sus familias. Esta situación refleja el contexto sociodemográfico posterior al año 1993 según el cual, al menos en uno de cada 4 hogares colombianos vive un adulto mayor. Mientras una tercera parte de los hombres mayores de 60 años convive en hogares de dos generaciones (con su cónyuge y sus hijos), una tercera parte de mujeres de la misma edad convive en hogares de tres generaciones (por lo general con sus hijos y nietos solamente), debido al mayor porcentaje de viudez para ellas.[7]

[7] Dulcey-Ruiz E. Y cols. Envejecimiento, comunicación y política. Bogotá: Ministerio de Comunicaciones. CEPSIGER, 2004.

2.4.2. Estado civil

El 39% de las personas mayores de 65 años están casadas, el 31% son viudas, el 14,1% son solteras y el 7% están separadas o divorciadas.

Aunque la perdida del cónyuge es más frecuente en las mujeres, es importante destacar la viudez como un factor de riesgo social para los hombres, debido a la dependencia vinculada a la condición masculina, generada por la necesidad de cuidado, especialmente en los aspectos domésticos.

2.5. Educación y Vejez en Colombia

Debe subrayarse como un logro parcial, entre 1979 y 1999, un aumento global en el promedio de años de educación; para los mayores de 50 en las mujeres pasó de 4,4 a 5,8 años, en los hombres de 5,9 a 7,2 en 1999 (Centro de Investigación para el Desarrollo, 2001).

De acuerdo con el Censo General 2005, los porcentajes de alfabetismo por Departamento, para personas de 65 y más años, se describen en la siguiente tabla. Se destaca un alfabetismo superior al 80% en los Departamentos Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y San Andrés y en el Distrito Capital de Bogotá. Y en contraste, niveles de alfabetismo inferiores al 40% en los Departamentos de La Guajira, Vaupés y Vichada.

Colombia- Porcentaje de alfabetización de personas 65 y más años			
Departamento	*Porcentaje*	*Departamento*	*Porcentaje*
Antioquia	78	Norte de Santander	67
Atlántico	80	Quindío	81
Bogotá	88	Risaralda	82
Bolívar	60	Santander	70
Boyacá	62	Sucre	46
Caldas	81	Tolima	69
Caquetá	56	Valle	84
Cauca	63	Arauca	55
Cesar	55	Casanare	55
Córdoba	45	Putumayo	64
Cundinamarca	72	San Andrés	94
Chocó	44	Amazonas	60
Huila	65	Guainía	47
La Guajira	33	Guaviare	42
Magdalena	61	Vaupés	40
Meta	69	Vichada	39
Nariño	61		

Fuente: Censo 2005.

2.6. Situación económica y pobreza

Colombia, como todos los países de Latinoamérica, está comprometida con la tarea de reducir a la mitad la pobreza que la aqueja, siguiendo así una de las metas propuestas en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. Sin embargo, no ha podido lograrlo a cabalidad, ya que la crisis económica de los años 90 revirtió el progreso alcanzado entre 1978 y 1998. Sin embargo, se han tratado de reestablecer las condiciones de estabilidad económica para crecer y retomar el

camino hacia la reducción de la pobreza y la indigencia, pasando así de un 23 por ciento de colombianos que en el 2000 estaban por debajo de la línea de indigencia a un 16 por ciento en 2003 y bajo la línea de pobreza de un 59 por ciento en el 2000 a 51,8 por ciento en 2003.

2.6.1. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

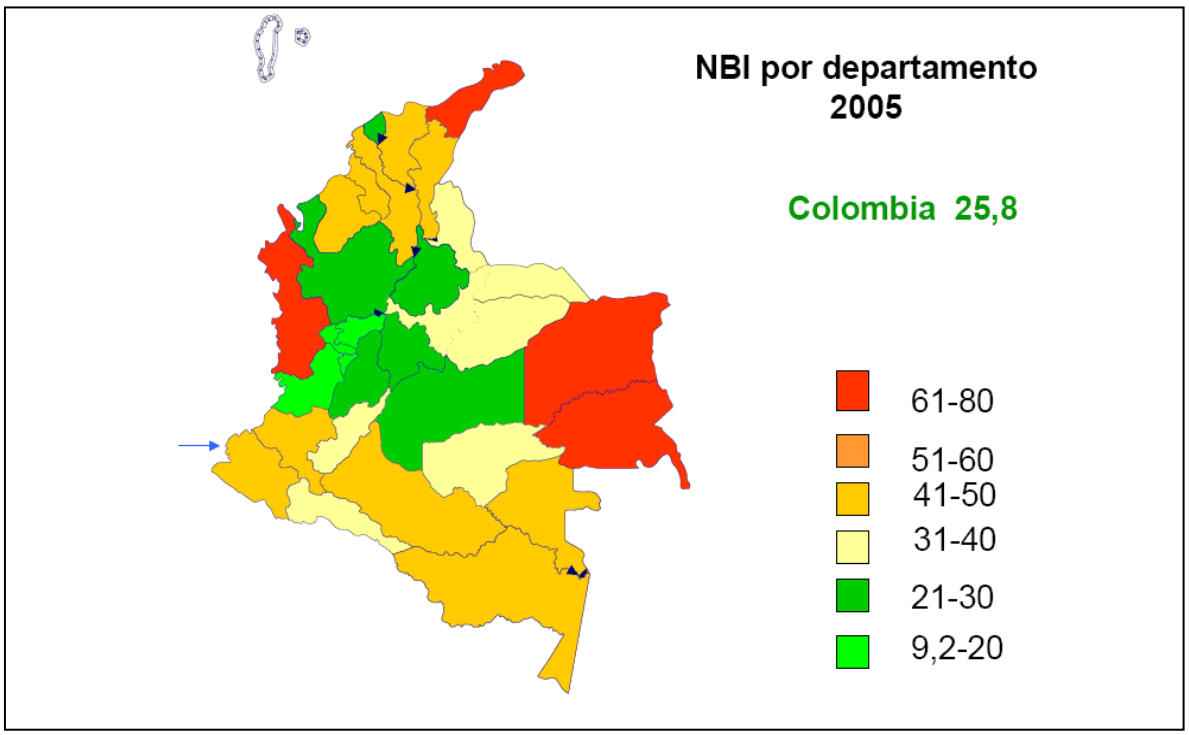
En los últimos años se resalta un avance en los indicadores de capital humano, así como en la provisión de servicios públicos domiciliarios y en la reducción del hacinamiento de la población, aunque persisten grandes diferencias entre departamentos. En general, se puede afirmar que los hogares, a pesar del deterioro de sus ingresos por la prolongada crisis económica y por la débil recuperación, han seguido avanzando en el acceso a los principales servicios básicos y tienen percepciones bastante favorables sobre la calidad de los mismos. Como ha sido tradición en Colombia, la mayor proporción de hogares con menor nivel de ingreso se encuentran en las zonas rurales.

Las tasas de cobertura de los servicios públicos domiciliarios avanzaron en 2003 y, aunque se conservan diferencias importantes entre las zonas urbanas y las rurales, la brecha ha venido reduciéndose particularmente en relación al acceso a energía eléctrica y recolección de basuras, y con resultados más modestos en telefonía fija.

En cuanto a la calidad de los servicios públicos domiciliarios, en general existe una percepción de mejora de la misma, salvo algunos eventos y regiones específicas. En general, la menor concentración de población en las zonas rurales coincide con una percepción de más baja calidad del servicio. Por regiones, la pacífica y la atlántica son las que reportan unos niveles más bajos de calidad del servicio.

De acuerdo con el reciente Censo de Población y Vivienda (DANE, 2005) el índice de necesidades básica insatisfechas total de Colombia es del 25,8%. El índice NBI por regiones del país se encuentra representado en el siguiente gráfico.

Colombia. Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) total y por Departamentos. 2005



Fuente: DANE Censo 2005.

2.6.2. Línea de pobreza

Más de la mitad de las personas mayores de 60 años son pobres. Sin embargo se ha visto cómo los hogares que tienen adultos mayores están relativamente mejor que los que carecen de ellos. En 1997, uno de cada dos ancianos viviendo en zona rural, era pobre, principalmente las mujeres, a diferencia de la zona urbana donde la pobreza afectaba por igual a los dos géneros. En el período comprendido entre 2000 y 2003 se presentó una leve disminución de la población por debajo de la Línea de Pobreza pasando de 55,03% a 52,68%, en el total nacional y de 44,20% a 48,20% en las áreas urbanas.[8]

El índice de desarrollo humano (IDH) mejoró entre 1998 y 2001 pasando de 0,764 a 0,779, pero en el 2002 se redujo a 0,773, reducción que se debió a una menor cobertura escolar (pasó del 71 al 68 por ciento) y a un menor PIB per cápita que pasó de 7,04 a 6,30. Sin embargo, se espera que por la recuperación en el crecimiento económico de los últimos años, se sigan dando los avances en cobertura en educación y una mayor esperanza de vida por la caída de la tasa de homicidios.

El IBAM (Índice de Bienestar en la Adultez Mayor) propuesto por Del Popolo en 2001, varía entre 0 y 1. Sus indicadores son: Longevidad (esperanza de vida a partir de los 60 años); Conocimiento (porcentaje de alfabetización y promedio de años estudio) y Nivel de vida digno (porcentaje de las personas por encima de la

[8] Misión Para el Diseño de una Estrategia de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, MERPD. 2004-2015.

línea de pobreza, cobertura de seguridad social y monto medio de pensiones). Para Colombia, en 1999 era de 0,542, siendo superior en áreas urbanas. Se encontró el índice más alto en Bogotá, cuyo indicador era tan alto como 0,90, mientras que en el Chocó era tan bajo como 0,05, reflejando una situación muy precaria respecto al resto del país.

2.7. Estudios sobre las características sociodemográficas de la población adulta mayor

En los últimos cinco años han sido publicados varios documentos, dentro de los cuales se destacan aquellos que revisan aspectos específicos de las personas mayores y la vejez tales como la comunicación y el envejecimiento, la situación de la vejez en Colombia y los lineamientos de política pública fundados en realización de derechos, y la caracterización del envejecimiento rural en una región del país en donde se presenta un alto índice de vejez.

- *Envejecer en Colombia: aportes para una política en vejez y envejecimiento.* Colombia. Ministerio de la Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: El Ministerio, PUJ, 2006.

  Ofrece, a partir de la búsqueda del equilibrio entre el ejercicio de derechos y el marco de restricciones formales e informales, lineamientos para la estructuración de políticas públicas viables y adecuadas a las realidades con respecto a la vejez y al envejecimiento en Colombia. Y configura, desde la perspectiva de los derechos, un marco que orienta, organiza y confiere sentido a las dimensiones situacional, conceptual, normativa, de expectativas e institucional; orientando los esfuerzos hacia una sociedad inclusiva.

- *Envejecimiento, comunicación y política*. Colombia. Ministerio de Comunicaciones, Centro de Psicología Gerontológica. Bogotá: Mincomunicaciones, Cepsiger, 2004.

  Analiza las relaciones entre envejecimiento, comunicación y política, y resalta el papel de las comunicaciones en todas sus formas, pero particularmente de los medios de comunicación, en el logro de un vivir/envejecer con calidad de vida. Finalmente, aboga porque en las políticas sociales y en los planes de desarrollo se integre como un eje transversal la perspectiva de la vida entera, y se propenda por la construcción de una sociedad para todas las edades.

- *Envejecimiento rural*. Gómez, JF. Manizales: Universidad de Caldas, 2003

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de los derechos de los Adultos Mayores

3.1.1. Derechos Constitucionales

La legislación colombiana en materia de vejez y de envejecimiento se ha modificado de acuerdo con las transformaciones que ha sufrido la sociedad. La Constitución de 1991 ha actualizado muchos aspectos que hasta ese momento estaban ausentes de la agenda constitucional nacional.

A continuación se destacan algunas de las principales herramientas nacionales en materia legislativa:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

Artículo 46:

"El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia".

En la Constitución se establecen las bases para la protección jurídica de las personas de la tercera edad[9]: Además de lo previsto específicamente para las personas mayores en el artículo 46, antes transcrito, se garantiza para todas las personas la participación en las decisiones que los afectan y en la vida colectiva (artículo 2); la protección a la diversidad étnica y cultural (artículo 7); la igualdad y trato digno (artículo 13) y el desarrollo de la personalidad de acuerdo con las condiciones de cada persona (artículo 16).

En el marco de los derechos fundamentales consagrados en la Carta, se ha interpretado cada uno de ellos para el caso especial de las personas de la tercera edad.[10] En cuanto al derecho a la vida (artículo 11) toma significación la facultad de conservación y disfrute del restante período de vida, la cual debe tener mayor prioridad en su ejercicio y mayor seguridad y defensa en su existencia.

En cuanto al derecho a la libertad (artículos 24, 26, 28, 38), se reconoce que, aunque aún sea necesaria la ayuda y apoyo de otras personas, esto no debe eliminar su autonomía e independencia personal. Si bien la libertad para escoger su residencia y la de poder circular libremente se altera, ello no significa una dominación. El derecho a la salud (artículo 49) es uno de los derechos de mayor significación debido a la frecuencia de enfermedades, deterioros y riesgos.

Las personas mayores gozan, según la Constitución de 1991, de la libertad de escoger profesión u oficio. De esta forma, resulta trascendental las asociaciones y sociedades de personas de adultos mayores para efecto de la defensa de prestaciones laborales y de salud, obtención de beneficios, adquisición o

[9] Ver además: GARCÍA S, Eduardo: La familia, el menor y la tercera edad en la Constitución Política de 1991. ó Soto Beltrán, Rafael: Constitución Política de Colombia 1991, para todos.

[10] LAFONT PIANETTA, Op.cit. p.470-507.

complementación del cuidado, explotación de esfuerzos o patrimonios, investigaciones sobre la tercera edad, entre otros.

En cuanto al derecho a la igualdad (artículo 13), se establece que las personas mayores gozan de la igualdad general ante la Ley consagrada para todas las personas. En ese sentido gozan de una igualdad relativa, por cuanto si bien la igualdad es la regla general, la Ley puede consagrarle distinciones especiales tal y como ocurre con los menores de edad (discriminaciones positivas).

Por las condiciones propias del mercado laboral y el impacto de las representaciones negativas en torno al envejecimiento y la vejez, el acceso a un trabajo se hace mucho más difícil para los más viejos. Por ello, la protección del derecho al trabajo (artículos 25 y 53), se hace especialmente necesaria en e caso de las personas mayores, ya que para respetar su dignidad se debe permitir el reconocimiento de sus aportes para la familia y para la sociedad. Sin embargo, es un derecho que se adecua a sus condiciones personales, porque exonera al mayor de 45 años de la imposición de trabajos forzosos.

Otros avances se relacionan con el derecho a la educación (artículos 27, 54, 64, 67, 68, 70), a enseñar y aprender de acuerdo con sus condiciones: se reconoce así mismo el derecho a la actividad humana útil (artículo 52), el aprovechamiento del tiempo libre, especialmente para aquellos que han entrado en receso laboral, el derecho al descanso (artículos 52 y 53), no sólo dentro del desarrollo del trabajo, sino también como compensación al uso activo del tiempo disponible o libre; el derecho a la recreación, al entretenimiento y a la diversión, bien sea de manera individual, familiar o colectiva. En este sentido se reconoce el derecho al deporte (artículo 52) como medio de actividad personal que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida y salud.

De igual manera, las personas mayores son reconocidas como sujetos de deberes en general (artículo 95), frente a los particulares, la sociedad y el Estado, y deberes especiales que se establecen como consecuencia de una prestación laboral o frente a ciertas prohibiciones.

3.1.2. Marco normativo específico

A continuación se presenta un breve panorama de los momentos y de los avances que en materia jurídica y política presentan las normas y disposiciones en torno a las personas mayores en el país.

Código Civil

Los derechos consagrados en el Código Civil para las personas de la tercera edad son los siguientes:

- Derecho al cuidado familiar: tienen derecho a reclamar cuidado de sus hijos, quienes están obligados para con ellos (artículo 251); y de la misma manera, los demás consanguíneos próximos (artículo 252, 256).

- Características del cuidado: La obligación de cuidado comprende la atención, vigilancia, tenencia y suministro de los requerimientos físicos, psíquicos, espirituales, etc. Esta obligación de cuidado debe prestarse de manera personal y directa; y también puede ejecutarse mediante una persona

natural o jurídica, siempre que requiera de servicios especiales o los servicios sean mejores[11].

Ordinariamente la persona de la tercera edad no tiene obligación alimentaria para con los hijos debido a su mayoría de edad o a su capacidad económica. En cambio, conserva su obligación legal con su cónyuge con quien vive o al separado o divorciado. Este derecho puede tener un alcance total o parcial, según se carezca en todo o en parte de los medios económicos.

- El Derecho de alimentos en favor de la persona de la tercera edad se materializa excepcionalmente porque lo normal es que las personas de la tercera edad, no se autosostenga o esté en la capacidad de sostener a su familia.

Este derecho puede tener un alcance total o parcial, según se carezca de todo o en parte de los medios económicos para satisfacer sus necesidades; se trata de un derecho que también puede satisfacer en especie o dinero, con o sin administración directa del mismo por parte del acreedor, o bien puede cumplirse por intermedio de una persona natural o jurídica a quien, además del cuidado personal correspondiente, se le encargue de la alimentación correspondiente. Es preciso tener en cuenta en forma real la calidad de los alimentos a que tiene derecho la persona de la tercera edad en relación con su situación, en términos de lo que ha vivido y vive, particularmente en lo que se refiere a la prestación de vivienda y medios económicos para la satisfacción de sus necesidades.[12]

Código Penal

El Código Penal prohíbe el rechazo y la hostilidad hacia los ancianos, la negación de afecto, humillaciones permanentes y amenazas físicas, para evitar que se concurra en el delito de tortura moral (Código Penal). Se tipifica igualmente el abandono material del anciano (art. 233 Código Penal), internamiento fraudulento en casa de reposo o asilo o clínica psiquiátrica, cuando se hace con documentos o certificados falsos y se ocultan los medios para sostener al anciano (art. 186 Código Penal).

Igualmente, hay disposiciones en la legislación penal que tienen por objeto beneficiar al procesado que ha llegado a la tercera edad, según las cuales se suspende la detención preventiva o la ejecución de la pena cuando el sindicado sea mayor de 65 años (art. 407 Numeral 1, Código de Procedimiento Penal).[13]

En la **Ley 294** de 1996 (reformada por la Ley 575), que desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y dicta normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar, no se hace mención sobre víctimas de edad avanzada por lo que se habla de “cualquier miembro de la familia”, connotación que resulta amplia, en materia de interpretación y más aún de tipificación de infracciones o delitos. Sin embargo, tal como se encuentra en otras Leyes de la región, se prevé penalmente como circunstancia de agravación punitiva que la conducta delictiva se ejecute contra personas mayores de 60 años (art.166 del Código Penal)[14].

[11] Op.Cit p 28

[12] Ibid., pp.489-490

[13] CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA. Op. Cit.

[14] Ibidem

Por último el artículo 166 establece como agravante de la desaparición forzada, el que la conducta se ejecute en persona mayor de 60 años; y el artículo 181 establece como agravante del desplazamiento forzado, el que la conducta sea ejercida en persona mayor de 60 años (Código Penal).

Ley 115, Título III, capítulo 2, 1994

Hace referencia a la educación para adultos, como aquella que se ofrece a las personas en edad relativamente mayor a la aceptada regularmente en la educación por niveles y grados de servicio público educativo, que deseen cumplir y completar su formación o validar sus estudios.

Se afirma que la educación para adultos tiene como objetivos específicos adquirir y actualizar su formación básica y facilitar el acceso a los distintos niveles educativos; erradicar el analfabetismo; actualizar los conocimientos, según el nivel de educación; y desarrollar la capacidad de participación en la vida económica, política, social, cultural y comunitaria[15].

Por otro lado, se establece que el Ministerio de Educación fomentará programas no formales de educación de adultos, en coordinación con diferentes entidades estatales y privadas, en particular los dirigidos al sector rural y a las zonas marginadas o de difícil acceso.

Ley 271 sobre la Institución del Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado, 1996.

El Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado se celebra, de acuerdo con esta ley, el último domingo del mes de agosto de cada año. Los gobernadores y alcaldes, dentro de sus respectivas jurisdicciones, adoptarán las medidas administrativas adecuadas para la celebración de este Día Nacional de acuerdo a la importancia y dignidad que los pensionados y las personas de la tercera edad merecen. El Gobierno Nacional, los entes departamentales, municipales, distritales y demás instituciones del Estado, condecorarán a las personas de la tercera edad y pensionados que más se hayan distinguido por desarrollar actividades en favor de sus afiliados en el campo de la salud, vivienda, recreación y en general programas que beneficien a este sector.

Ley 687 sobre Centros de Bienestar del Anciano, 2001
Modifica a la Ley 48 de 1986.

Autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones.

Ley 700 sobre el dictado de medidas tendientes a mejorar las condiciones de vida de los pensionados, 2001.

Además de dictar estas medidas y otras disposiciones, establece responsabilidades sobre las personas que por contrato ejerzan funciones públicas.

Esta Ley tiene por objeto agilizar el pago de las mesadas a los pensionados de las entidades públicas y privadas en todos los regímenes vigentes, con el fin de facilitar

[15] Ibidem. P.34.

a los beneficiarios el cobro de las mismas. Lo dispuesto en esta Ley se aplicaría a la pensión de jubilación, vejez, invalidez y sobrevivientes.

A partir de la vigencia de la presente Ley se crearía la obligación, para todos los operadores públicos y privados del sistema general de pensiones que tengan a su cargo el giro y el pago de las mesadas pensionales, de consignar la mesada correspondiente a cada pensionado en cuentas individuales, en la sucursal de la entidad financiera que el beneficiario elija y que tenga sucursal bancaria en la localidad donde se efectúa regularmente el pago y en la cual tenga su cuenta corriente o de ahorros, si éste así lo decide.

Los derechos de los adultos mayores en el ámbito departamental y/o municipal

A través de las Leyes 60 de 1993 y 715 de 2001, se establece que a los municipios, en el área de la salud, conforme al artículo 49 de la Constitución Política, les corresponde dirigir el Sistema Local de Salud, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el artículo 365 de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.

De igual modo, les corresponde financiar la dotación, construcción, ampliación, remodelación y el mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios a cargo del municipio; las inversiones en dotación básica, la construcción y mantenimiento integral de los centros de bienestar del anciano; para todo lo cual deberán concurrir los departamentos.

Por su parte, a los departamentos, conforme al artículo 49 de la Constitución Política, les corresponde dirigir el Sistema Seccional de Salud, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, financiar y garantizar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación correspondientes al segundo y tercer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente, o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el artículo 365 de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.

Otras normativas específicas

Mediante el **Decreto No. 1135 de 1994**, se reglamentó el programa de auxilio para ancianos indigentes conforme a la Ley 100 de 1993. Se estableció que el auxilio tendría la cobertura que anualmente fije el CONPES, que el programa operaría mediante cofinanciación entre la Nación y los entes territoriales, y que los municipios y distritos serían los responsables de la ejecución del programa, escogiendo las instituciones que cuenten con la infraestructura y el recurso humano idóneo para tal fin e identificando los beneficiarios del programa.

Por otro lado, se planteó que los beneficiarios del programa de auxilio para ancianos indigentes serían aquellos que cumplieran con los siguientes requisitos: ser colombiano; tener mínimo 65 años; residir los últimos 10 años en Colombia; carecer de rentas o ingresos suficientes para subsistir o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia; residir en una institución prestadora de servicios

sin ánimo de lucro para atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales; y no depender económicamente de persona alguna.

Así mismo, se definieron tres modalidades de atención del programa:

- Ancianos indigentes que no residen en ninguna institución: la totalidad del auxilio lo entrega la entidad pagadora a los ancianos en dinero, de manera individual;
- Ancianos indigentes que residen o reciben atención en instituciones sin ánimo de lucro. Los ancianos acceden al auxilio a través de los servicios que preste la institución. Deben como mínimo satisfacer las necesidades de alimentación y vestuario. El anciano recibe directamente un porcentaje del auxilio;
- Ancianos minusválidos y dementes: el auxilio es recibido totalmente por la institución en que reside o lo atiende.

El **Decreto No. 1485 de 1994** que regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud; plantea que dentro de las obligaciones especiales de las Entidades Promotoras de Salud, está acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año su composición de beneficiarios. Esta bebe estar se sujeto a ciertos porcentajes promedio ponderados. Uno de ellos establece que no menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta 60 años.

El **Decreto No. 731 de 1995** por el cual se crea la Comisión Tripartita de Concertación para el Desarrollo de programas para la tercera edad, determina su composición y le asignan funciones. Se estableció la Comisión Tripartita de Concertación para el desarrollo de programas para la tercera edad, cuyo objetivo principal es el desarrollo de políticas y programas encaminados a proteger y atender a las personas que por razón de su edad, merecen el auxilio de la sociedad y su integración a la comunidad en general.

Dentro de sus funciones principales se encuentra la de proponer acciones sobre el reconocimiento positivo de la vejez, el envejecimiento y preparación al pensionado; recomendar la adopción de planes y programas para el desarrollo de un sistema de servicios sociales que atiendan las necesidades de salud, vivienda, soledad, ocio, cultura y recreación; y recomendar la adopción de planes y programas para la reinserción de las personas de la tercera edad a actividades productivas en cooperativas, microempresas, famiempresas y empresas asociativas.

Reglamentos y lineamientos en materia de derechos de las personas adultas mayores

Ley 100 del Sistema de Seguridad Social, 1993.

Dentro del sistema de seguridad social establecido por la **Ley 100**, como reglamentación del **artículo 48 de la Constitución Política**, además de lo relativo a la salud, en términos de acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas para los grupos

de 45 a 59 y de 60 y más años, se pueden destacar los siguientes aspectos en materia de vejez[16]:

> **Pensión de vejez**: debe haber cotizado un mínimo de 1000 semanas y tener 55 años si es mujer, o 60 años si es hombre. A partir del año 2014 la edad se modificará a 57 años en la mujer y 62 años en el caso de los hombres. Los anteriores requisitos han sido modificados por una reciente reforma pensional, formalizada mediante la Ley 797 de 2003. En caso de cumplir la edad y no haber cotizado las 1000 semanas, existen dos posibilidades: continuar cotizando o declarar la imposibilidad de hacerlo. En tal caso se realiza una indemnización sustitutiva.[17]
>
> **En materia de salud y seguridad social**: la Ley 100 de 1993, establece que el objeto del sistema general de pensiones es el de "garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones" (Art.10)

En Colombia el Sistema General de Pensiones está compuesto por dos regímenes solidarios excluyentes que coexisten como modelo dual, a saber (**art.12**):

a) Régimen Solidario de Prima Media Definida con Prestación Definida;

b) Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad

Resulta fundamental recalcar la existencia del Fondo de Solidaridad Pensional, destinado a ampliar la cobertura mediante el subsidio a los grupos de población que, por sus características y condiciones socioeconómicas, no tienen acceso a los **sistemas de seguridad social**. **A continuación se explica acerca del mismo:**

> **Fondo de Solidaridad Pensional:** El Fondo de Solidaridad Pensional tiene por objeto subsidiar los aportes al Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte, tales como artistas, deportistas, músicos, compositores, toreros y sus subalternos, la mujer microempresaria, las madres comunitarias, los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, los miembros de las cooperativas de trabajo asociado y otras formas asociativas de producción, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

El subsidio se concede parcialmente para reemplazar los aportes del empleador y del trabajador o de este último en caso de que tenga la calidad de trabajador independiente, hasta por un salario mínimo como base de cotización.

La cobertura familiar se puede extender a los padres del afiliado no pensionados y que dependan económicamente de éste. Las Entidades Promotoras de Salud EPS,

[16] Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

[17] 10 CANO GUTIÉRREZ, Carlos. *Problemática del envejecimiento en Colombia*. Ponencia presentada en el lanzamiento del Instituto de Envejecimiento. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 24 de abril de 2001.

están obligadas a que dentro de sus afiliados un mínimo de 6% sean mayores de 60 años.[18]

Los **Servicios sociales complementarios** se resumen en un programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan con los siguientes requisitos: ser colombiano; llegar a una edad de sesenta y cinco o más años; residir durante los últimos diez años en el territorio nacional; carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia; residir en una institución sin ánimo de lucro para la atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales que no dependan económicamente de persona alguna.

De igual forma, se estableció que el Gobierno Nacional reglamentaría el pago de los auxilios para aquellas personas que no residan en una institución sin ánimo de lucro y que cumplan con los demás requisitos establecidos. El objeto de este programa es el de apoyar económicamente y hasta por el 50% del salario mínimo legal mensual vigente, a las personas que cumplan las condiciones señaladas. Se contempla en esta Ley que la prestación especial por vejez se pierde por muerte del beneficiario; por mendicidad comprobada como actividad productiva; por percibir una pensión o cualquier otro subsidio; o las demás que establezca el Consejo Nacional de Política Social[19].

Por otro lado, se consagró que el Estado a través de sus autoridades y entidades y con la participación de la comunidad y organizaciones no gubernamentales prestaría los siguientes **servicios sociales para la tercera edad**:

- en materia de educación, las autoridades del sector de la educación promoverán acciones sobre el reconocimiento positivo de la vejez y el envejecimiento;
- en materia de cultura, recreación y turismo, las entidades de cultura, recreación, deporte y turismo que reciban recursos del Estado deberán definir e implantar planes de servicios y descuentos especiales para personas de la tercera edad;
- el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social promoverá la inclusión dentro de los programas regulares de bienestar social de las entidades públicas de carácter nacional y del sector privado el componente de preparación para la jubilación.

Los **regímenes especiales**[20] son consagrados en la **Ley 100** sólo para ocupaciones de alto riesgo, pero aquí se cobijan también algunos que se amparan en la transición y las convenciones colectivas. Entre los de la transición están los regímenes vigentes para afiliados que en abril del 94 fueran mayores de 34 ó 39 años o que hubieran cotizado más de 15 años. Aquí figuran los regímenes de congresistas, magistrados y miembros de altas cortes, empleados del ISS, Cajanal y Superintendencias (Sociedades, Industria y Comercio y Valores), entre otros.

Hay otros regímenes especiales considerados de alto riesgo por la **Ley 100** entre quienes están trabajadores del sector minero y otros expuestos a radiación, sustancias cancerígenas o altas temperaturas en el sector privado. También incluye en el sector público a funcionarios de la rama judicial, bomberos, detectives del

[18] Ibíd

[19] Op. Cit p 32

[20] Portafolio. Regímenes amparados por la transición. Nro. 1.272. Bogotá. 23 de enero de 2002. p. 7.

DAS, procuradores delegados en lo penal y derechos humanos, empleados de cuerpos de seguridad y Aerocivil. En general, éstos se pensionan a los 55 años y en algunos casos a los 50, la cotización es del 13.5% más el 6% (a cargo del empleador).

En cuanto a los amparados en convenciones colectivas, éstos contemplan beneficios extralegales, además de los del sistema general, y no pueden ser eliminados por la Ley. Cobijan numerosas empresas industriales y comerciales del Estado como Adpostal, Telecom, Emcali y la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, y el Banco de la República, entre otros. Otro grupo lo conforman entidades que si bien están en liquidación contaban con regímenes especiales: Alcalis, Ferrocarriles, Corfitransporte, Corporación Nacional de Turismo, Caja Agraria, Foncolpuertos.

Ley 715 del Sistema General de Participaciones, 2001

Dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

En el artículo 1 de esta Ley se establece que el Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios de educación y salud, principalmente.

De esta manera, las competencias de los departamentos en materia de salud, entre otras, son: dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Algunas de sus funciones serían: la dirección del sector salud en el ámbito departamental; formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud; supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación, y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud; entre otras.

En cuanto a la prestación de servicios de salud le corresponde a los departamentos: gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios de demanda, que residan en su jurisdicción; financiar con los recursos propios, con los asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre, entre otros.

Las competencias de los municipios son entre otras, dirigir y coordinar el sector salud
y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción.

En cuanto al aseguramiento de la población al Sistema General le corresponde financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable; identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

Por otro lado, la Ley establece que los recursos del Sistema General de Participaciones en salud se destinarían a financiar los gastos en salud en los siguientes componentes: a) Financiación o confinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total. b)

Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios de demanda. c) Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.

El artículo 74 establece competencias de las entidades territoriales en otros sectores destacando la atención a grupos vulnerables, dentro de la cual se pueden adelantar programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable como la población infantil, los ancianos, desplazados o madres cabeza de hogar.

3.1.3. Marco normativo sectorial

Ley 361 de 1997, por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.

En el título I de esta Ley se establecen las normas y criterios básicos para facilitar la accesibilidad a las personas con movilidad reducida, sea ésta temporal o permanente, o cuya capacidad de orientación se encuentre disminuida por la edad, analfabetismo, limitación o enfermedad. Así mismo, se busca suprimir y evitar toda clase de barreras físicas en el diseño y ejecución de las vías y espacios públicos y del mobiliario urbano, así como en la construcción o reestructuración de edificios de propiedad pública o privada.

Son destinatarios especiales, las personas que por motivo del entorno en que se encuentran, tienen necesidades especiales y en particular los individuos con limitaciones que les haga requerir de atención especial, los ancianos y las demás personas que necesiten de asistencia temporal.

Ley 387 de 1997[21]

Señala que el Gobierno Nacional promoverá acciones y medidas de mediano y largo plazo con el propósito de generar condiciones de sostenibilidad económica y social para la población desplazada en el marco del retorno voluntario o el reasentamiento en otras zonas rurales o urbanas. Estas medidas deberían permitir el acceso directo de la población desplazada a la oferta social del gobierno, en particular a los programas relacionados con: atención social en salud, educación y vivienda urbana y rural, la niñez, la mujer y las personas de la tercera edad, entre otros.

Ley 445 de 1998

Se establecen unos incrementos especiales a las mesadas y a las pensiones de jubilación, invalidez, vejez y sobrevivientes del sector público del orden nacional, financiadas con recursos del presupuesto nacional, del Instituto de Seguros Sociales; así como de los pensionados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, conservando estos últimos su régimen especial.

[21] Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.

Ley 687 de 2001

Modifica la Ley 48 de 1986 y "…autoriza la emisión de una estampilla pro- dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad…"[22]

Reglamenta la determinación de responsabilidad patrimonial de los agentes del Estado a través del ejercicio de la acción de repetición o de llamamiento en garantía con fines de repetición.

Ley 717 de 2001

Por la cual se establecen términos para el reconocimiento de las pensiones de sobrevivientes y se dictan otras disposiciones. En ella se plantea que el reconocimiento del derecho a la pensión de sobrevivientes por parte de la entidad de Previsión Social correspondiente, debería efectuarse a más tardar dos (2) meses después de radicada la solicitud por el peticionario, con la correspondiente documentación que acredite su derecho.

Ley 1091 de 2006

Establece la atención preferencial de las personas mayores y los reconoce como colombianos de oro. De acuerdo con el artículo 3 de la precitada Ley, la posesión de la tarjeta colombiano/a de oro confiere derechos de atención preferencial, ágil y oportuna por parte de las entidades públicas y privadas que presten servicios al público. Por otra parte, también se crea la posibilidad de acordar descuentos entre entidades públicas, privadas y mixtas que beneficien a personas mayores de 65 años. La atención preferencial se prestará por medio de ventanillas o lugares de atención especializados, y con anuncios visibles y prominentes para el caso de las oficinas públicas.

La Ley establece el día del colombiano de oro, con el propósito de realizar actividades de promoción, participación, recreación e integración social de las personas mayores de 65 años. Tales actividades serán competencias de los departamentos, distritos y municipios con la coordinación general de Ministerio de la Protección Social.

Decreto 2226 de 1996 por el cual se asigna al Ministerio de Salud una función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud se relacionen con la Tercera Edad, Indigentes, Minusválidos y Discapacitados.

Otras normas en relación con los adultos mayores

Ley 181 de 1995, por la cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física y se crea el sistema nacional del deporte.

Ley General de Cultura (**Ley 397 de 1997**), en la que se dedica una espacial atención al público infantil y juvenil, tercera edad y discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales. También establece que se tendrán en cuenta en los proyectos de infraestructura cultural la eliminación de barreras arquitectónicas que impidan la

[22] Villareal. Mónica. La legislación a favor de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe. Pág. 23.

libre circulación de los discapacitados físicos y el fácil acceso de la infancia y la tercera edad.

Acuerdo 244 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, entre las cuales se establece que se priorizarán los potenciales afiliados en el siguiente orden:

1. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal.
2. Niños menores de cinco años.
3. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén.
4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
5. Población de la tercera edad
6. Población en condición de desplazamiento forzado.
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias.
8. Desmovilizados.

Ley 882 de 2004[23]**,** conocida como la "Ley de ojos morados", que aumenta la pena de la mitad a las tres cuartas partes cuando el maltrato sea a niños, mujeres, ancianos, personas con discapacidad o en estado de indefensión.

La panorámica de las normas nacionales relativas a las personas mayores estaría incompleta sin una mirada a los **planes nacionales de desarrollo** (1994-2005). Se afirma que fue a partir de 1936 cuando la legislación colombiana amplió el ámbito de intervención del Estado en la economía, tanto a través de la política económica como de la regulación del conflicto entre empresarios y trabajadores. La reforma constitucional de 1945 consagró la planeación como práctica de los organismos públicos y dio al Congreso la facultad de intervenir en la aprobación de los programas de gobierno.[24]

3.1.4. Convenios ratificados a favor de los derechos de los Adultos Mayores

La **Ley 319** de 1996, por medio de la cual se aprueba el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988, estableció en el artículo 17, la protección especial para la ancianidad en los siguientes términos: Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados Partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas; b) Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; c)

[23] Diario Oficial No. 45.568, de 3 de junio de 2004.

[24] FRESNEDA O., GONZÁLEZ J.I., CÁRDENAS M.E., SARMIENTO L. Reducción de la pobreza en Colombia: el impacto de las políticas públicas. En PNUD. Estrategias para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe. 1997. p.272

Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

La política social del gobierno de César Gaviria (1990-1994) denominada la "*Revolución Pacífica*" dio prioridad a las acciones focalizadas y a los subsidios a la demanda. Se llevó a cabo la reforma institucional del sector social que consistió en trasladar a los municipios y departamentos la responsabilidad de ejecución de los principales programas sociales. Durante esta administración se promulgó la **Ley 100 de 1993** que permitió la creación de fondos privados de pensiones y estableció mecanismos para garantizar una atención de salud básica para los colombianos.[25]

"La Ley 100 de 1993 hace referencia a pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios. En el libro IV (art.262) incluye la prestación de servicios para la vejez en cuanto a: educación para el reconocimiento positivo del envejecimiento y de la vejez; planes de servicios y descuentos especiales en materia de cultura, recreación y turismo para la misma población; y preparación para la jubilación".[26]

De igual manera, en el libro IV de la Ley 100, se contempla el subsidio para los ancianos indigentes con los criterios anotados en la descripción correspondiente a esta Ley. Durante ese gobierno, funcionó la Consejería Presidencial para la Juventud, Mujer y familia, que orientó acciones de bienestar y protección dirigidas a las personas mayores.

En el gobierno del presidente Ernesto Samper (1994-1998), en el Plan de Desarrollo "*El Salto Social*" la política social se articuló en siete estrategias generales: desarrollo humano, seguridad social, mejoramiento del hábitat, equidad y participación de la mujer, atención a minorías étnicas, justicia y desarrollo de la economía solidaria y en la creación de la Red de Solidaridad Social. En cuanto a programas para la tercera edad, el gobierno de Samper estableció el programa Revivir de la Red de Solidaridad Social, para el cumplimiento de lo señalado en la Ley 100 en lo referente al apoyo a los ancianos indigentes mediante un auxilio mensual, complementado con planes de atención en los municipios.

Así mismo, los ancianos más pobres serían beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud; se expedirían normas para hacer efectiva su afiliación a las Cajas de Compensación; y se pondría en marcha el Fondo de Solidaridad Pensional, con el fin de garantizar que la población más pobre y con dificultades de inserción en el mercado de trabajo cuente con una pensión cuando llegue a la tercera edad.

El gobierno del presidente Andrés Pastrana (1998-2002) estableció en su Plan de Desarrollo "*Cambio para Construir la Paz*", que la protección a la población mayor de 60 años se llevaría a cabo en coordinación con las entidades territoriales principalmente, a través de las siguientes estrategias: incorporación voluntaria de esta población al programa jornada escolar complementaria para el cambio, con el fin de ocupar el tiempo libre de los ancianos y potenciar los aportes de su experiencia a las nuevas generaciones; y darle continuidad a la entrega de subsidios a ancianos pobres a través del programa Revivir de la Red de Solidaridad.

[25] Ibid., p.277

[26] DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Tercer Informe Anual del Defensor del Pueblo al Congreso de Colombia. Volumen II. 1996. p.340

En el Plan Hacia un Estado Comunitario del Presidente Alvaro Uribe V. (2002–2006), se incluyeron como estrategias en el campo del envejecimiento el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores mas pobres, la promoción del trabajo asociativo, el aumento gradual de los recursos, la promoción de clubes, grupos recreativos y de trabajo, las tarifas preferenciales en el transporte masivo urbano y el fomento de la solidaridad y uso del tiempo libre compartido entre las distintas generaciones.

3.2. Políticas, planes o programas dirigidos hacia las Personas Mayores

3.2.1. Antecedentes

La más antigua referencia que se tiene de un primer intento del Gobierno Nacional para producir una Política Nacional para la Tercera Edad se remonta a 1973 cuando se convocó por parte del Ministerio de Salud, entre otros, a un Seminario Nacional sobre el Anciano. Por la Ley 29 de 1973 y el decreto 2011 de 1976, se facultó al Gobierno Nacional para establecer la protección de los ancianos que carecen de recursos económicos para subsistir dignamente y se creó el *Fondo Nacional de la Ancianidad Desprotegida*, el cual en la práctica nunca funcionó.

En 1982 el Departamento Nacional de Planeación (DNP) elaboró un *Plan para la Tercera Edad* el cual puso en funcionamiento hasta el año 86 y en donde se buscaba la creación de organismos autofinanciados que reconocieran la problemática de la vejez, el plan no formulaba programas, no creaba instrumentos ni planteaba mecanismos de coordinación interinstitucionales.

El Plan de Atención Integral a la Tercera edad en Colombia estableció condiciones y estrategias necesarias para fundamentar una política en beneficio de la tercera edad: la participación activa del viejo en el desarrollo social, económico y político del país, el involucramiento de los distintos actores participantes y la necesidad de priorizar la atención a tres grupos, no institucionalizados y no cubiertos por seguridad social, institucionalizados e indigentes que viven en la calle y de la caridad pública.

Finalmente, por efecto de la descentralización municipal con la Ley 12 de 1986 y el Decreto Ley 77 de 1987 se le asignaron a los municipios y al Distrito Capital las funciones de construir, dotar y mantener los centros de bienestar del anciano (ancianatos). Complementariamente el Decreto 81 del mismo año señala nuevas funciones al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-: prestar asesoría y apoyo financiero a los municipios para el sostenimiento de los ancianatos y el desarrollo de programas de complementación alimentaria para ancianos y menesterosos.

Puede concluirse hasta este punto que las alternativas de atención a la población mayor, desarrolladas fundamentalmente por la(s) iglesia(s), las Beneficencias, los organismos no gubernamentales (Fundaciones), y los voluntariados, consistieron en adecuar casas como residencias para ancianos. No existían fuentes estables de recursos oficiales o privados que permitieran el funcionamiento de las instituciones para la tercera edad, distintas a la caridad pública y a los antiguos auxilios de los políticos, abolidos además desde la Constitución de 1991.

La década de los años 90 fue singularmente importante para el aumento de la toma de conciencia del impacto y desafíos que implica la transición demográfica a nivel mundial, en particular en América Latina y el caribe, situación que fortaleció la ejecución de los programas dirigidos a las personas mayores en el país robusteciendo el papel de instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) a nivel nacional, y el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), en el Distrito Capital.

El Documento CONPES 2793 de Envejecimiento y Vejez del 28 de junio de 1995, inicia la aproximación hacia una política sobre envejecimiento y vejez. Asume que la salud y el bienestar en la edad avanzada dependen de la calidad de vida que se lleve desde el nacimiento. Por lo tanto, la preparación de la población para etapas subsiguientes de la vida debe ser parte de la política social.

Asimismo, se afirma que mantener una actividad intelectual, afectiva, física y social en la medida de los propios intereses, capacidades y posibilidades, se relaciona con un envejecimiento sano y satisfactorio. Por lo tanto, las personas de edad deben tener acceso a los servicios de salud y seguridad social, recreación y cultura, así como la oportunidad de contar con ingresos y el apoyo necesario para residir en su propio domicilio, por tanto tiempo como sea posible.

Se definen como objetivos fundamentales de la política relativa al envejecimiento y a la vejez los siguientes:

a) Mejorar las condiciones de vida de toda la población, independientemente de su edad, sexo o etnia, con el fin de que vivan un proceso de envejecimiento saludable.
b) Brindar bienestar a las personas mayores, asegurándoles servicios de salud y seguridad social, una subsistencia adecuada, vivienda digna y asistencia integrada, priorizando las acciones en las personas más pobres.
c) Desarrollar una cultura donde el envejecimiento y la vejez sean considerados como símbolo de experiencia, sabiduría y respeto, para eliminar así la discriminación y la segregación por motivos de edad, y contribuir al mismo tiempo al fortalecimiento de la solidaridad y al apoyo mutuo entre generaciones.
d) Mejorar la capacidad de respuesta institucional para la atención de las personas mayores usando de manera más eficiente la infraestructura existente.

El ICBF tiene como objetivo fortalecer la interacción y el desarrollo armónico de la familia, proteger al menor de edad y garantizarle sus derechos. Desde el año 1986 hasta el año 2000 tenia a su cargo la ejecución del proyecto de Asistencia Integral al Anciano, con aproximadamente 100.000 beneficiarios, orientado a la atención de necesidades nutricionales y de protección de las personas mayores, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 128, el cual le adiciona funciones para el desarrollo de políticas y programas según lo determinará el Consejo Nacional del Anciano. Sin embargo su orientación institucional fundamental sigue siendo el bienestar del menor y su familia.

Su principal fuente de financiamiento lo constituye el aporte del 3% de nómina de las empresas, equivalente al 0.6% del PIB. El ICBF lidera el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, en el cual además participan el Ministerio de Protección Social, los departamentos, distritos y municipios, las comunidades organizadas y demás

instituciones con similar propósito. El Instituto ha llevado a cabo procesos de descentralización durante los últimos años.

Entre los años 1990 y 1994 se dieron varias acciones que ayudaron al fortalecimiento de la mirada hacia la vejez como un ciclo de vida determinante en el desarrollo del país.

En el año 1991 la nueva constitución nacional manifiesta, en su artículo 46: "El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia"[27]. Posteriormente, y a través de acto legislativo en el 2005, se adiciono el artículo 48 en donde se garantiza a todos los habitantes los servicios de seguridad social y el subsidio en caso de indigencia como derecho irrenunciable y se definen las condiciones y medios para la regulación de los recursos destinados a las pensiones.

En 1993 se da la reforma a la Seguridad Social y se instaura la Ley de Seguridad Social en Salud (Ley 100), la cual pretende cambiar el modelo de asistencia pública con su esquema de subsidios a la oferta de servicios por un modelo de aseguramiento dentro de un ambiente descentralizado y de libre competencia, buscando el acceso progresivo de todos los colombianos a la Protección Integral de salud y de seguros económicos[28].

La Ley 100 crea los Fondos de Solidaridad Pensional (Capitulo IV) el cual "*recauda principalmente un punto sobre la nómina, de los asalariados de más de cuatro salarios mínimos y tiene por objeto subsidiar los aportes al Régimen General de pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte"* y el Fondo de Solidaridad y Garantía en salud (Capitulo III) el que *"recauda un punto sobre la nomina de los asalariados principalmente para financiar con los municipios el régimen subsidiado de salud"*, con el fin de atender, mediante subsidios a la demanda, la población mas pobre que no tiene acceso al régimen contributivo. Otros recursos donaciones y aportes de entidades territoriales no se han hecho efectivas y los recursos que debía aportar el Gobierno Nacional fueron eliminados en el 96.

Además y como complemento, se establecen un conjunto de servicios para otorgar subsidios a los mas pobres. En este sentido Libro IV de la Ley hace referencia específica a los servicios complementarios que se deben otorgar a los ancianos en materia de educación, cultura, recreación, turismo y preparación para la jubilación, estableciendo los requisitos para acceder y las razones para perder estos beneficios. Desde aquí se establecen las condiciones que requieren los municipios para garantizar la infraestructura y los recursos para prestar los servicios a su población anciana y como deben ser incluidos en los planes de desarrollo municipales o distritales.

En la actualidad, y desde el 2004 con el decreto 569 se reglamento la administración de los recursos del Fondo de Solidaridad Pensional, el cual esta a cargo del consorcio PROSPERAR conformado por las fiduciarias Fiduagraria, Fiduifi,

[27] Constitución Política de Colombia 1991 En : www.cna.gov.co/cont/documentos/legislacion/constitucion.pdf

[28] Jaramillo I. (1999)"La tercera Edad en Colombia y la Ley 100 de 1993 oportunidades y amenazas". Simposio Internacional Envejecimiento Competente, retiro y seguridad social.

Fiduciaria del Estado, Fiduciaria La previsora, Fiduciaria Central y Fiducoldex. Los subsidios del fondo son parciales y temporales.

El plan nacional de desarrollo, El Salto Social, propone en su texto: *"los programas para la tercera edad estarán encaminados a vincular esta población al sistema de seguridad social, promover la generación de una oferta local de servicios y crear una actitud de reconocimiento positivo de la vejez".*

Con el Decreto 591 de 1994 se creo la Consejería presidencial desde donde se manejo el Programa Presidencial para la Juventud, la mujer y la familia. Para las personas mayores se plantearon programas y proyectos en áreas como salud visual, oral y ayudas de locomoción; centros de vida urbanos y rurales, vivienda; educación, recreación, turismo social; participación y organización social; sistemas de apoyo comunitario; banco de expertos, fondos de crédito mayor, fondos de reciprocidad. La consejería enfatizo en la necesidad de trabajar por la implementación de una cultura del envejecimiento a nivel nacional incluyendo la perspectiva de género como aspecto fundamental.

El plan del Salto Social facilitó la afiliación de los pensionados a las Cajas de Compensación Familiar con un aporte de 2% de su mesada abriendo la posibilidad de aprovechar las actividades de atención en salud iniciadas, así como otros beneficios. En este mismo sentido entidades como Coldeportes, a través del plan de recreación para las personas mayores y el Icetex, con la promoción y financiación de créditos y becas a estudiantes de geriatría y gerontología, comienzan a participar activamente en beneficio de esta población. Actualmente Coldeportes mantiene activo su programa nacional Nuevo Comienzo a través del cual se desarrollan encuentros de personas mayores alrededor de la recreación y el deporte.

En este mismo año se creó la Red de Solidaridad Social, entidad encargada de ejecutar el programa de subsidio para ancianos indigentes, Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM) - REVIVIR (el cual se describirá mas adelante en este texto), programa que se ejecutaría con los municipios en forma descentralizada y con apoyo en algunos casos de las organizaciones no gubernamentales o entidades especializadas de la región.

El 28 de junio de 1995, la Vicepresidencia de la República y el Departamento Nacional de Planeación (DNP) a través del Documento CONPES 2793, proponen la política nacional de envejecimiento y vejez cuyos objetivos fundamentales eran: "mejorar las condiciona de vida de toda la población independientemente de su edad, sexo o etnia, con el fin de que vivan un proceso de envejecimiento saludable; brindar bienestar a las personas mayores, asegurándoles servicios de salud y seguridad social, una subsistencia adecuada, vivienda digna y asistencia integrada, priorizando las acciones en las personas más pobres; desarrollar una cultura donde el envejecimiento y la vejez sean considerados como símbolo de experiencia, sabiduría y respeto, para eliminar así la discriminación y la segregación por motivos de edad, y contribuir al mismo tiempo al fortalecimiento de la solidaridad y al apoyo mutuo entre generaciones y mejorar la capacidad de respuesta institucional para la atención de las personas mayores, usando de manera más eficiente la infraestructura existente".

Este documento sirve de marco para la coordinación y funcionamiento de las instituciones y de los diferentes sectores relacionados con las personas mayores.

Para el año 1998 la "asistencia social comprendía, además de los programas del ICBF, una diversidad de iniciativas de los gobiernos y organizaciones locales complementadas, en algunos casos, con aportes de la Red de Solidaridad Social, y de las entidades que sustituyeron al Fondo de Inversión Social – FIS, al desactivarse ese año el Sistema Nacional de Cofinanciación"[29], sistema que establecía procedimientos comunes para apoyar, con recursos del presupuesto nacional, proyectos de las entidades territoriales. El artículo 26 del Decreto crea el Conpes para la política social.

En el año 2001 es evidente la recesión económica y la necesidad de encontrar una salida para proteger a los más pobres. Se inicia entonces el diseño de la Red de Apoyo Social - RAS (Familias en acción, jóvenes en acción y empleo en acción) que en conjunto con el Sistema Social de Riesgo, surgen como respuesta transitoria a la crisis.

De otra parte el Conpes había aprobado, a través del documento 3144 de diciembre de 2001, la creación del Sistema Social de Riesgo (SSR), con el objetivo de articular y flexibilizar la oferta de programas sociales del Estado y fortalecer su capacidad para prevenir, mitigar y contribuir a superar los riesgos resultantes de las recesiones económicas. Además, estableció el Sisben (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales) como el instrumento de focalización del Sistema de conformidad con el Conpes Social 055 de 2001. También creo el Fondo de Equilibrio y Protección Social (FEPS), como principal instrumento financiero del SSR, el cual deberá captar recursos durante épocas de crecimiento y utilizarlos, mediante reglas claras y transparentes, en las fases recesivas. El Conpes 3187 de 2002 establece el marco general a nivel institucional, presupuestal y normativo para la puesta en operación del Sistema Social de Riesgo –SSR- y del Fondo de Equilibrio y Protección Social –FEPS-.

En el mes de diciembre del año 2002, se define el sistema de protección social "como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo". Ley 789 de 2002

En este mismo año se lleva a cabo en Madrid, España, la Asamblea Mundial de envejecimiento, reunión en la cual se establecieron una serie de compromisos de obligatorio cumplimiento para los países participantes en cuanto al trabajo con las personas mayores.

Entre tanto, en el 2002 y el 2004 se dan en el país hechos que afectan directa o indirectamente las acciones tendientes a atender y mejorar las condiciones de las personas mayores. Los ministerios de salud y de trabajo y seguridad social se fusionan para conformar el Ministerio de la Protección Social con la idea de poner en funcionamiento las medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas a través de tres áreas de intervención: mercado laboral, previsión y asistencia social.[30]

El Plan Nacional de Desarrollo "Hacia un estado comunitario" 2002-2006 planteo la reestructuración del programa de atención integral a los ancianos pobres e indigentes que viene siendo ejecutado por la Red de Solidaridad Social.

[29] Vergara C. (2005) Antecedentes de la protección social en Colombia. Notas de Clase. Washington, D.C

[30] Idem.

Proponiendo la atención familiar preferiblemente y modalidades de atención mas flexibles con subsidios a la demanda que podrán ser monetarios o en especie[31]. Con esta directiva el programa pasa a ser operado técnicamente por el ICBF manteniendo el liderazgo del Ministerio de Protección Social, como se ampliara mas adelante en este texto. En este mismo sentido se crea el programa nacional de Alimentación para el Adulto Mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" (Conpes 86 de 2004) operado también por el ICBF.

Colombia. Cuadro síntesis de los programas dirigidos hacia los adultos mayores			
1990-1994	1994-1998	1998-2002	2002-2006
Proyectos de Asistencia Integral al Anciano. Programa Presidencial para la Juventud, la mujer y la Familia Atención para el bienestar del adulto mayor en pobreza en Bogotá D.C. (proyecto 7217) DABS Plan Nacional de Atención Integral a la Tercera Edad en Colombia. Continua vigente desde 1986	Red de Solidaridad Social. Programa REVIVIR. Las Cajas de Compensación familiar inician actividades de atención en salud para adultos mayores. Coldeportes. Plan de recreación para las personas mayores. Icetex. Promocionará y financiará créditos y becas a estudiantes de geriatría y gerontología	Programa Nuevo Comienzo nivel nacional. Encuentros de recreación y deporte. Comienza el Plan de Atención Integral al Adulto Mayor PAIAM ejecutados también por la Red de Solidaridad Social. El proyecto Asistencia Integral al Anciano ICBF (100.000 beneficiarios en este año)	El programa de la Red de Solidaridad Social REVIVIR-PAIAM pasa al ICBF para su manejo técnico. Manejo financiero prosperar y liderazgo del Ministerios de Protección Social. Programa de Protección Social al Adulto Mayor PPSAM. Creación del Programa Nacional de Alimentación para el adulto Mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" a cargo del ICBF. Modificado Conpes 92 de 18 de abril de 2005

3.2.2. Políticas a favor de los Adultos Mayores.

El Estado Colombiano cuenta con programas que procuran atender a la población de personas mayores en todos los rincones del país.

Los planes y programas de atención y asistencia social pueden ser catalogados utilizando distintos criterios. Se pueden catalogar desde los ámbitos definidos como prioritarios (seguridad económica, salud, entornos físicos favorables, entornos sociales favorables)27[32]; desde los criterios distintos a la edad con los que han sido incorporados en los distintos programas sectoriales (maestros, pensionados, grupos vulnerables, indigentes, grupos de riesgo, etc.); desde los diversos ámbitos en los que requieren atención e intervención para mejorar las condiciones de vida (educación, salud, trabajo, vivienda, bienestar); desde los distintos niveles de ejecución de los programas (nacionales, departamentales, municipales, locales) o desde las distintas entidades que los llevan a cabo (privadas o públicas).

Se presentan en seguida teniendo en cuenta las distintas entidades que los llevan a cabo en su condición de públicas, desarrollados y ejecutados por entidades del

[31] "Plan Nacional de Desarrollo, 2002 – 2006 : hacia un Estado comunitario". En: www.dnp.gov.co

[32] CEPAL (2003) *Las personas mayores en A. Latina y el caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*. Santiago de Chile.

estado y privados, desarrollados y ejecutados por entidades no gubernamentales. Es importante tener en cuenta que varios de ellos tienen funcionamiento mixto, en tanto que las entidades no gubernamentales son ejecutoras de programas oficiales o públicos, con recursos estatales, situación frecuente en los entes territoriales.

El objetivo general de los programas es responder a la necesidad de garantizar los derechos y el bienestar a todas las personas mayores, estos derechos están relacionados con seguridad social, protección, alimentación, asistencia, participación etc., contemplando servicios relacionados con educación, cultura, recreación, turismo y preparación para la jubilación.

Los programas oficiales o públicos que son entregados para su manejo y control a las autoridades municipales y distritales, responden al mandato de brindar asistencia social a la población más vulnerable del país.

En el caso de los adultos mayores, los programas de atención deben priorizar a aquellas personas que además de ser pobres, se encuentran en especial estado de vulnerabilidad, entre ellos: adultos mayores que viven solos, que reportan tener un estado de salud malo, y quienes tienen una enfermedad crónica y no reciben atención para tratarla... un 20% de los adultos mayores de 65 años que viven solos se encuentran en pobreza (18% de los hombres y 21.5% de las mujeres). Dentro de aquellos adultos mayores que tienen un estado de salud malo, un 47% está en pobreza (49% de los hombres y 45% de las mujeres). Por último, de los adultos mayores que tienen una enfermedad crónica y que no reciben atención para tratarla, un 47% son pobres (42% de los hombres y 51% de las mujeres)[33].

Programas oficiales o públicos

Programa de Protección Social al Adulto Mayor

El programa *Revivir* surgió a partir de la Ley 100 de 1993 y fue puesto en práctica a partir de 1995, bajo la tutela de la Red de Solidaridad Social, como entidad encargada de dictar y ejecutar políticas y adelantar acciones orientadas hacia los sectores más pobres y vulnerables de la población colombiana.

El programa tenía por objetivo mejorar las condiciones de vida de los ancianos indigentes por medio de la prestación de servicios básicos subsidiados y la promoción descentralizada de servicios complementarios de bienestar. Estos subsidios eran entregados por las entidades territoriales o subcontratando con entidades sin animo de lucro, en bienes y servicios básicos o en dinero efectivo por valor de hasta medio salario mínimo legal vigente. En un principio, para la entrega de los subsidios, se seleccionaban aquellos proyectos municipales con mayor cantidad de población total en condiciones de pobreza, sin privilegiar los ancianos indigentes.

A partir de 1999 el programa se reorganizó y se oriento en su totalidad a cubrir las necesidades de las personas mayores que están en la indigencia.

A partir del año 2002, el programa Revivir se integro al Programa de Atención Integral al Adulto Mayor a cargo del ICBF y tomo el nombre de *Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM)*, cuya regulación se establece en la Ley

[33] Nuñez J y Espinosa S.(2005) *Asistencia Social en Colombia Diagnóstico y propuestas*. CEDE Universidad de los Andes. Bogota.

797 de 2003 y en el Decreto 569 de 2004. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es la entidad ejecutora a nivel nacional, con el liderazgo del Ministerio de Protección Social y con recursos del Fondo de Solidaridad Pensional, a cargo del consorcio PROSPERAR. Estas entidades elaboraron el manual operativo para definir los mecanismos de selección, identificación y priorización de beneficiarios y los demás aspectos operativos del nuevo programa PPSAM.

Este programa beneficia especialmente a aquellas personas adultas que durante su vida laboral no cotizaron para acceder a un seguro (o pensión) de vejez, y referente a la situación socioeconómica, viven solos y su ingreso mensual no supera medio salario mínimo vigente, viven en la calle y de la caridad pública, o viven con la familia y el ingreso familiar es inferior o igual a un salario mínimo legal mensual vigente. Aquí también participan, los atendidos por instituciones prestadoras de servicios que han sido abandonados por sus familias o dicha entidad no cuenta con los recursos para su manutención.

También se incorpora al Programa, a la persona cuya discapacidad sea certificada por la ARS o EPS a la que el adulto esté vinculado, en caso de no estarlo se acepta una certificación expedida por la Secretaría de Salud municipal o departamental o el centro de Rehabilitación del departamento, (el artículo 4º del decreto 1387 de 1995, estipula que "para efectos del auxilio, las personas discapacitadas, son aquellas que cumpliendo con los requisitos del artículo 3 del mencionado decreto, hayan perdido el 50% o más de su capacidad laboral)[34].

En la actualidad el programa brinda subsidio en efectivo y soporte nutricional y recreacional para personas mayores de 65 años en extrema pobreza a nivel 23 nacional. La atención brindada se realiza en los municipios a través de entidades gubernamentales y no gubernamentales o de carácter comunitario.[35]

El valor del subsidio esta entre los $35.000 a $75.000 pesos, valor que se define de acuerdo a la categoría en la que este clasificado el municipio (categoría que depende del numero de personas mayores en la indigencia reportadas por el mismo). Los servicios sociales complementarios serán cofinanciados por los entes territoriales. *Con el Programa de Protección Social al Adulto Mayor se ha llegado a todos los rincones del país y les permite a los adultos mayores contar con unas mejores condiciones de vida y recibir servicios sociales complementarios de recreación, cultura, turismo y deporte, entre otros.*[36]

Muchos de los criterios de elegibilidad se mantuvieron luego de la reorganización del año 1999: *"las ciudades capitales donde se concentra un gran número de adultos mayores en condiciones extremas de pobreza; los municipios priorizados de cada departamento que hayan incorporado dentro del Plan de Desarrollo municipal, el proyecto de Atención Integral de adultos mayores; los municipios y organizaciones que están garantizando la atención integral de calidad en la entrega de los bienes y servicios a adultos mayores; los municipios que garanticen que la población sujeto del proyecto está debidamente identificada como en extrema pobreza por el SISBEN*".

[34] Ministerio de Protección Social (2004). *Programa de Protección Social al Adulto Mayor. Manual operativo*. Bogotá: el ministerio.

[35] Departamento Nacional de Planeación. *Envejecimiento y vejez. Documento Conpes 2793*. Bogotá: Vicepresidencia de la República, 2005.

[36] Ministerio de la Protección Social (2005) "*ABC de protección social del adulto mayor*". En: www.Minproteccionsocial.gov.co/MseContent/NewDetail.asp?ID=13600&IDCompany=24

Dentro de los criterios del programa se da prioridad a los proyectos que seleccionan como población sujeto a los indígenas en indefensión. En el periodo comprendido entre 1998-2001 el promedio anual de proyectos es de 83 con una cobertura de 52 municipios *"para atender las necesidades básicas y complementarias de mas de 4.400 indígenas mayores de 50 años"*[37]

Las comunidades indígenas a través del intercambio con otras comunidades y de sus formas de producción (pancoger) han alcanzado el mejoramiento de la dieta alimentaria, la recuperación de tradiciones, el fortalecimiento de cooperativas y el fortalecimiento del núcleo familiar entre otros logros.

En la actualidad los proyectos presentados por las comunidades indígenas son aprobados y ejecutados directamente por los entes territoriales, sin participación del ICBF[38], lo que ha dificultado la entrega de los subsidios por los altos criterios exigidos.

Las metas del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor para 1994 hablaban de atender a 240.000 beneficiarios en 446 municipios. En 1998 se atendieron 100.000 beneficiarios, en el 2003 se atendieron 35.182 y en el 2004, 138.835 adultos mayores[39].

"PAIAM 2002 entrego subsidio a 63.000 ancianos indigentes en casi todo el país por medio de proyectos presentados por los municipios y los departamentos. Estos proyectos contemplan la prestación de servicios básicos (alimentos, servicios de salud no POSS, habitación, vestuario, dinero en efectivo y otros) y servicios complementaros (educación, recreación, cultura, turismo, deportes y ocio productivo)."[40]

Resultados de ejecución del PAIAM 1998-2002					
ASPECTO	1998	1999	2000	2001	2002
Beneficiarios	84.081	142.000	70.200	89.622	62.837
Municipios	1.072	400	408	491	405
Proyectos	1.215	330	623	541	436
Recursos RSS (mill.$)	40.700	34.700	20.300	21.200	27.000
Cofinanciación (% del total)	28	51	51	54	63

En el 2002 la evaluación[41] encuentra que el PAIAM ha tenido un impacto positivo y significativo en los servicios de nutrición, atención en salud, medicamentos, habitación, entretenimiento y ocio productivo, experiencia que no debiera desaprovecharse para el marco de la nueva política.

[37] Red de Solidaridad Social. *Informe de Gestión realizada por el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores durante el periodo 1998-2001*. Bogota: la Red, 2002..

[38] Entrevista realizada al Coordinador del programa PPSAM en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

[39] Informe de avances del plan de desarrollo 2002-2006 al congreso. Reactivación Social 7 herramientas de equidad (2005) En: www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DEPP_Seguimiento_Resultados/Inf_Congreso2005_Reactivacion_Social.pdf

[40] Consejo Nacional de Política Social. (2003) Conpes No. 70. Bogotá

[41] Vivas, J. et al. (2002) "Evaluación del Impacto del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor" Bogotá D.C. Entrevista realizada al Coordinador del programa PPSAM en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

De acuerdo a la información entregada por el ICBF, la meta para el año 2005 era de 125.000 personas subsidiadas en 1.098 municipios, meta que se ha sobrepasado a la fecha, atendiendo 181.000 personas en 1.095 municipios y se habla de llegar hasta 200 mil incluyendo la población indígena38, con un 82% de cumplimiento en la meta del cuatrienio.

Otro programa, el del Banco de Expertos, se desarrolla alrededor del PPSAM. Este programa consiste en la oferta de servicios de las personas mayores hacia la comunidad, permitiendo que los adultos mayores tengan oportunidades para realizar diversas actividades dentro de la sociedad. Los programas de recalificación, por otra parte, incrementan las posibilidades de permanencia de los adultos mayores en el mercado laboral.

Programa nacional de alimentación al adulto mayor "Juan Luís Londoño"

En el año 2004 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar desarrolla el Programa de Alimentación Complementaria al Adulto Mayor denominado "Juan Luís Londoño De la Cuesta",[42] el cual es operado por la Universidad Nacional de Colombia. El programa entrega raciones sin ningún costo (equivalentes al 30% de las necesidades diarias de calorías y nutrientes) diarias preparadas (en comedores municipales) o por preparar, durante 250 días al año, de lunes a viernes y, cada mes, un kilo de Bienestarina. Este subsidio es equivalente a $106.000 pesos.

Este programa busca beneficiar a adultos mayores de 60 años, clasificados en el nivel I del SISBEN y que no reciben asistencia social del Estado a través de otros programas. También pueden ser beneficiarios adultos mayores de 60 años en condición de desplazamiento o de discapacidad. Cualquiera de estas condiciones requiere de un certificado del ICBF o de la entidad que la representa en el municipio o el Sistema de Seguridad Social, respectivamente.

Es distinto al Programa de Protección Social al Adulto Mayor el cual entrega subsidios en efectivo.

Para el 2005 el programa ha cumplido en un 92% la meta inicial de atención de 400.000 personas mayores a nivel nacional de los 1098 municipios del país, atendiendo 1.088[43]. En la actualidad, *atiende 25.710 adultos mayores, quienes participan en actividades culturales y recreativas, se promueve su afiliación al sistema de salud y la cedulación*[44].

Programa de Atención para el bienestar del adulto mayor en pobreza en Bogotá DC.

Teniendo en cuenta la concentración de personas mayores en la ciudad de Bogotá, este programa es determinante para la solución de las dificultades de atención a personas mayores con alta vulnerabilidad, además que es importante reconocer la permanencia y continuidad del programa, con modificaciones, durante las diferentes administraciones en los últimos 20 años.

[42] Consejo Nacional de Política Social (2004) Conpes 86. Bogotá.

[43] Entrevista Coordinador Programa en el ICBF.

[44] ICBF (2005) "III Informe país "Bogota. En: www.icbf.gov.co/espanol/informegestion.htm

Este programa tiene por objetivo propiciar el bienestar de las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad y pobreza en el Distrito Capital. *"Para esto pretende, en el marco de una política distrital de envejecimiento y vejez, fortalecer su autonomía, su participación y las redes familiares y sociales, que les permitan el ejercicio pleno de sus derechos y deberes ciudadanos"*[45].

El programa beneficia a adultos mayores de 50 años con discapacidad y adultos mayores de 60 años, solos o carentes de redes sociales o familiares, que no cuentan con ingresos, pensión o subsidios por parte del Estado y clasificados en los niveles 1, 2 y 3 de SISBEN.

Existen tres modalidades de atención: Subsidio a la Demanda, Atención Institucionalizada y Clubes de Ancianos.

Subsidio a la demanda: entrega un subsidio mensual en dinero que, dependiendo de las características del beneficiario (edad, puntaje SISBEN, personas a cargo), varía entre $74,000 y $156,000. Para obtener el subsidio es suficiente una tarjeta que puede ser usada en cajeros y datáfonos y que no requiere la apertura de una cuenta bancaria.

La entrega de los subsidios a tenido una evolución importante en los últimos 10 años: *De Bonos en supermercados* (1995-1999) pasando por *Cuentas de ahorro* (1999- 2000) hasta el uso de una *Tarjeta inteligente PAY-TM* (2000-2005) en la actualidad. Este mecanismo, a diferencia de los otros, ha permitido una mayor eficiencia en los procesos operativos y administrativos, facilitando el control de saldos y redireccionamiento de recursos, aumentando la calidad en la atención.

Atención Institucionalizada, está dirigida a los adultos mayores que se encuentran en Centros de Desarrollo Social del DABS o de ONGs especializadas e inscritas como oferentes. "La atención incluye alimentación, servicios de salud, medicamentos y consultas no incluidas en el POS-S, acciones de rehabilitación, subsidio de transporte, actividades de desarrollo humano y un servicio funerario, esta modalidad ofrece procesos de sensibilización y de proyectos de vida con el fin de no romper los vínculos del beneficiario con su familia y lograr, en un futuro, trasladar al beneficiario a la modalidad de Subsidio a la Demanda y hacerle seguimiento"[46].

Clubes y organizaciones de mayores organiza acciones de desarrollo humano orientadas a la atención socio-afectiva, ocupacional, el auto cuidado, la atención corporal y física y las actividades creativas.

La focalización en el programa se realiza por edad y se verifica a través de una visita domiciliaria. Por otra parte, el programa tiene como mecanismo de salida la muerte o mejora de la situación de pobreza para el programa de adulto mayor.

En el caso del programa de atención al adulto mayor, se incentivan las alianzas con ONGs para la prestación de sus servicios a través de mecanismos de cofinanciación. Las decisiones se toman a nivel central pero la prestación de los servicios se realiza de manera descentralizada en cada una de las 16 localidades que cuentan con un Centro Operativo Local del DABS.

[45] Departamento Administrativo de Bienestar Social. (2003) "El DABS y los caminos a la inclusión social. Tomo II .Bogota.

[46] Idem

Finalmente, el programa incentiva actividades que faciliten y propicien la salida de los beneficiarios de la atención institucionalizada trabajando en la sensibilización y el fortalecimiento de los vínculos familiares y incentivando los proyectos de vida productivos para el adulto mayor y su comunidad.

La población atendida por el DABS durante 1999 fue de 136.145 personas, 30.329 más que las atendidas en 1998 es decir, un aumento del 28.7%.[47]

Vale la pena señalar el programa que lidera la Alcaldía de Bogotá dirigido a Personas adultas en situación de prostitución, es decir a las mujeres y hombres que ejercen la prostitución, quienes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad asociadas a altos niveles de desempleo y pobreza, bajo nivel educativo, baja calificación y competitividad laboral, explotación económica y jefatura femenina de hogar[48].

Coldeportes

Es un establecimiento público adscrito al Ministerio de Cultura que tiene como objetivo desarrollar, asesorar, ejecutar, supervisar y controlar todos los planes de estímulo y fomento de la educación física, el deporte, las actividades recreativas y el bienestar de la juventud colombiana, atendiendo las políticas generales que formule el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Cultura y según las decisiones de su junta directiva. En la actualidad tiene vigente el programa *Nuevo comienzo: otro motivo para vivir 2005*[49] que consiste en encuentros recreativos y culturales del adulto mayor.

Este programa empezó en 1999 en algunos municipios y departamentos del país con el objetivo de fortalecer y posicionarse como una estrategia para incrementar el acceso a alternativas de recreación que favorezcan la calidad de vida de las personas mayores.

Estos espacios se han convertido en fuente de información y espacio de participación para la formulación y posicionamiento de las políticas publicas de recreación para adultos mayores, y para la creación de espacios de desarrollo en los municipios.

El programa busca articular distintos programas de adultos mayores así como con jóvenes e infancia, propiciando la organización y la participación activa de los adultos mayores en barrios, comunidades y municipios. Otro de sus objetivos es el desarrollo de la investigación alrededor de las representaciones sociales sobre recreación y empleo del tiempo, adema de la formación de talento humano en capacidades para el trabajo con y para los adultos mayores.

El programa se interesa en fortalecer la gestión orientada a mantener y fortalecer los comités operativos del programa en los municipios y departamentos, articulando la ejecución y evaluación de la política pública social dirigida a los adultos mayores.

[47] Secretaria de Hacienda de Bogotá. (2004) "*Coyuntura Social de Bogotá*". Oficina de estudios económicos. Bogotá.

[48] www.bogota.gov.co/

[49] www.coldeportes.gov.co/version1/actividades/nuevo_comienzo2.gif

"Una de las principales fortalezas del programa ha sido que los departamentos y los municipios logren que múltiples actores públicos y privados trabajen por los adultos mayores aportando esfuerzos y recursos económicos y no económicos, labor realizada por los comités operativos en cada ámbito"[50].

Otro programa que actualmente esta suspendido por problemas de presupuesto, pero que esta dirigido a las personas mayores es el de *Pioneros del deporte Colombiano,* creado en el año 1998 y que busca reconocer y estimular a quienes en su mejor momento deportivo se hicieron pioneros del deporte y a pesar de no recibir medallas olímpicas, proyectaron el inicio competitivo hacia el alto rendimiento.

Como criterios para otorgar este galardón se encuentran el cumplimiento de las exigencias deportivas, haber cumplido 50 años de edad, cualquier edad en caso de condiciones físicas excepcionales o incapacitantes.

La selección es realizada por un grupo de periodistas y funcionarios de Coldeportes. Los escogidos (4 en total) reciben 58.5 salarios mínimos legales vigentes por una sola vez, junto con una placa y un pergamino conmemorativo.

El programa es suspendido por circunstancias económicas mediante resolución No.00478de marzo 18 de 2002.

Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte

El Instituto Distrital es el ente deportivo municipal encargado del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación extraescolar, desde 1978. Sus temas de influencia son la cultura ciudadana, el mejoramiento y gestión de ambientes saludables y el fomento de la justicia social.

En este sentido desarrolla tres programas dirigidos a las personas mayores del Distrito Capital: Canita al Juego, Feria de Pueblo y Pasaporte vital.

Canita al Juego realiza eventos con personas mayores en cada localidad con el fin de organizar pasatiempos deportivos en donde los mayores participen y compitan sanamente. Cada reunión convoca a unos 250 adultos mayores, quienes practican mini tejo, baloncesto, natación y bolos entre otros.

Feria de pueblo, tiene en cuenta y resalta la diversidad étnica y cultural que es tan amplia en Bogotá y que contribuye al enriquecimiento de la cultura ciudadana, abriendo espacios que contribuyan a generar un mayor sentido de pertenencia por la ciudad. Las muestras locales que se organizan, permiten a los adultos mayores ser los "embajadores" de cada uno de sus lugares de procedencia en sus comunidades, en aspectos tan significativos como el vestido, la alimentación, las costumbres, música, etc.

Pasaporte vital. Este programa del IDRD entrega un documento expedido en beneficio de los adultos mayores de Bogotá, de cualquier edad y estrato social, que les permite ingresar a eventos recreativos y culturales públicos y privados con algunos beneficios diferenciales. El único requisito es ser mayor de 55 años para las damas y 60 los caballeros. La cifra de beneficiados supera las 60 mil personas.

[50] Idem

Instituto Distrital de Cultura y Turismo

Es una institución del distrito encargada de la promoción del bienestar de la comunidad a través del desarrollo de actividades culturales, turísticas y del fomento de la investigación sobre temas urbanos en el territorio del Distrito Capital de Bogotá.

Fue creada desde 1978. Cuanta con varios programas orientados a fortalecer la identificación y el conocimiento de lo bueno y bello que ofrece la diversidad cultural existente en las localidades que conforman el Distrito Capital de Bogotá.

Estos programas, si bien no están dirigidos específicamente a los adultos mayores, facilitan su participación con el uso del Pasaporte vital. El programa que reporta mayor participación de adultos es el llamado "Libro al viento" en donde se realizan reuniones de lectura intergeneracionales en las distintas bibliotecas de la ciudad.

Ministerio de Protección Social y Secretarias distritales

La afiliación a salud de la población en pobreza o vulnerabilidad se realiza a través del Régimen Subsidiado de Salud. Este régimen busca asegurar en salud a la población que no tiene capacidad de pago para afiliarse con sus propios recursos.

El subsidio está dirigido a hogares pobres y vulnerables de áreas rurales y urbanas, seleccionados por el municipio utilizando el SISBEN (niveles 1 y 2) como mecanismo de focalización, y en el año 2003 benefició a 11.781,720 personas. El mecanismo de salida de la atención es un incremento en los ingresos del beneficiario tal que pueda realizar la totalidad de la contribución a salud. La afiliación al Régimen Subsidiado constituye un subsidio en especie, que corresponde a la cobertura en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), en ocasiones a cambio de un pago de 5%-10% sobre el valor del servicio.

El POS-S incluye atención odontológica, consulta de medicina general, atención inicial de urgencias, entrega de medicamentos genéricos, exámenes de diagnóstico simple, atención hospitalaria de menor complejidad, atención de traumatología y ortopedia, cirugías de apéndice, útero y vesícula biliar, atención para personas con discapacidad, suministro de prótesis y órtesis, atención en casos de hernias, atención para enfermedades de alto costo (cáncer, SIDA, insuficiencia renal, patologías cardiacas, etc.) y programas de educación en salud.

Para personas mayores de 60 años, incluye consultas de oftalmología y optometría y suministro de monturas y lentes. Los servicios son proveídos por las Administradoras del Régimen Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Régimen Subsidiado se financia con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) a través de la Subcuenta de Solidaridad.

Ministerio de Educación

La responsabilidad dentro del ministerio esta en la Dirección de Calidad de la Educación cuyo equipo esta encargado de la articulación de acciones. Su objetivo es originar en los establecimientos de educación e incorporando a la comunidad educativa reflexiones que aporten a la prevención de la violencia contra la población adulta mayor en los hogares y la promoción de la convivencia pacífica en general.

En términos de la investigación en el área gerontológica tiene como tarea establecer convenios de cooperación con entidades y universidades internacionales

para el otorgamiento de créditos y becas en geriatría y gerontología. Elaborar propuestas para el tema de envejecimiento y vejez para su integración en áreas de los currículos de la educación básica y media. El ICFES se encarga de velar por el mejoramiento de la calidad de los programas de gerontología.

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

El SENA como institución adscrita al Ministerio de Educación desarrolla programas de capacitación dirigidos a las empresas, con el ánimo de preparar a las personas para la jubilación. Por otra parte viene desarrollando el Programa de reclasificación de personas mayores con el fin de incrementar su permanencia en el mercado laboral.

Ministerio de Comunicaciones

El ministerio de comunicaciones asume los compromisos a través de la Dirección General de Comunicación Social, desarrolla el plan masivo acerca de los aspectos del proceso de envejecimiento, la importancia de llevar estilos de vida saludables y la necesidad de que las personas se preparen para la vejez y, por último al articular acciones de prevención de la Violencia Intrafamiliar interinstitucionalmente, según necesidades. Pretende desarrollar estrategias de comunicación a través de medios masivos y alternativos de comunicación, para esto ha desarrollado la política de comunicación y envejecimiento en conjunto con la caja de compensación Familiar CAFAM, el DABS y CEPSIGER.

Policía Nacional

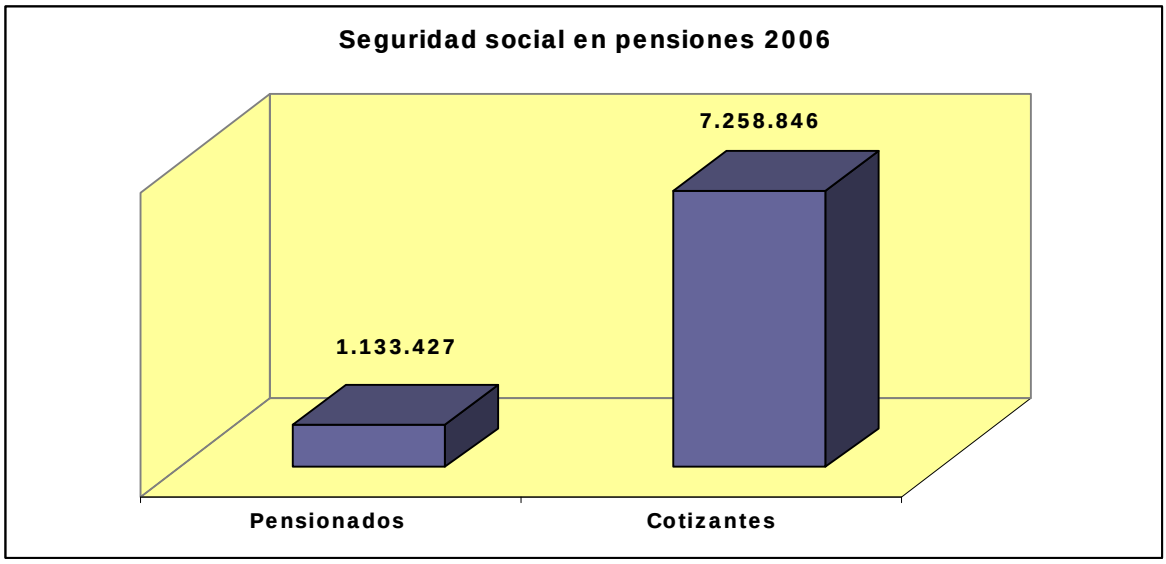
La Policía Nacional cuenta con la Asociación Colombiana de Oficiales en Retiro (ACORE), fundada desde 1904. Dicha Asociación agrupa a todos los oficiales retirados de las fuerzas militares.

Caja de sueldos de retiro de la policía nacional CASUR esta conformado por Policías retirados y sus familias. Cuenta con 54.000 afiliados (18.000 en Bogotá) y mas de 200.000 beneficiarios en todo el país. Las personas vinculadas reciben capacitación en microempresas, cooperativismo, empleos y cuentan con clubes, centros día, voluntariado, asesoría, apoyo a viudas y desplazados, además de programas de alzheimer.

Sistema de protección social en relación con los adultos mayores

De acuerdo con la investigación sobre Financiamiento del Sistema de Protección Social[51], e información de la Superintendencia Financiera de Colombia, al año 2006, los datos consolidados sobre pensiones indican que el total de personas pensionadas en Colombia asciende a 1.133.427 y el número de cotizantes al sistema general de pensiones es de 7.258.846 personas.

[51] Acosta OL. Financiamiento del Sistema de Protección Social.



Fuentes: Acosta OL. Financiamiento del sistema de protección social (Pensiones); Superfinanciera, Comunicado de prensa, abril 2007. (Cotizantes)

Actualmente, y según la Ley 797 de 2003 sobre reforma pensional, las edades para la pensión de vejez son de 60 años para los hombres y 55 años para las mujeres, debiendo cotizar las personas un mínimo de 1.000 semanas para acceder a ella; a partir del 1 de enero del 2009 la edad se incrementará a 58 años si es mujer y 62 años si es hombre y las semanas de cotización aumentarán a 1.200. En el régimen de prima media (RPM) en 2005 el tope de semanas será de 1.050 y a partir del 2006 aumenta 25 semanas cada año hasta llegar a 1.300; el porcentaje de pensión de vejez oscilará entre el 55% y 80%, siendo más bajo para las personas de salarios más altos. En el régimen de ahorro individual (RAIS) se obtiene este derecho a los 62 años los hombres
y 57 las mujeres, siempre y cuando hayan cotizado al menos 1.150 semanas; a partir del 2009 se incrementarán 25 semanas por año hasta las 1.325 semanas en el año 2015.[52]

Cabe observar respecto a las pensiones la Corte Constitucional colombiana señaló que para la tercera edad es necesario proteger el pago oportuno de la misma, ya que su no pago, habida cuenta de su imposibilidad para devengar otros ingresos ante la pérdida de la capacidad laboral, termina atentando directamente contra el derecho a la vida.

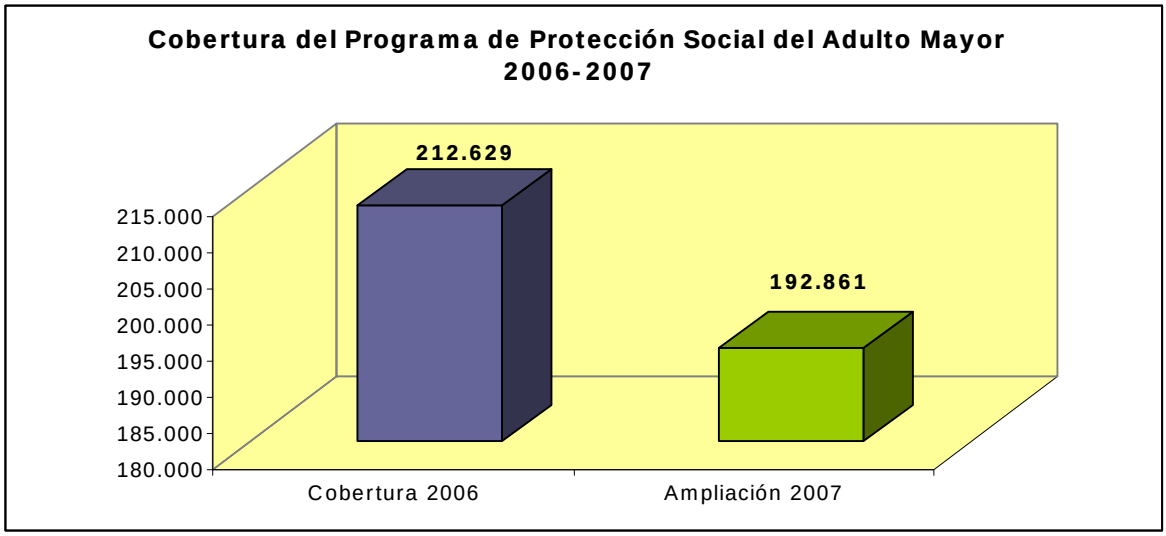
Para la protección de las familias en pobreza existe un subsidio económico (bien sea en dinero o en subsidios en vivienda, salud, recreación, etc.), entregado por las cajas de compensación familiar, que busca apoyar a los trabajadores formales con ingresos bajos (menos de 4 salarios mínimos y con personas a su cargo). De otro lado, los programas de asistencia social dirigidos a la población desplazada buscan atención inmediata en alimentación, salud, atención psicológica, alojamiento, además de capacitarlos para la generación de ingresos y acceso a vivienda.

Por otra parte, la asistencia social en pensiones se proporciona a través del Fondo de Solidaridad Pensional, creado por la ley 100 de 1993, a través de la subcuenta de solidaridad. Tiene como objetivo subsidiar temporalmente las pensiones de trabajadores pobres. Otorga un subsidio diferencial y durante 600 a 800 semanas,

[52] Congreso de la República de Colombia. Ley 797 de 2003, por medio de la cual se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones. Bogotá: El Congreso, 2003.

dependiendo de si el beneficiario trabaja en el área rural, es discapacitado o es una madre comunitaria.

Adicionalmente la asistencia social cuenta con un subsidio para los adultos mayores en pobreza. La entrega del subsidio se ha estructurado como programa nacional que entró en operación con el inicio de la vigencia de la Ley 100 de 1993, es decir, a partir del año 1994. El programa se ha mantenido a lo largo del tiempo y durante el presente año 2007 se busca duplicar su cobertura para llegar al final del presente periodo de gobierno en 2010 a 600.000 subsidios económicos. En el gráfico siguiente se detalla la cobertura actual y la proyectada para 2007 del Programa de Protección Social del Adulto Mayor, PPSAM.



Fuente: Ministerio de Protección Social. Dirección de Seguridad Económica y Pensiones

Los sistemas de seguridad social y de salud se han convertido en las redes de servicios más importantes para el adulto mayor, suministrando cobertura, acceso y calidad en los servicios de salud, permitiendo el "subsidio" intergeneracional, a través del cual las personas en edad económicamente activa subsidian las pensiones de los adultos mayores, circunstancia que resulta de vital importancia, pues los sistemas de pensiones se convierten en el mecanismo de ingreso económico principal de este grupo poblacional.

Sin embargo, a pesar de las bondades del sistema, las tasas de desempleo y subempleo existentes en el país han llevado a un crecimiento significativo del sector informal, situación que tiende a dificultar la sostenibilidad del sistema general de seguridad social.

Programas privados y/o particulares

Programas de las Cajas de Compensación Familiar

En Colombia funcionan 67 cajas de compensación familiar que constituyen un instrumento esencial de protección y solidaridad para los trabajadores más pobres

del sector formal de la economía nacional. Estas han implementado programas a lo largo y ancho del país que buscan propender por el desarrollo integral del ser humano a través de servicios de salud, vivienda social, nutrición, educación, recreación, apoyo a microempresas y subsidio monetario.

El subsidio familiar de las Cajas de Compensación Familiar fue creado en 1957 con el objetivo de apoyar a los trabajadores formales con ingresos bajos a través de dos modalidades: subsidio monetario y subsidio en servicios.

El impulso de las cajas se respalda jurídicamente en la Ley 71 de 1988 la cual establece la posibilidad de vinculación voluntaria de los pensionados a las cajas de compensación familiar aportando 2% de su mesada pensional y obteniendo los mismos derechos de los afiliados excepto el subsidio en dinero.

El tema de la prestación de servicios para el adulto mayor en las Cajas de Compensación familiar ha tenido una larga tradición en el sistema. Aún mucho antes de la legislación que hoy se refiere a este sector de la población (Constitución Política, Ley es 100, de 1993 y 115, de 1994, Plan de Desarrollo, Hacia un Estado Comunitario, etc.), las Cajas ya venían haciendo grandes aportes en programas de beneficio social para los miembros de la tercera edad que hacían parte de su población activa, basando su trabajo en el favorecimiento de la integración del adulto mayor a su familia.

La Superintendencia de Cajas de Compensación define como objetivos generales de los programas ofrecidos a las personas mayores: ofrecer atención integral en salud al anciano, que permita disminuir el deterioro causado por el envejecimiento y evitar posibles secuelas; mejorar la calidad de atención en este grupo de edad especialmente para asumir positivamente el rol laboral al jubilarse o pensionarse y el rol ocupacional al envejecer; lograr la participación activa de la familia, considerada como la red de apoyo mas importante para mantener el bienestar físico, social y mental del anciano, en su desarrollo; fortalecer la capacidad familiar para cumplir sus funciones y obligaciones tradicionales con respecto a los adultos mayores para que participen plenamente en todas las actividades sociales y de la comunidad; promover y mantener las habilidades físicas y psíquicas que le permitan actuar con seguridad en su medio ambiente en forma productiva; integrar la atención en salud a nivel ambulatorio de las personas de edad en todos sus aspectos.

Para el 2003, 25 cajas de compensación realizaron un total de 328.555 actividades para cubrir las necesidades de recreación, cultura y promoción de la salud de 171.805 personas de la tercera edad[53].

[53] www.asocajas.org.co/2005/secciones/23_adulto_mayor.asp

Colombia. Comparativo Regiones Geográficas del Sistema del Subsidio Familiar -2004		
Región		Salud ocupacional, Adulto Mayor y Personas con Discapacidad
Número de Orden	Nombre	Número de personas atendidas
1	Costa Atlántica	11.890
2	Occidente	134.553
3	Centro Oriente	13.546
4	Orinoquia	1.444
5	Amazonia	643
6	Bogotá D.C.	180.511
7	Caja Campesina	2.079
Total		**344.666**

Fuente: Informes trimestrales CCF 2004. Supersubsidio. Grupo de Estadística.
Tomado de: El adulto mayor en las Cajas de Compensación de Familiar

Un aspecto que llama la atención es el número de adultos mayores particulares (no afiliados) atendidos por el sistema. En total fueron cerca de 73 mil personas.

Colombia. Cobertura de las cajas por regiones 2003	
Cajas	Cobertura (número de personas)
COMFENALCO Antioquia	33.538
COFAMA Medellín	23.195
CAJACOPI Barranquilla	50
COMFAMILIAR Barranquilla	626
COMFAMILIAR del Atlántico	827
COMFANDI	538
CCF CONFABOY	2.015
COMFACA Florencia	30
COMFAMA Valledupar	730
COMFACOR Monteria	45
CAFAM Bogotá	510
COLSUBSIDIO Bogotá	39.481
COMFENALCO Cundinamarca	3.874
COMPENSAR Bogotá	326

En todo el territorio nacional las Cajas de Compensación Familiar desarrollaron el programa del Adulto Mayor. Sin embargo, sólo ocho Cajas ofrecieron programas especiales como: Colsubsidio, “Club Edad de Oro”; Cafam, “Atención Integral al Adulto Mayor”; Comfenalco Cundinamarca, “Mis Vivencias” y “Club Amigos del Reencuentro”; Cajasán, “Años Dorados”; Comfaunión “Club del Adulto Mayor”; Compensar, “Club del Sol”; Comfenalco Quindío “Club Segunda Juventud” y Comfenalco Santander “Canitas Alegres” [54].

A continuación se referencian algunos de los programas de tres de las cajas de compensación con mayor reconocimiento del país.

[54] www.asocajas.org.co/2005/index2.asp

Programa adulto mayor y pensionado CAFAM

Este programa tiene como áreas de atención: Prevención, Actividad física y Acondicionamiento físico; Educativa; Ocupacional; Lúdico – Recreativa; Turística e investigativa, las cuales se organizan de acuerdo a la demanda.

Club Edad de Oro Pensionados COLSUBSIDIO

El Programa de Atención al Pensionado y Adultos Mayores, ofrece a los pensionados que se afilian voluntariamente a Colsubsidio, así como a los adultos mayores a cargo de los afiliados, la posibilidad de participar en actividades educativas, culturales, recreativas y de promoción de la salud integral y prevención de la enfermedad, con el propósito de mejorar su calidad de vida y favorecer el logro de una vejez activa y saludable. El programa reconoce que el proceso de envejecimiento dura toda la vida.

El Club Edad de Oro de Colsubsidio, es un punto de encuentro destinado específicamente por COLSUBSIDIO para personas mayores funcionales, en el cual se brindan servicios de educación, cultura, recreación y esparcimiento. Contamos con tres sedes ubicadas en los centros de Servicios Colsubsidio Calle 63, Ciudad Roma y Usaquén.

El Club Edad de Oro Colsubsidio, está destinado para personas mayores de 50 años o para quienes siendo menores están afiliados a la caja como pensionados o como beneficiarios de sus hijos (as). También pueden asistir personas no afiliadas.

El Club cuenta con salones de juegos dotados con billar, billar pull y diferentes juegos de mesa, en donde los pensionados(as) pueden pasar un rato de sano esparcimiento. Además en estos centros se dictan cursos de mantenimiento físico, formación artística y de capacitación. Es un punto de encuentro en donde, de manera particular, los pensionados, beneficiarios y adultos mayores tienen la oportunidad de desarrollar y/o fortalecer habilidades y capacidades tanto físicas como intelectuales y sociales. El programa ofrece una diversidad de cursos que se ajustan a las necesidades de la población y son dirigidos por docentes con experiencia en el trabajo con este grupo.

Colsubsidio trabaja también talleres de Preparación para la Jubilación teniendo en cuenta la normatividad vigente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Los talleres están diseñados de acuerdo a las necesidades y requerimientos de los grupos y empresas que lo soliciten y abarcan las dimensiones psicológicas, físicas, sociales, legales y económicas de manera que los participantes puedan diseñar de manera positiva sus propios planes de vida.

Servicio Integral al Pensionado y Adulto Mayor COMPENSAR

Compensar ofrece programas para el desarrollo individual (funcional, mental y espiritual), mantenimiento físico e integración multigeneracional de sus afiliados y de aquellas personas que quieran hacer uso de sus servicios. El programa incluye:

Valoración gerontológica
Espacios de armonización con gimnasia, Pilates, yoga, etc.
Espacios de integración social
Talleres creativos
Tarjeta de privilegios para obtener descuentos y beneficios en otras actividades.

Programa Años de júbilo para vivir y disfrutar COMFENALCO Antioquia

Como parte del programa de gerontología se ha desarrollado este programa dirigido a los pensionados y/o jubilados que por cualquier fondo de pensiones, público o privado, quieran afiliarse a COMFENALCO Antioquia de manera voluntaria, donde tendrán acceso a servicios de Educación, Cultura, Bibliotecas, Orientación y Educación Familiar, Hotelería y Turismo, Recreación y deportes e ingreso a los parques y centros vacacionales con tarifas preferenciales.

El afiliado cuenta con los siguiente beneficios adicionales: Acceso a crédito hasta de 3,5 veces de la mesada pensional con tasas de interés muy bajas, plazo máximo de 36 meses y sin límite de edad; acceso a todos los servicios de Caja de Compensación con tarifa de afiliado; clasificación para obtener subsidio de vivienda (según parámetros de Ley) y descuento mensual del aporte por deducción de nómina.

Los requisitos para la afiliación del pensionado o jubilado son la fotocopia de la cédula, fotocopia de la última colilla de pago y fotocopia de la resolución de la pensión.

Programas para la tercera edad COMFENALCO Tolima

Esta caja de compensación con el interés de elevar la calidad de vida en la población mayor, ha diseñado programas ocupacionales, recreativos y académicos para los adultos mayores pensionados, afiliados y particulares, dirigidas a la formación en las áreas educativa: con el Club de la Salud, Club del Jubileo, Universidad del Saber; recreativa: con Turismo Social, Ecoturismo, Intercambio Generacional, Turismo Nacional Familiar; salud: con "Vamos al Gimnasio", terapias de campo, aeróbicos y socio - cultural: con tardes del recuerdo, tardes del talento, día feliz y grupo de oración.

Estas actividades cuentan con una sede denominada el Club de años dorados ubicada en el centro recreacional.

Programa de la III edad COMFAMILIAR Atlántico

El programa cuenta con dos actividades fundamentales, el programa de prejubilados, en donde se desarrollan conferencias en distintas áreas de interés y un chequeo medico individual, y el Club de la III edad cuya labor está encaminada a la formación de una conciencia de respeto hacia las personas mayores y al reconocimiento de sus valores.

Programa Canitas de COMFAMILIAR Cartagena

Está encaminado a la recreación de las personas mayores organizando actividades lúdicas, “El baile del ayer”, turísticas y culturales.

Programa del adulto mayor COMFAMILIAR Guajira

La Edad del Trigo es el nombre adoptado por el grupo de personas que conforman el programa, se busca añadirle vida a los años y participar de un espacio abierto para encontrarse, conocer a otras personas y mantenerse activos y útiles dentro del grupo familiar y social. En este programa se tiene acceso a valoración medica, física y nutricional, programa de ejercicios, control de peso y tensión arterial, charlas de

promoción de la salud, talleres de crecimiento personal y calidad de vida, talleres de manualidades (dos al año), actividades recreativas y lúdicas y adicionalmente, se programan viajes y excursiones a diferentes partes del departamento y el país.

Adultos mayores COMFANDI Valle del Cauca

Comfandi ha creado este programa con el fin de rescatar la importancia del adulto mayor, de enseñarle a valorarse, multiplicar sus experiencias y saberes, además de adquirir y fortalecer las capacidades necesarias para la correcta utilización de su tiempo. El programa es participativo, tiene como finalidad construir con ellos un proyecto de vida con el propósito de mejorar su calidad de vida, a través de los diferentes planes creados para tal fin.

Otras entidades que poseen programas para población de adultos mayores

Algunas iniciativas en favor de la tercera edad, que surgen de instituciones no dependientes del Gobierno Nacional: Fundaciones sin ánimo de lucro, asociaciones mutuarias, los gremios científicos, redes nacionales e internacionales, universidades y centros de formación y las Organizaciones No Gubernamentales[55].

Provida: Asociación Nacional de Instituciones Privadas de Asistencia al Anciano

Asociación que se ocupa principalmente del bienestar de la vejez institucionalizada, tiene actividades de voluntariado y formación (incluyendo, posteriormente una Universidad de la Tercera Edad, mediante convenios con algunas universidades existentes).

Fundación sin ánimo de lucro creada en el año 1974 como apoyo a las personas de la "tercera edad", que se encuentran en estado de abandono, y necesitan esperanzas de vida, tales como medicina geriátrica, alimentos básicos, programas como Pan Diario y de recreación y turismo.

Recientemente PROVIDA ha ganado un reconocimiento por parte de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, por un estudio sobre el Perfil de Adultos Mayores usuarios del "Plan Canitas" (el cual busca apoyo a ancianos pobres, por parte de entidades y personas).

El Plan Canitas se financia con un donativo que se hace en forma voluntaria, en memoria de un ser querido que ha fallecido, como apoyo en beneficio de una persona desprotegida de la Tercera Edad, la cual puede disfrutar de cualquiera de los servicios que allí se ofrecen: medicina geriátrica preventiva y promocional que comprende entre otros servicios: suministro de medicinas, exámenes de medicina geriátrica preventiva promocional, servicio de coordinación con hospitales y clínicas de asistencia social para atender casos quirúrgicos y tratamientos especiales, exámenes de Optometría, cursos de educación nutricional y de higiene.

Este plan está implementado en el ámbito nacional en Santa fe de Bogotá, en Chía, en Pereira y en el departamento de Nariño, y a nivel suramericano en Bolivia y Ecuador[56].

[55] Directorio Institucional del portal www.envejecimiento.gov.co/directorio.htm

[56] www.redprovidalatina.org/

Cuenta con un portal que le permite ejercer las funciones de Red en Latinoamérica pues acopia información acerca de las sedes del programa en los distintos países de América Latina.

4. RED DE RECURSOS

4.1. Red de recursos sociosanitarios

Colombia cuenta con dos hospitales geriátricos situados en las ciudades de Manizales y Cali, en el centro y occidente del país, respectivamente. El país cuenta con 108 centros de bienestar del adulto mayor u hogares geriátricos registrados oficialmente el en Directorio de Oferta de Servicios para Poblaciones Vulnerables, editado con base en una investigación previa por El Departamento Nacional de Planeación, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el año 2002.

De manera complementaria, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda adelantado por el DANE durante el año 2005, existen en el país 1.262 hogares gerontológicos o lugares especiales de alojamiento destinados a personas mayores de 60 años. La mayoría de esos alojamientos se concentra en el Distrito Capital, y los Departamentos de Antioquia, Valle del Cauca y Cundinamarca. Sin embargo, cabe decir que existe un gran número de centros de atención del Personas Mayores en las principales ciudades del país que funcionan de manera informal y sin el cumplimiento de estándares mínimos de calidad de prestación de servicios.

De acuerdo con la fuente antes citada, existen alrededor de 150 centros de atención diurna de personas mayores en el país, aunque el subregistro de este tipo de centros y servicios es muy amplio dado que no existe un instrumento unificado de registro municipal, departamental y/o nacional.

De acuerdo con información de la Asociación Colombiana de Gerontología de Geriatría, Colombia cuenta con 30 profesionales de la medicina especializados en geriatría.

4.2. Redes de apoyo social

4.2.1. Estudios sobre las redes de apoyo informal

Del estudio del Observatorio de Coyuntura Socioeconómica (Universidad Nacional)[57] sobre los hogares urbanos entre 1979 y 1999, basado en encuestas del DANE en Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Manizales, Medellín y Pasto, pueden tomarse algunas conclusiones con respecto a las principales características de la familia colombiana, tales como:

- la disminución de su tamaño (20% en el promedio de sus integrantes entre 1979 y 1999),
- el incremento en la proporción de personas que se clasifican como jefes de hogar,

[57] Observatorio de Coyuntura Socioeconómica. *"La familia colombiana: ¿crisis o renovación?* En la Red: www.cid.unal.edu.co/observatorio/pdfs/boletin10

- el predominio de edades más avanzadas en la jefatura de hogar (de 50% a 56% de 40 años y más),
- una mayor proporción de mujeres separadas (de 26% a 40%),
- el aumento de jefaturas femeninas (de 20% a 26%, duplicada su proporción para quienes nacieron entre 1929 y 1938, y entre 1939 y 1948),
- incremento de jefes femeninas sin pareja (de 27% a 31%),
- disminución considerable de la proporción de mujeres jefe dedicadas a los oficios del hogar,
- estructuras familiares: la forma nuclear se mantiene como forma predominante,
  se observa el equilibrio en la clasificación por ruralidad de los hogares nucleares biparentales: 48% nacional y 50% urbano, seguido de la familia extensa, aunque en la fase recesiva de finales de los años 90, las formas nucleares reducen su participación, mientras las extensas la amplían.

Las mencionadas son expresiones de estrategias de sobrevivencia de la población, ante las variaciones en los ingresos y en las oportunidades de empleo, tanto que su versión extensa es reconocida como una modalidad de aseguramiento, disponiendo de distintos activos colectivos para mitigar la crisis. (DNP, PNUD, ICBF, Misión Social, 2002).

Con respecto a la situación familiar de las personas mayores, un elemento positivo a resaltar es la convivencia familiar. Para 1995 se afirmaba que el 94% de las personas mayores vivía con sus parientes, un 5% sólo y 1% se encontraba en instituciones (Asociación Federativa de Gerontología de Colombia, 1997).

Los hogares unipersonales están constituidos en el 48% por mayores de 50 años. En el 36% de los hogares donde la jefatura es femenina hay personas mayores (Ordoñez, 1998), dato de especial importancia para la política, si se atiende a lo señalado por la investigación mencionada del Observatorio de Coyuntura Económica, con respecto a que los hogares con jefe mujer se encuentran en una condición de mayor vulnerabilidad: el desempleo afecta a las mujeres jefe, que casi siempre son las únicas generadoras de ingreso de la familia y a las más jóvenes.

Con respecto al estado conyugal, Gómez, Curcio, Orjuela y Ramírez, (1998) comparando población urbana y rural encontraron mas solteras en la ciudad y más solteros en el campo. Otros estudio del Observatorio de Coyuntura Económica de la Universidad Nacional acerca de diversos sectores de la población de 7 principales ciudades colombianas, desde 1979 hasta 1999, percibe una tendencia a la vida en uniones estables de matrimonio a lo largo de la vida adulta, pero también un aumento de las separaciones. Entre los 50 y los 60 años la viudez abarca más del 10% de las personas, entre los 60 y 70 supera el 20% y para los mayores de 80 llega al 54%.

Los papeles protagónicos dentro de las familias de convivencia dan preferencia a la edad y así como al predominio masculino, reconocimiento similar al del estudio de Lara y De la Espriella (1998), de la dinámica en familias donde hay adultos mayores, en este caso pensionados, en Barranquilla y área metropolitana, observando respeto y mantenimiento de la autoridad por parte de la persona vieja, particularmente hombres, quienes el 74% de las veces eran propietarios de la vivienda. Buitrago y Sepúlveda (1997) en Armenia, encontraron que más del 70% de las personas viejas eran propietarios de la vivienda aunque ésta fuera de invasión.

En otros contextos, los adultos mayores, dentro de su núcleo familiar viven una situación en la que a pesar de estar acompañados por sus familiares, sus aportes y decisiones no son tenidas en cuenta, apreciación de Cardona, Estrada y Agudelo (2002) indagando por la calidad de vida de las personas viejas en Medellín. En condiciones de privación estas personas se ubican en los peores sitios de la vivienda (DABS, 2000).

4.2.2. Principales entidades del sector social que prestan servicios a los adultos mayores

Fundaciones. Son organizaciones constituidas por voluntad de sus creadores, quienes aportan su patrimonio para la realización de fines de interés general, no poseen ánimo de lucro y a diferencia de las asociaciones, no están formadas por socios sino por un patrocinio compuesto directamente por sus fundadores.

Algunas de las fundaciones que en Colombia trabajan en pro de la calidad de vida de las personas mayores son:

- Fundación Nelly Ramírez
- Fundación colombiana de tiempo libre y recreación (FUNLIBRE)
- Fundación de Obras Sociales de Boyacá (SUE)
- Fundación Saldarriaga Concha
- Fundación Carvajal
- Fundación Por vejez
- Fundación Zoraín
- Fundación de Organizaciones de Pensionados y del Adulto Mayor (FOPAMCOL)
- Fundación Centro de Estudios e Investigaciones del trabajo (CESTRA)

Asociaciones mutuales y comités. Agrupaciones de personas constituidas para realizar una actividad colectiva de una forma estable, organizadas democráticamente, sin ánimo de lucro e independientes del Estado, los partidos políticos y las empresas. Cuando en lugar de personas son organizaciones las que constituyen una asociación esta se reconoce como Federación, Confederación o Unión. El mutualismo por su parte, es un sistema solidario de servicios mutuos, fundado en la asociación voluntaria de personas que se unen con objetivos comunes de ayuda recíproca.

Las asociaciones mutuales son la figura por excelencia para atender no sólo los riesgos de enfermedad y de muerte para sus miembros y facilitar el ahorro, sino para propiciar la participación de las personas mayores en la definición de sus necesidades y de las posibilidades para satisfacerlas.

En la actualidad corresponde a las Asociaciones de pensionados defender derechos relacionados con pensiones y salud.

Algunas de ellas se numeran a continuación:

1. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría (ACGG)
2. Asociación Interdisciplinaria de Gerontología de Colombia (AIG)
3. Asociación de jubilados del litoral atlántico y confederación de pensionados de
   Colombia

4. Asociación Colombiana de la tercera edad Barranquilla (ACOTARE)
5. Comité Interinstitucional de Bienestar del Anciano (CIBA) Antioquia, Valle y Caldas.
6. Asociación de Viejos Chéveres (ASOVICHE)
7. Corporación Colombiana de Trabajo voluntario
8. Centro de psicología gerontológica (CEPSIGER)
9. DACORES Y CANITAS
10. Agencia Coordinadora del Voluntariado de Bogotá (ACOVOL)
11. Asociación Colombiana de Alzheimer y desordenes relacionados
12. Asociación colombiana de menopausia (ASOMENOPAUSIA)
13. Asociación Colombiana para el avance de la ciencia (ACAC)
14. Corporación para el progreso y el bienestar social
15. Asociación mutual Gran Colombiana
16. Asociación Dios nos guía y nos hace libres
17. Asociación Pensionados del Departamento del Valle
18. Corpovalle
19. Grupo Fe, esperanza de vida
20. Cabildos de mayores departamentales
21. Comité Interinstitucional de Bienestar del Anciano (CIBA)
22. Asociación Colombiana de Menopausia (ASOMENOPAUSIA)
23. Asociación Nacional de Establecimientos Privados de Asistencia al Anciano - (PROVIDA).

Gremios científicos. Las asociaciones científicas han sido creadas con el objetivo de mejorar la calidad del ejercicio profesional y por lo tanto el nivel de vida de la población Colombiana. Entre otras cosas las asociaciones científicas propenden por la actualización y educación, con fundamentación científica y humana, además de fomentar la investigación alrededor de temas especializados de interés.

Las más importantes en el país son las siguientes:

1. Asociación Interdisciplinaria de Gerontología de Colombia (AIG de Colombia)
2. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría (ACGG)
3. Asociación Federativa de Gerontología de Colombia (ASOFEDGEA), fundada en 1996 y disuelta en el 2001.

Redes de adultos mayores. Aunque se desconoce el numero exacto de agrupaciones y redes de adultos mayores en América Latina y el Caribe, sólo en cinco países de Sur América, entre ellos Colombia, funcionan más de 30.000 organizaciones de este tipo, agrupadas en no menos de 1.000 redes[58]. Entre estas organizaciones hay clubes barriales y municipales de adultos mayores, asociaciones gremiales de jubilados, grupos artísticos, organizaciones de abogacía y cabildeo, agrupaciones políticas y organizaciones culturales y de turismo. Se han establecido también consejos nacionales de adultos mayores quienes se vinculan para participar en las actividades que se llevan a cabo en torno a esta población.

Las acciones y la propia existencia de estas organizaciones y redes se ven afectadas por debilidades gerenciales y financieras y por los bajos niveles de participación observados en algunos países, además carecen de apoyo gubernamental, situación que lamentablemente limita el ejercicio de los deberes y derechos ciudadanos de los adultos mayores, restringiendo todo esto el contrato

[58] Romero X. (2005) *Red Latinoamericana de Gerontología: construyendo comunidad gerontológico en América Latina y el caribe a través de Internet.* México.

intergeneracional necesario para enfrentar el cambio generacional que se esta presentando en la región.

Se detallan las principales redes de Colombia:

- **Red Iberoamericana de Adultos Mayores, RIAAM con Apoyo del Imserso**

La red es un movimiento asociativo, creado en 1996, entre organizaciones de la Tercera Edad y de organismos que trabajan con el sector. Tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores de Iberoamérica, profundizando para ello en el conocimiento acerca de sus condiciones de vida, considerando las pautas sociales, culturales, políticas y económicas vigentes.

La Red pretende convertirse en un organismo supranacional para la exigencia del cumplimiento de los derechos adquiridos por los adultos mayores. En ese mismo sentido busca constituirse en un organismo de control del cumplimiento de los deberes de los estados en materia de seguridad social.

- **Red Latinoamericana de Gerontología** (seis corresponsales incluye Colombia)

La información está organizada a través de los siguientes capítulos:

  - Editoriales de la R.L.G
  - Noticias y últimas actualizaciones
  - Seguimiento de los acuerdos de Madrid
  - Experiencias y aprendizajes
  - Políticas Sociales y derechos
  - Formación y capacitación
  - Estudios e investigaciones
  - Centro de documentación
  - Archivo histórico
  - Agenda de eventos.

Cuenta además con un foro de ideas gratuito que permite directamente una comunicación interactiva. Dispone asimismo de una sección de Encuestas y un Buscador Interno. Actualmente se encuentran en construcción las secciones de Glosario y Bibliografía así como la de vínculos con sitios de interés gerontológico.

- **La Red Tiempos**

Creada en 1996 bajo el auspicio de Caritas, está afiliada a la red mundial Help Age Internacional. Está compuesta de 13 redes que agrupan a más de 200 organizaciones de adultos mayores dedicadas a su servicio en 11 países, incluido Colombia. La sede en América Latina se encuentra en Chile.

Los objetivos del proyecto están dirigidos a:

"...fortalecer las organizaciones afiliadas en materia de gestión, oferta de servicios, control de proyectos y captación de nuevos miembros; coordinar con instituciones publicas en trabajo dirigido a mejorar la atención de los adultos mayores; recaudar fondos que garanticen la continuidad de los servicios que prestan a sus afiliados y promover en sus respectivos países actitudes sociales positivas hacia los adultos

mayores así como estilos de vida saludables y políticas conducentes a una vida activa, productiva y sana en los adultos mayores pobres."

Dichos objetivos se exponen en "El empoderamiento de los adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tiempos"[59].

Universidades y centros de formación. En estos centros educativos se desarrollan programas de formación del recurso humano que trabaja con y para las personas mayores, así como investigación alrededor del tema del envejecimiento y la vejez.

Colombia. Programas de Formación		
Ciudad	Programa	Institución
Bogotá	Especialización en Gerontología	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS
Bogotá	Calidad de vida para enfermos de Alzheimer	Grupo de acción familiar de Alzheimer
Bogotá	Especialista en Gerontología Social	Fundación universitaria del Área Andina
Bogotá	Especialista en Gerontología	Fundación Universitaria de Ciencias de la salud
Bogotá	Curso: reflexiones en torno al proceso de envejecimiento	Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Envejecimiento
Bogotá	Programa Pastoral del anciano	Conferencia Episcopal
Bogotá	Unidad de Geriatría	Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Envejecimiento
Bogotá	Proyecto educativo institucional	Centro de Bienestar del anciano. San Pedro Claver
Bogotá	Diplomado en demencias	Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá	Programa de capacitación a empresas	Ministerio de Trabajo y SENA
Bogotá	Diplomado en gerontología	Universidad del Bosque
Bogotá	Gerontología como titulo profesional	Universidad San Buenaventura
Antioquia	Apoyo a tradición oral	Biblioteca Pública Piloto de Medellín para América Latina
Antioquia	Trabajo con jubilados y prejubilados	SENA
Antioquia	Programa de pregrado en Gerontología	Universidad Católica de Oriente
Antioquia	Programa de tecnología en gerontología	Instituto Tecnológico de Antioquia
Antioquia	Diplomado de Saberes de Vida	Universidad EAFIT
Quindio	Estilos de socialización de los abuelos	Universidad de Quindio
Caldas	Programa de Pregrado en Geriatría	Universidad de Caldas

Programa pastoral del anciano de la Conferencia Episcopal. La conferencia episcopal desarrolla un programa de formación de animadores de pastoral para personas mayores.

Instituciones de salud EPS – IPS. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios, además de prestar la atención que les corresponde en cumplimiento de la Ley, y teniendo en cuenta que deben incluir entre sus afiliados a personas mayores de 60 años evitando la selección adversa por razones de edad, cuentan en la actualidad con programas de atención a domicilio específicamente orientados para la población mayor.

Se conoce en Bogotá:

[59] Rev. Panamericana de Salud Publica, Jun 2005, Vol.17, no.5-6, p.438-443. http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26281.pdf

- El programa de teleasistencia domiciliaria de la Cruz Roja
- Programas de atención domiciliaria en la Universidad Nacional
- Programas en el Instituto Nacional de Cancerología de la Universidad del Valle .

Organizaciones no gubernamentales. La Confederación Colombiana de ONG´s integra organizaciones como la AIG de Colombia, la Corporación Colombiana de Trabajo Voluntario y la Fundación Social. De la Confederación también hacen parte distintas federaciones de ONG departamentales en las cuales existen diversas organizaciones que se ocupan de temas relacionados con el envejecimiento, la vejez y la seguridad social.

Las Organizaciones no gubernamentales son las operadoras por excelencia de los programas gubernamentales en los entes territoriales del país, lo que amplía su rango de influencia.

Instituciones de asistencia al anciano. De acuerdo con el registro de instituciones de asistencia al anciano (DANE, 1997), de las 564 instituciones censadas en Colombia (145 oficiales y 419 privadas) el mayor número está en Antioquía. El total de personas a quienes prestan servicio tales instituciones es de 5.084 (3.303 mujeres y 1.781 hombres), casi todas (93.5%) mayores de 60 años.

La oferta de servicios sociales

Los datos de la Encuesta Nacional de Oferta de Servicios para la Población Vulnerable (ESPV) realizada por Santos (2004) a 1.085 instituciones entre el 2000 y el 2001 como parte del estudio "Familias colombianas: estrategias frente al riesgo" (2002), organizado por la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el PNUD, muestran o confirman que la mayoría de los proveedores de asistencia social son privados (88%) y atienden a un total de 455,490 usuarios de todas las edades, confirmando así el importante papel que juega el sector privado en la provisión de asistencia social en Colombia[60].

Entrando en dicho estudio se advierten las principales características de la oferta de servicios de asistencia social. La mayoría de los proveedores se enfocan en problemas de salud tales como: discapacidad, abuso de drogas o alcohol, reducciones del ingreso, y crisis familiares, como es el caso de los adultos mayores abandonados.

En general, los proveedores privados tienden a ser más estrictos con la entrega de servicios y a usar más mecanismos de focalización con el fin de maximizar los recursos existentes.

De acuerdo al estudio referenciado existen problemas en la regulación y la supervisión de la prestación de servicios de asistencia social en Colombia, por esta razón es necesario continuar en el trabajo por crear mecanismos claros de regulación, como el que viene realizando el Ministerio, en conjunto con el Centro de Gestión Hospitalaria.

[60] www.dnp.gov.co

En síntesis, *"el sector de proveedores de asistencia social es un sector bastante grande, que tiende a utilizar la edad o mecanismos propios para focalizar sus servicios, que se enfoca en la atención de choques idiosincrásicos y que tiene sistemas poco desarrollados de regulación y supervisión"*

4.2.3. Participación social de los adultos mayores y el imaginario colectivo de la vejez

Este aparte hace referencia al mundo social y cultural, a las representaciones o imaginarios que se construyen colectivamente y que asignan papeles y valores, que sustentan la discriminación o la inclusión. También describe la participación social de las personas viejas.

Imágenes de la vejez y el envejecimiento

La revisión de la información proveniente de fuentes distintas, primordialmente documental pero también derivada de la observación y del intercambio, permite esbozar una perspectiva general de las imágenes y el papel delineado socialmente acerca de la vejez y el envejecimiento durante el período de análisis, así:

El uso de distintas denominaciones y adjetivos para referirse a la vejez y a las personas viejas: tercera edad, cuarta edad, edad dorada, adultos mayores, mayores, abuelos, abuelitos, ancianos, gerontes, senescentes, entre otros; trasluce maneras de concebirla y los referentes ideológicos subyacentes. En textos y presentaciones se encuentran clasificaciones de envejecimiento normal y patológico, con lo cual se tiñe todo un período vital con una connotación global, sería similar a referirse a cursos vitales enfermizos. Distinto es expresar que las personas mayores pueden presentar enfermedades, o a la existencia de ciertas patologías que se suceden con mayor frecuencia o de manera única en la vejez. En este sentido, **Aristizabal–Vallejo (2005)** advierte que las generalizaciones acerca de la vejez y del envejecimiento tienden a exagerar los problemas de salud y las dificultades financieras para el retiro, por lo cual debe cambiarse la imagen social adecuándolas a una más realista.

La acotación anterior podría vincularse con los discursos acerca del envejecimiento activo y exitoso que empiezan a circular con fuerza durante los últimos años, resaltando la contribución continua y permanente de las personas viejas a la sociedad, e insistiendo en la modificación de los imaginarios sociales. El **Ministerio de Comunicaciones** entre los años 2000 y 2003 adelantó una estrategia de presentación del tema del envejecimiento y la vejez en diferentes escenarios, incluidos los medios de comunicación, televisión, radio y prensa. El Ministerio y CEPSIGER (2002) desarrollan una política en este campo y han estructurado un portal virtual con acceso a documentos y vínculos de interés.

Dulcey-Ruiz, Jaramillo y Gómez (2004)[61], en un estudio comparativo entre 1982 y 2002, encontraron gran aumento en el número de mensajes relacionados con la vejez y el envejecimiento, aunque sigue existiendo sub-

[61] Dulcey Ruiz, E, Jaramillo, MI y Gómez, M. *El envejecimiento y la vejez en prensa escrita: análisis comparativo*. En: Periodismo y Comunicación para todas las edades Bogotá Ministerio de Comunicaciones y Centro de Psicología Gerontológico CEPSIGER, 2004.

representación, de las mujeres y de las personas viejas más pobres, en la prensa escrita, y sobre todo en la televisión. Además, reportan una imagen más positiva en 2002, desplazando el énfasis en la muerte para mostrar roles activos en campos políticos, artísticos, literarios y otros.

A pesar de lo anterior, la asociación vejez y dependencia es frecuente, individual o socialmente establecida, referida a lo económico tanto en términos micro (familia) o macro (sociedad); pensión y carga pensional se ligan hoy de manera problemática con la vejez un ejemplo en el marco político y jurídico es la denominación de pensión de vejez, en circunstancias generadas por razones de distinta naturaleza, tal es el caso de las Pensiones Especiales de Vejez, debidas a actividades de alto riesgo (**Decreto 2090, de 2003**), cuyo requisito de haber cumplido 55 años de edad, puede disminuirse hasta 50, descontando 1 año por cada 60 semanas de cotización adicional sobre el número mínimo de semanas establecido.

Las imágenes de incapacidad se asocian con la discriminación por edad en diversos campos: acceso a créditos, vivienda, educación y trabajo (**Asociación Colombiana de Residencias para personas mayores–hogares geriátricos y centros día, 2006**). En este punto vale la pena referirse a cómo las nuevas tecnologías de la información y la comunicación TIC's pueden convertirse en otra fuente de exclusión y discriminación, sin embargo, el Gobierno nacional se comprometió la Declaración de Principios en la Cumbre de la Sociedad de la Información, a reconocer las necesidades especiales de distintos grupos, entre éstos de las personas de edad.

En cuanto a los roles de género, **Duque, Salazar y Dulcey-Ruiz (1997)**[62] analizaron sus representaciones sociales, entre tres generaciones de mujeres y hombres colombianos, las cuales pueden resumirse así:

- abuelas (cuidadoras, apoyo emocional, consejos y ayuda);
- madres (apoyo en soledad, amigas, compartiendo y ayudándose mutuamente);
- abuelos (depositantes de conocimiento y de sabiduría, educadores, socialmente aislados, sin otra ocupación o actividad);
- padres (compañeros de sus hijos, ayudándoles en el hogar con escasa interacción social)
- esposos (resguardan unión familiar, dedicados a su cónyuge, con experiencia, sabias y activas).

En conclusión, encontramos la coexistencia de múltiples sentidos referidos a la vejez y al envejecimiento, pues a la vez que persisten las connotaciones de desamparo e invalidez surgen otras que los tildan de saludable y productivo. Es decir que se conjugan en un mismo momento y espacio las distintas apreciaciones de la vejez, anotadas por varios autores; entre ellos:

- **Gracia (2004)**[63] quien afirma cambios en la estimación social del anciano a lo largo de la historia:

  "...el sujeto de más autoridad en las culturas primitivas, enfermo en la cultura clásica, jubilado en el mundo moderno".

[62] Duque M, Salazar AM y Dulcey-Ruiz E. *Representaciones sociales de género en la vejez*. Bogotá: PUJ, 1997.

[63] Gracia, Diego. Historia de La Vejez. En: Ética y ancianidad. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2001.

- Como opción sería conveniente recordar a **Minois (1989)**[64], quien en su historia de la vejez afirma:

> *"De una forma general, los períodos llamados de transición conocieron un climamenos desfavorable a los viejos que los períodos de estabilidad, llamados clásicos.*
> *Los tiempos de cambios profundos, liberados de los prejuicios y de las estructuras rígidas que caracterizan a los tiempos de equilibrio, están más abiertos a la diversidad de los talentos, más receptivos a la diferencia, menos cargados de tabúes estéticos, morales o sociales. El anciano se ve menos rechazado pues la precariedad es patrimonio común de todas las edades."*

Estudios sobre la espacios públicos y participación de adultos mayores

Múltiples actividades y esfuerzos internacionales y nacionales se suceden durante el período de estudio ubicando la vejez y el envejecimiento en el escenario público. En Colombia, entre 1994 y 2005, es necesario referenciar inicialmente y como lineamiento amplio la **Constitución de 1991**, con reconocimiento jurídico especial en el **artículo 46**:

> *"El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria."*
> *"El Estado les garantizará los servicios de la Seguridad Social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia."*

Ante este texto, **Mantilla (1991)** critica la percepción de un colectivo homogéneo de personas pasivas no integradas a la comunidad necesitadas de protección y asistencia en manos de terceros, en donde la asistencia pública reemplazaría la obligación estatal de promover la prosperidad general y asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado.

La **Ley 100** dedica su libro cuarto a los Servicios Sociales Complementarios, consistente en un programa de auxilios para 'ancianos indigentes', imagen que se repite en distintos programas unida a la de extrema pobreza, discapacidad y abandono; en tanto la acogida de las representaciones activas subyacen al documento **Conpes 2793, Envejecimiento y Vejez (1995)** y a las políticas públicas para el envejecimiento en Antioquia, Norte de Santander, Bogotá, Manizales, y otras regiones del país. Por otro lado, en el 84% de los municipios de los departamentos de Caldas, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Nariño, Norte de Santander, Quindío y Santander, está constituido el **Comité Técnico del Adulto Mayor** (**Acosta, Peñuela y Varela, 2002**).

Crecen asímismo durante el período el interés y las manifestaciones públicas acerca de la vejez y el envejecimiento en el país, se llevan a cabo foros, conferencias, presentaciones y documentos por parte de ONG' s y otras organizaciones, también en el sector oficial con frecuencia conjuntas y con participación de entidades internacionales. Algunas de estas actividades sirven de ambientación y preparación

[64] Minois, G. Historia de la vejez. De la antigüedad al renacimiento. Madrid: Nerea, 1989.

a la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Madrid y para planear el cumplimiento de los compromisos que allí se acuerdan.

El énfasis en los derechos de las personas viejas pasa a un primer plano, acotando la existencia de una Defensoría Delegada para los Derechos de la Niñez, la Juventud, la Mujer y los Anciano. La concesión de la tutela como mecanismo transitorio de protección ha operado de manera especial, frente al quebranto de los derechos de los ancianos, apunta **Avila (s.f)**. Si bien se continúa señalando el carácter asistencial de políticas y programas **(Peña, 2004)**, se pretende modificar esta concepción con la propuesta de una nueva Ley, aduciendo que los interesados, deben tomar conciencia de sus derechos y obligaciones, organizarse y velar por sus propios intereses para conseguir con el tiempo que el Estado y los gobiernos se preocupen y el envejecimiento y la vejez sean tareas prioritarias **(CESTRA 2004)**.

No puede negarse, entonces, que durante el período de análisis se producen modificaciones importantes con respecto al papel de las personas mayores y a su participación. En las regiones se conforman y consolidan grupos y redes de personas mayores, según **Dulcey-Ruiz (2003)** existe algún tipo de redes sociales con adultos mayores en los 32 departamentos colombianos. Los Consejos de Mayores y de Sabios, y la Red Tiempos, son claro ejemplo de lo anterior.

Bautista (2004) anota que las Redes tipo R.I.A.A.M. han surgido al amparo y protección de los llamados las ONG´s, Fundaciones, Corporaciones, Cajas de Compensación, el sector académico e incluso el mismo Sector Gubernamental o Estatal.

De otra parte, se han ido desarrollando diversos programas oficiales y privados que apuntan a la participación en actividades recreativas, deportivas y culturales, por ejemplo, la **Secretaría de Solidaridad Social de Medellín**, que entrega 5.000 tarjetas doradas para que 30.000 adultos mayores tengan acceso gratuito a los sitios recreativos de Metroparques.[65]

Algo similar sucede con planes específicos para facilitar el acceso y la participación en bibliotecas y museos de distintos sitios del país.

Además, es claro que desde otra participación, la del mercado, parte de la población de personas viejas empieza a convertirse en un grupo-objeto para el consumo, bien se trate de productos:

- ligados a la "salud", es decir a la enfermedad (pañales, implementos ortopédicos, fármacos, según **Castells-2004**)[66],
- o a la lucha contra el envejecimiento: comidas, medicamentos, cremas o procedimientos estéticos (para corregir la aparición de arrugas y exceso de tejido adiposo, retirando lentigos y queratosis actínicas (**Leiva, 2004**)
- También de modas, estilos, viajes...

Pero lo realmente importante y valioso está contenido en la afirmación de **Lotero (2003)**, de que un mayor número de personas viejas viviendo más va a poder reclamar libertades y oportunidades, pertenecer a diversos grupos, crear vínculos

[65] Restrepo www.delaurbedigital.udea.edu.co

[66] Castells, J. Porqué preservar la salud de la ancianidad, de los mecanismos del mercado. Una propuesta desde la epidemiología comunitaria. Disponible en Internet. 2004

con otros grupos en el mundo, plantear otras formas de pensar, de ver el mundo, de lograr mejores condiciones de vida.

Construcción y transmisión del conocimiento en torno a la vejez y el envejecimiento

La delimitación del campo de estudio resulta difícil e imprecisa, no sólo por su propia complejidad sino por la falta de acuerdos aún con respecto a los grupos de edad utilizados por las distintas fuentes, encontrándose agregaciones variadas tomando como dato tope los 45, 49, 50, 55, 59, 60, 65 años, siendo frecuente el 'y más' ya analizado en el marco conceptual, lo cual dificulta el análisis, las comparaciones y el establecimiento de series o tendencias. La información, entonces, constituye un punto crítico además porque tampoco existe acceso e intercambio fluido de la misma entre sus distintos poseedores y generadores.

Se aprecia un incremento de la investigación y ensayos en el área, la realización de congresos y cursos y la conformación de Asociaciones. En el recuento que llevan a cabo **Dulcey–Ruíz y otros (2001)**, se anotan las acciones de algunas universidades como la Nacional, la Javeriana y líneas de investigación en la Universidad de Caldas. Así mismo en la Universidad de Antioquia, la Tecnológica de Pereira y la Surcolombiana de Neiva.

Se crean o fortalecen programas de en pre y posgrado:

Especializaciones:
- En gerontología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Hospital San José;
- En geriatría, Universidad de Caldas y Universidad Nacional,

Programas de Gerontología:
- Universidad del Quindío,
- Universidad Católica de Oriente (Rionegro, Mariana de Pasto, San Buenaventura, Cali y Bogotá);

Tecnología en gerontología:
- Tecnológico de Antioquia
- Bachillerato en gerontología del Colegio de la Santísima Trinidad.

Aunque se llevan a cabo labores aisladas de capacitación y actualización dirigidas a cuidadores formales e informales, así como a instituciones, éstas responden generalmente a temas específicos.

La OPS (www.col.ops-oms.org), anota con relación a la educación sobre envejecimiento y vejez, que en la educación formal, no existen núcleos temáticos, sistemáticos y consecutivos, en ninguno de los niveles de preescolar, básica primaria y vocacional, y, tampoco existen programas con esta temática no estructurados o de educación no formal, ni en los medios de información tales como la radio, televisión o prensa.

COSTA RICA

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. Población de adultos mayores según el IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda de 2000

De acuerdo con los datos del IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda de 2000, la población total de Costa Rica asciende a 3.810.179 personas. La distribución por género es la siguiente: 1.902.614 varones y 1.907.565 mujeres. La densidad de la población es de 74,57 habitantes por KM^2.

Costa Rica. Población total por zona de residencia y sexo según provincia									
TOTAL Y PROVINCIA	TOTAL			URBANO			RURAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Costa Rica	**3.810.179**	**1.902.614**	**1.907.565**	**2.249.296**	**1.096.138**	**1.153.158**	**1.560.883**	**806.476**	**754.407**
San Jose	1.345.750	656.205	689.545	1.081.834	522.486	559.348	263.916	133.719	130.197
Alajuela	716.286	361.562	354.724	259.085	126.100	132.985	457.201	235.462	221.739
Cartago	432.395	216.357	216.038	286.394	141.395	144.999	146.001	74.962	71.039
Heredia	354.732	176.307	178.425	241.790	118.135	123.655	112.942	58.172	54.770
Guanacaste	264.238	133.327	130.911	110.832	54.208	56.624	153.406	79.119	74.287
Puntarenas	357.483	183.458	174.025	143.444	71.491	71.953	214.039	111.967	102.072
Limon	339.295	175.398	163.897	125.917	62.323	63.594	213.378	113.075	100.303

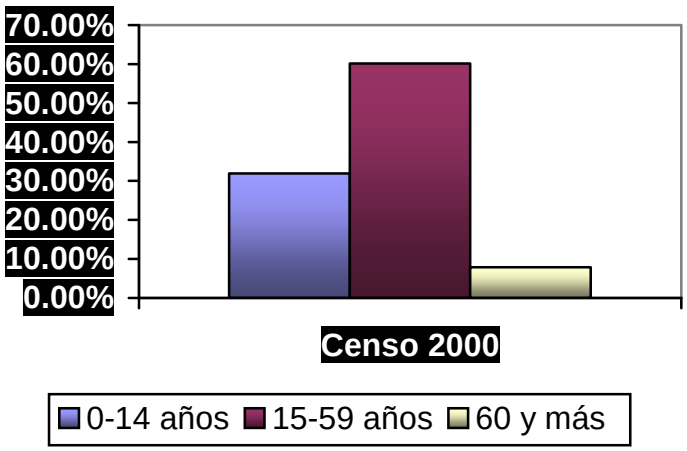
Fuente: IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

La población costarricense presenta una distribución predominantemente urbana (el 59,03% reside en las ciudades, frente al 40,97% que habita en áreas rurales). Al diferenciar por género, los hombres presentan un promedio de residencia más alto (51,66%) que las mujeres (48,34%) en zonas rurales, mientras que entre las mujeres se advierte una mayor presencia relativa en las regiones urbanas, con un 51,27% frente a un 48,73% de los varones.

Costa Rica. Población total por zona y sexo, 2000					
Población					
Rural			Urbana		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
100%	51.66%	48.34%	100%	48.73%	51.27%

Fuente: datos del IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda de 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR. (INEC) 2001.

A continuación se grafica la distribución de la población costarricense por grandes grupos etarios según los datos censales que figuran en el cuadro 'Población por edad y ambos sexos' que también se detalla:



0-14 años: 31.94%
15-59 años: 60.15%
60 años y más: 7.91%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Costa Rica. Población por grupos quinquenales de edad	
Edad	Población ambos sexos 2000
TOTAL	**3.810.179**
0- 4	376.584
5- 9	411.204
10-14	429.019
15-19	392.063
20-24	342.728
25-29	295.752
30-34	296.738
35-39	288.790
40-44	241.262
45-49	183.629
50-54	146.024
55-59	104.912
60-64	88.142
65-69	71.650
70-74	57.641
75-79	38.313
80+	45.728

Fuente: IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

En el país existen tres grandes grupos étnicos en los que se distribuye el 3,79% de la población total. Al interior de las etnias, según los resultados ofrecidos por el Censo de 2000, el 1,67% corresponde a la indígena; 1,91% a la negra o afrocostarricense y el 0,20% a la etnia china.

Costa Rica. Población total por grupo étnico y sexo			
Costa Rica	Hombres	Mujeres	Total
Indígena	32.880	30.996	63.876
Negra o Afrocostarricense	36.478	36.306	72.784
China	4.089	3.784	7.873
Ninguna anterior	1.780.886	1.787.585	3.568.471
Ignorado	48.281	48.894	97.175
Total	**1.902.614**	**1907565**	**3.810.179**

Fuente: IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

El perfil demográfico del país se resume en las siguientes cifras: el número de hijos por mujer se sitúa en 2,3[67]. La tasa global de mortalidad asciende a 3,91 defunciones por cada mil habitantes. La tasa crecimiento vegetativo es de 13,37 personas por cada mil habitantes[68]. El saldo migratorio es de 7,78% (296.461 personas). El crecimiento total asciende a 20,41 personas por cada mil habitantes. La esperanza de vida se sitúa 78,80 años. Al considerar las diferencias por género, se observa que la expectativa vital de los hombres es de 75,80 y de 80,60 años para las mujeres[69]. La esperanza de vida adicional a los 60 años es de 22,60 años.

El número de personas de 60 años y más que reside en Costa Rica asciende a 301.474 personas, lo que representa el 7,91% de la población total. Las mujeres comprenden el 52,29% de la población adulta mayor frente al 47,71% de los varones.

Costa Rica. Población de Adultos Mayores según el censo de 2000 (miles de personas y porcentajes)						
	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
Total	**301.474**	**143.833**	**157.641**	**7,91%**	**47,71%**	**52,29%**
60-64	88.142	43.089	45.053	2,31%	48,89%	51,11%
65-69	71.650	34.555	37.095	1,88%	48,23%	51,77%
70-74	57.641	27.765	29.876	1,51%	48,17%	51,83%
75-79	38.313	18.130	20.183	1,01%	47,32%	52,68%
80-años o más	45.728	20.294	25.434	1,20%	44,38%	55,62%

Como se observa en el siguiente cuadro, más de la mitad de la población de adultos mayores habita específicamente en el Área Metropolitana y en el resto de la Región Central, alcanzando en conjunto el 67,84% del total de este grupo etario.

[67] Boletín Anual. Indicadores Demográficos 2001. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Septiembre 2002.

[68] Según datos de la Caja Costarricense del Seguro Social CCSS, Dirección Actuarial, Sección de Análisis Demográfico, http://www.ccss.sa.cr/actuarial/demogra/andem04.htm (Revisada el día 21 de mayo de 2007)

[69] [69] CEPAL, Julio 2003, Boletín demográfico, "América Latina y el Caribe: El Envejecimiento de la Población", 1950-2050. Cuadros Nº 6 Pág. 32 y Nº 1,1g (continuación) Pág.79

Costa Rica- Población de adultos mayores por grupo etario y sexo, según región											
Región	..60 a 64 años		..65 a 69 años		..70 a 74 años		..75 a 79 años		..80 y más años		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Área Metropolitana	11.309	14.196	9.297	12.202	7.701	10.280	4.816	6.977	5.057	8.969	90.804
Resto Región Central	16.300	17.415	12.931	14.031	10.338	11.350	6.681	7.631	7.558	9.481	113.716
Chorotega	3.908	3.634	3.183	2.973	2.473	2.358	1.749	1.626	2.174	2.230	26.308
Pacífico Central	2.583	2.359	1.936	1.911	1.556	1.432	1.068	949	1.224	1.314	16.332
Brunca	3.403	2.812	2.843	2.438	2.243	1.798	1.573	1.194	1.739	1.323	21.366
Huetar Atlántica	3.559	2.909	2.783	2.149	2.201	1.653	1.400	1.099	1.550	1.329	20.632
Huetar Norte	2.027	1.728	1.582	1.391	1.253	1.005	843	707	992	788	12.316
Total	**43.089**	**45.053**	**34.555**	**37.095**	**27.765**	**29.876**	**18.130**	**20.183**	**20.294**	**25.434**	**301.474**

Fuente: IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos.

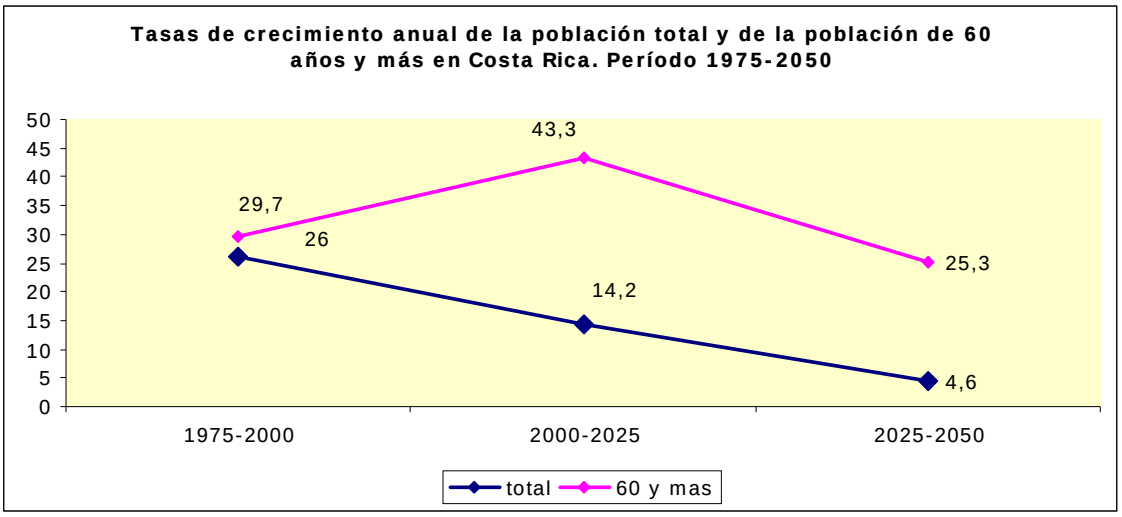
1.2. Evolución de la población mayor en Costa Rica en el período 1975-2050.

En el año 1975 la población costarricense se cifraba en torno a dos millones de personas, de las cuales un 6% eran adultos mayores. El porcentaje de este grupo de edad se ha incrementado ligeramente hasta alcanzar el 7,6%. Las proyecciones apuntan un ritmo de crecimiento considerable que supondrá que para el año 2050 el 27,4% de la población sea considerada adulta mayor.

Costa Rica. Población total y Adultos Mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	**1.992.353**	**3.925.331**	**5.567.811**	**6.307.187**
Hombres	1.015.632	1.996.350	2.817.646	3.153.826
Mujeres	976.721	1.928.981	2.750.165	3.153.361
Hombres %	50,98%	50,86%	50,61%	50,00%
Mujeres %	49,02%	49,14%	49,39%	50,00%
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	**120.900**	**297.281**	**896.299**	**1.725.059**
Hombres	60.401	141.936	431.726	818.704
Mujeres	60.499	155.345	464.573	906.355
Porcentaje s/la población total	**6,07%**	**7,57%**	**16,10%**	**27,35%**
Hombres %	5,95%	7,11%	15,32%	25,96%
Mujeres %	6,19%	8,05%	16,89%	28,74%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las Estimaciones y Proyecciones de Población. 1970-2050, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; Agosto 2002.

Como en otros de países de la región que se encuentran dentro de un proceso de envejecimiento demográfico, en Costa Rica el aumento de la población adulta mayor tanto en términos absolutos como relativos, convive con una desaceleración del crecimiento de la población total. La tasa de crecimiento anual de la población total durante el período 1975-2000 ha sido de 26 personas por cada mil habitantes, mientras que la tasa correspondiente a la población de 60 años y más se cifraba en 29,7 personas. Se estima que la diferencia entre estas tasas aumentará de tal manera que para el ciclo 2000-2025 la tasa anual de crecimiento de la población adulta mayor crecerá tres veces más que la del conjunto poblacional. En el segundo cuarto del presente siglo la tasa media de crecimiento del grupo de edad de 60 años y más será seis veces mayor que la tasa referida a la población total.



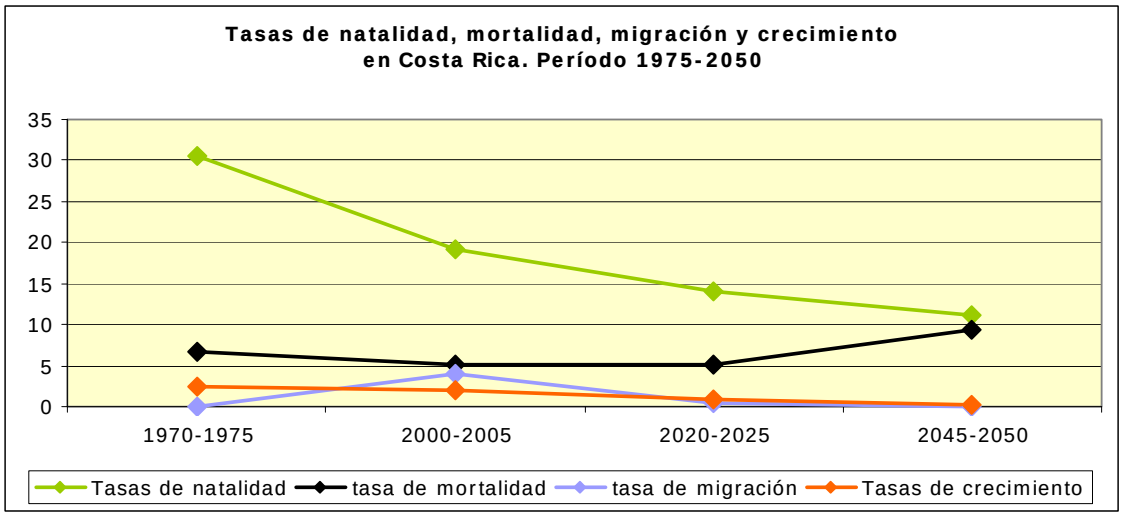
El comportamiento divergente entre estas tasas se explica al observar variables como la natalidad, la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida, entre otras.

Durante el periodo considerado 1975-2050, se advierte que el número de hijos por mujer desciende de manera paulatina: mientras en el quinquenio 1970-1975 el número de hijos por mujer se situaba en 4,35, para el lustro 2000-2005 esta cifra descendió hasta los 2,28 hijos por mujer. Se estima que para el año 2050 esta variable puede ubicarse en los 1,85 hijos por mujer.

La tasa bruta de natalidad muestra una tendencia decreciente, pasando de 30,5 en el quinquenio 1970-75 a 19,13,en el período 2000-2005. Las previsiones estiman que a mitad de siglo la tasa bruta de natalidad se ubicará en los 11,1 nacimientos por cada mil habitantes.

La tasa de mortalidad ha pasado de 6,76 fallecimientos en el quinquenio 1970-1975 a 3,99 defunciones en el período 2000-2005. Las proyecciones prevén un ligero aumento en el lustro 2020-2025, que situará el número de decesos en 5,18 por cada mil habitantes, para incrementarse en un poco más de 4 puntos para el quinquenio 2045-2050.

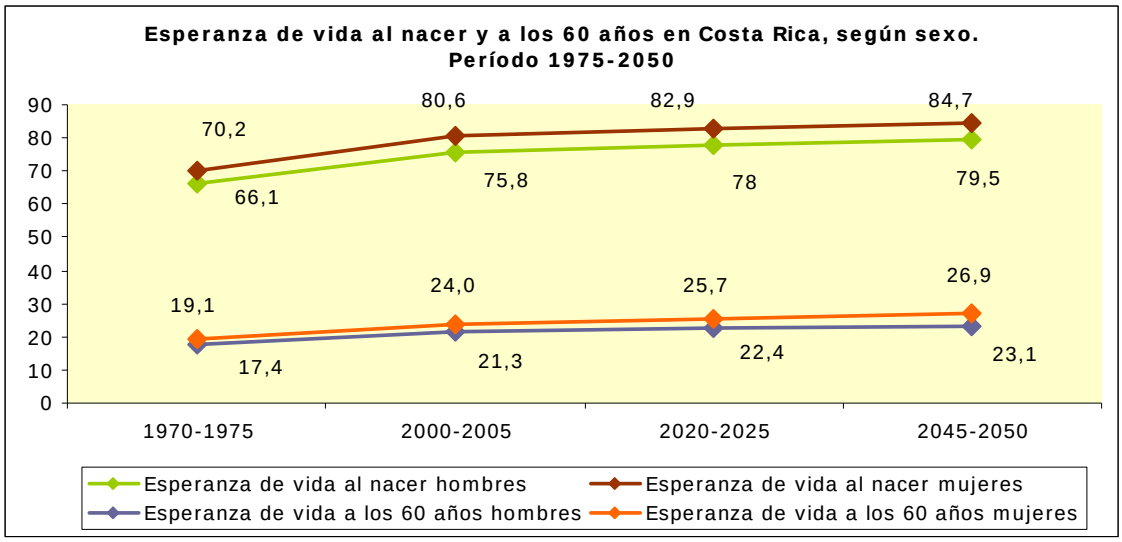
Entre los quinquenios de 1970-1975 y 2000-2005 la tasa de migración muestra valores positivos. En este último quinquenio Costa Rica ha recibido anualmente un promedio de 4,07 personas por cada mil habitantes. Se estima que el país seguirá atrayendo población migrante, pero en menor medida hasta que este flujo se equilibre y mantenga valores iguales a cero.



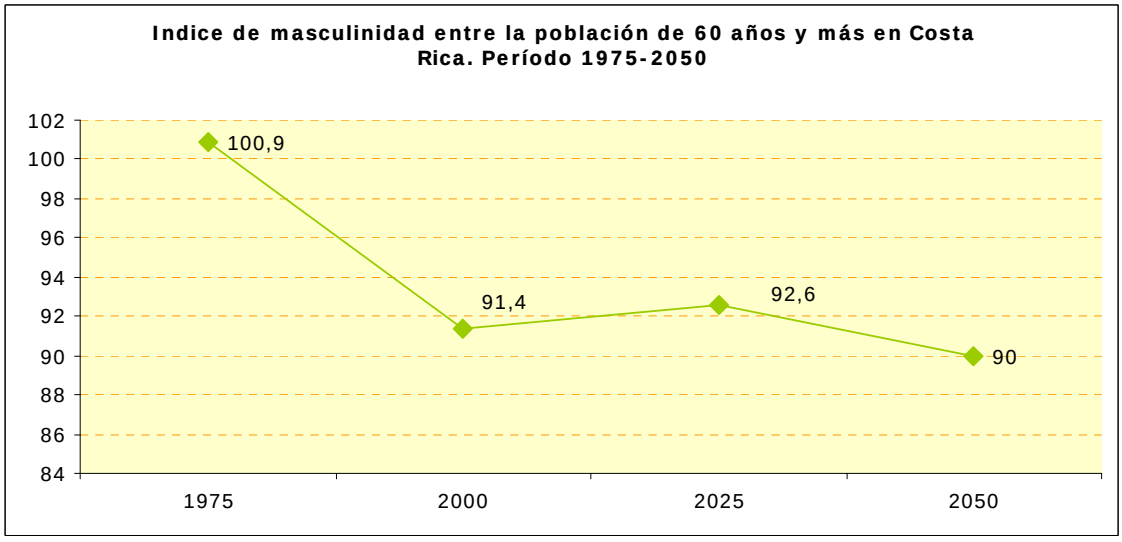
La esperanza de vida al nacer ha pasado de los 68,1 años en el quinquenio 1970-1975 a los 78,1 en el 2000-2005. Se estima que esta cifra alcanzará los 82 años en el 2050. Al diferenciar por género, la esperanza de vida al nacer es más alta entre las mujeres que entre los hombres: en el quinquenio 1970-1975 la esperanza de vida se situaba en 66,1 años en los varones frente a los 70,2 que alcanzaban las mujeres. En el primer lustro del siglo XXI esta cifra se encontraba en los 75,8 años en los varones y de 80,6 años para las mujeres. Las previsiones mantienen estas diferencias entre hombres y mujeres, de forma que para el quinquenio 2020-2025 la expectativa vital de varones y mujeres se situará en los 78 y los 82,9 años, respectivamente.

Al considerar la esperanza de vida a los 60 años las diferencias entre hombres y mujeres se mantienen. Durante el quinquenio 1970-1975 la expectativa vital de los varones y las mujeres se situaba en los 17,4 y los 19,1 años, respectivamente, para pasar a los 21,3 años en los varones y los 24 en las mujeres a la altura de 2000-2005. Se prevé que esta variable seguirá aumentando para ambos sexos, manteniendo el patrón entre hombres y mujeres al grado que para el quinquenio 2045-2050 las mujeres vivirán en promedio cuatro años más que los varones.

La esperanza de vida media a los 80 años aumenta también ligeramente: en el quinquenio 1970-1975 este indicador se situaba en 6,55 años para los hombres y los 6,87 para las mujeres pasando a 8,59 y 9,52 años para varones y mujeres, respectivamente, en el lustro 2000-2005.



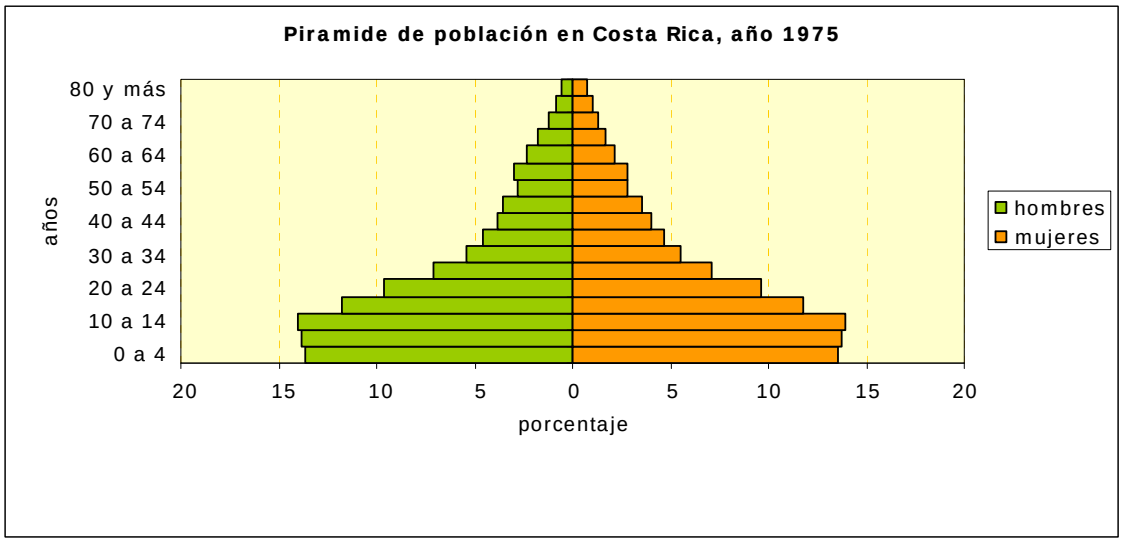
La mayor longevidad de las mujeres se refleja en un índice de masculinidad (número de hombres por cada cien mujeres) con valores inferiores a cien a partir de 1975. Así, en el año 2000 este índice se situaba en 91,4 varones por cada 100 mujeres. Las proyecciones apuntan que esta razón entre hombres y mujeres mantendrá cifras inferiores a cien, es decir, la presencia de las mujeres es mayor en el grupo de población de 60 años y más.

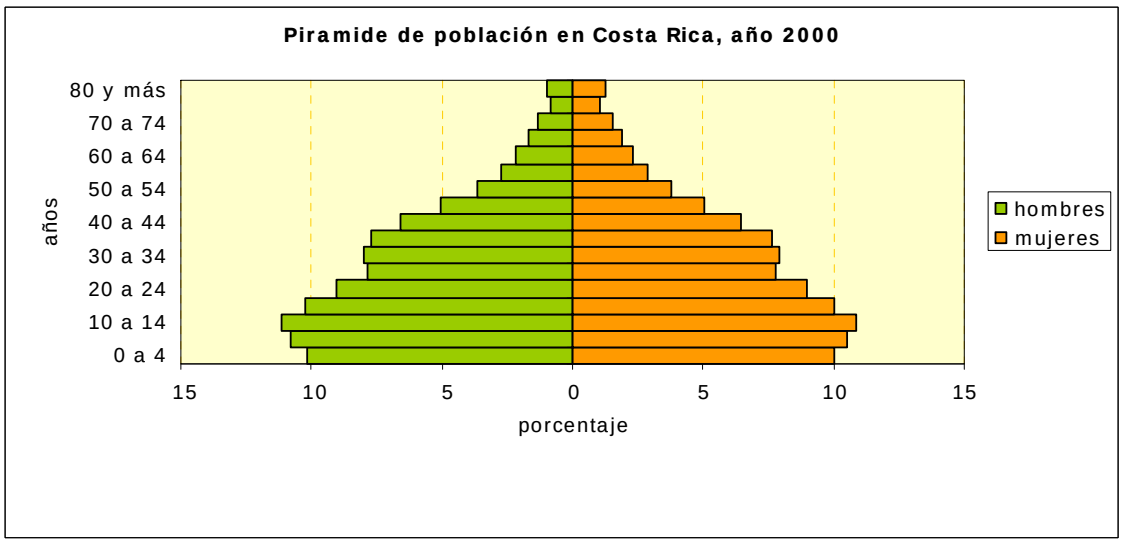


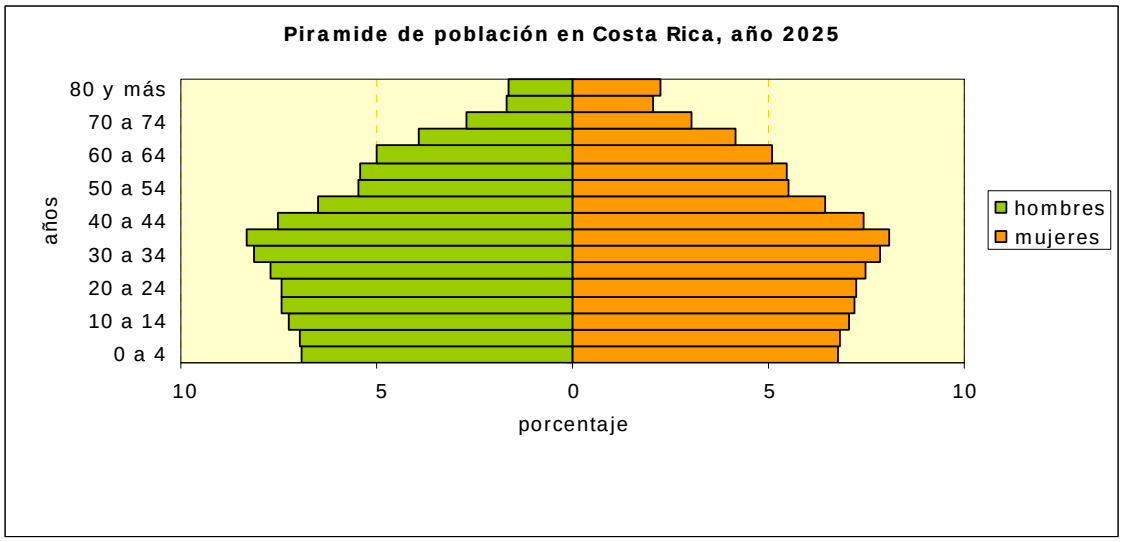
Otro efecto de una mayor expectativa vital es el incremento porcentual de la población de 75 años y más no sólo entre de los adultos mayores sino también en el conjunto poblacional. Así, se observa una evolución creciente de la proporción de de este grupo etario, que en el año 1975 apenas si representaba el 0,7% de la población total y que se espera llegue hasta el 4% en el 2050.

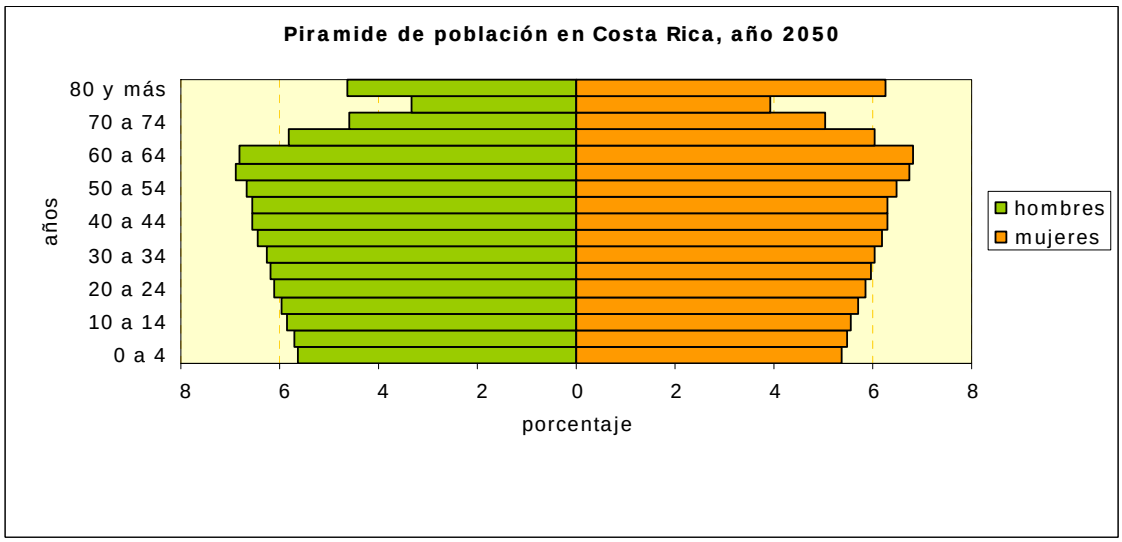
Costa Rica - Población de 75 años y más en el período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)				
	1975	**2000**	**2025**	**2050**
Total	15	36	94	248
% respecto a la población de 60 y más años	10,6%	12,1%	10,7%	15,0%
% respecto a la población total	0,7%	0,9%	1,7%	4,0%

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población









Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

2.1. Salud

2.1.1. Esperanza de vida

La esperanza de vida en Costa Rica es elevada. A los 60 años, la esperanza de vida promedio es de 24,28 años (26,17 años para las mujeres y 22,31 años para los varones). A los 80 años, la esperanza de vida restante es de 10,52 años (12,75 años en el caso de las mujeres y 9,05 años en el caso de los varones).

2.1.2. Morbilidad y mortalidad

Según los datos de la Caja Costarricense de Salud, las primeras causas de consulta de personas de 65 años y más para el año 2006 son, por orden de importancia: las enfermedades del sistema circulatorio, especialmente la hipertensión; las enfermedades vinculadas con la nutrición y el metabolismo, con la diabetes mellitus como principal afección; en tercer lugar se clasifican las consultas "sin hallazgo patológico"; les siguen las consultas relacionadas con enfermedades del sistema osteomuscular, las enfermedades de los ojos y los oídos, las enfermedades de la piel y los tejidos subcutáneos y los trastornos mentales.

En cuanto a las enfermedades que han requerido tratamiento hospitalario de los adultos mayores, predominan las relacionadas con el sistema circulatorio, seguidas de las del sistema nervioso y los órganos de los sentidos, las digestivas y las respiratorias.

Costa Rica. Consultas del adulto mayor por sexo y grupos de edad según diagnóstico principal. C.C.S.S. 2006							
Diagnostico principal	*Total*	*60 - 64*	*65 - 69*	*70 - 74*	*75 - 79*	*80 - 84*	*85 y más*
Hombres							
Sistema circulatorio	125.172	27.499	27.084	27.915	20.802	11.557	10.313
Endocrinas, nutrición y metabólicas	90.203	23.232	26.316	19.321	12.624	5.986	2.727
Atención sin patología	63.533	14.164	14.342	12.446	11.143	5.927	5.513
Sistema osteomuscular	63.593	17.780	16.239	13.395	8.298	4.505	3.378
Enfermedad de ojos y oído	61.697	11.676	12.506	14.343	11.913	7.054	4.209
Enf. de la piel y tejidos subcutáneos	83.684	36.746	8.476	8.712	8.297	5.631	2.964
Trastornos mentales	57.606	20.209	5.155	4.919	4.268	2.786	1.185
Tumores	42.139	19.262	4.445	3.674	4.385	3.437	1.837
Sistema nervioso	29.217	13.927	3.378	2.548	3.082	1.719	2.133
Causa de morbilidad desconocida	22.581	9.009	2.193	1.897	1.897	1.542	652
Traumatismos	18.491	8.298	2.312	1.778	1.719	1.126	888
Infecciosas y parasitarias	17.839	7.527	1.659	1.719	2.074	1.126	415
Enfermedades de la sangre	14.876	6.401	1.008	948	1.837	948	593
Otras enfermedades	-	237	59	59	59	59	-
Mujeres							
Sistema circulatorio	191.135	48.361	44.747	39.827	31.055	16.477	10.668
Endocrinas, nutrición y metabólicas	173.356	51.740	48.007	33.722	22.996	10.194	6.697
Atención sin patología	116.931	37.041	29.277	22.046	14.223	8.535	5.809
Sistema osteomuscular	99.805	30.581	25.069	20.981	12.684	5.927	4.563
Enfermedad de ojos y oído	72.248	17.129	16.891	15.113	11.437	6.817	4.861
Enf. de la piel y tejidos subcutáneos	91.092	46.938	12.565	11.973	8.712	6.104	4.800
Trastornos mentales	72.188	37.397	10.490	9.423	7.231	5.097	2.550
Tumores	44.038	22.877	6.104	5.513	4.623	3.083	1.838
Sistema nervioso	29.809	15.290	3.734	3.378	3.674	2.074	1.659
Causa de morbilidad desconocida	26.669	13.572	3.616	3.437	2.786	1.955	1.303
Traumatismos	19.737	10.193	2.963	1.897	1.897	1.423	1.364
Infecciosas y parasitarias	20.268	10.312	3.141	2.904	2.074	948	889
Enfermedades de la sangre	15.826	8.475	1.363	1.601	2.015	1.186	1.186
Otras enfermedades	592	296	-	178	59	59	-

FUENTE: C.C.S.S., Departamento de Estadística de Salud.

Costa Rica. Egresos Hospitalario de adultos mayores por provincia según diagnóstico principal. C.C.S.S. 2006									
Diagnóstico	*Total*	*Provincia*							
		San José	*Alajuela*	*Cartago*	*Heredia*	*Guana-caste*	*Punta-renas*	*Limón*	*Desco-nocido*
Total	**54.598**	**18.584**	**11.054**	**5.551**	**4.573**	**4.221**	**7.231**	**3.317**	**67**
Enf S. Circulatorio	9.982	3.437	2.321	1.037	792	662	1.189	530	14
Enf S. Nervioso y Sentidos	8.446	2.773	1.934	826	900	795	688	527	3
Enf S. Digestivo	6.872	2.677	1.305	688	485	509	812	389	7
Enf S. Respiratorio	5.183	1.501	1.023	526	351	379	937	455	11
Tumores	4.995	1.955	885	608	423	328	532	257	7
Enf. S. Genituorinario	4.687	1.501	947	438	448	444	690	219	-
Causas externas	4.322	1.549	788	435	368	279	625	269	9
Enf. Endocr. y metabolicas	2.364	634	433	300	166	194	396	236	5
Enf S. Ostomuscular	2.172	911	442	203	222	84	245	64	1
Atención Sin Patología	1.375	405	298	117	164	96	241	54	-
Piel Y Cel. Subcutáneo	1.134	271	183	91	72	142	276	97	2
Infecc y parasitarias	993	221	110	77	43	206	233	100	3
Trastornos mentales	948	444	143	78	77	33	114	55	4
Sign. Sint. y Mal Definid.	738	183	168	75	35	49	175	52	1
Enf Sangre y hematopoyet.	337	98	67	48	24	20	70	10	-
Anomalía Congénita	50	24	7	4	3	1	8	3	-

FUENTE: C.C.S.S., Departamento de Estadística de Salud.

El Departamento de Estadística de Salud de la Caja Costarricense de Salud registra en el año 2001 como primeras causas de muerte de la población de 65 años y más las siguientes: las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 1.759,4 personas por 100.000 habitantes (en esta clasificación destacan por sus altos niveles de mortalidad los infartos y las enfermedades cerebrovasculares). La segunda causa de muerte en este grupo de edad son los tumores, con una tasa de

1.006,6 (en este apartado sobresalen los carcinomas de estómago y el de próstata). En tercer lugar y muy lejos del valor de las anteriores tasas se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio, con una tasa de 570,3 personas por 100.000 habitantes.

La diarrea es la principal enfermedad de declaración obligatoria que causa muerte en las personas de más de 75 años, y está provocada fundamentalmente por el consumo de agua no potable. Es importante ampliar los programas preventivos dirigidos a erradicar esta enfermedad, que afecta sobre todo a los niños y los adultos mayores.

Al considerar el género, se observa que la primera causa de muerte en las mujeres son las enfermedades del sistema circulatorio al igual que sucede entre los varones. La segunda causa de muerte son los tumores, afectando en mayor medida a los hombres que a las mujeres, y finalmente, como tercera causa de muerte se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio, en las cuales los hombres mantienen una tasa ligeramente más alta que las mujeres.

Costa Rica: Tasas de mortalidad por 100.000 de personas de 65 años y más por sexo, según causa 1972, 1992, 1997 y 2001

	1972			1992		
Causas de muerte	**Total**	Hombres	Mujeres	**Total**	Hombres	Mujeres
Infecciosa y parasitaria	**136.09**	154.56	117.97	**74.92**	102.05	49.78
Tumores	**929.98**	958.84	901.66	**983.70**	1.212.54	771.60
Endrocrinas, nutrición	**252.34**	206.08	297.74	**142.74**	116.82	166.77
Enfermedades de la sangre	**36.86**	40.07	33.71	**13.56**	14.77	12.45
Trastornos mentales	**17.01**	34.35	...	**16.15**	17.46	14.93
Sistema nervioso	**36.86**	37.21	36.52	**51.03**	52.37	49.78
Sistema circulatorio	**2,034.34**	1.977.79	2.089.83	**1,887.30**	2,027.61	1,757.27
Sistema Respiratorio	**589.74**	538.10	640.43	**561.93**	594.85	531.41
Sistema digestivo	**195.64**	208.94	182.58	**241.56**	240.36	242.68
Sistema genitourinario	**131.84**	180.32	84.27	**78.80**	98.02	60.98
Enfermedades de la piel y tej. Sub.	**15.59**	20.04	11.24	**19.38**	17.46	21.16
Sistema Osteomuscular	**25.52**	22.90	28.09	**14.86**	6.71	22.40
Malformación Congénita	**4.25**	5.72	2.81	**0.65**	...	1.24
Senilidad sin psicosis	**341.65**	334.88	348.30	**27.13**	24.17	29.87
Causas externas	**119.08**	163.15	75.84	**188.60**	229.62	150.59
Otras, Mal definidas	**184.30**	226.11	143.25	**59.42**	67.14	52.27
	1997			2001		
Causas de muerte	**Total**	Hombres	**Total**	Hombres	**Total**	Hombres
Infecciosa y parasitaria	**80.39**	95.27	**80.39**	95.27	**80.39**	95.27
Tumores	**906.17**	1,081.55	**906.17**	1,081.55	**906.17**	1,081.55
Endrocrinas, nutrición	**167.18**	131.13	**167.18**	131.13	**167.18**	131.13
Enfermedades de la sangre	**15.97**	13.45	**15.97**	13.45	**15.97**	13.45
Trastornos mentales	**15.44**	17.93	**15.44**	17.93	**15.44**	17.93
Sistema nervioso	**48.98**	53.80	**48.98**	53.80	**48.98**	53.80
Sistema circulatorio	**1,682.96**	1,880.66	**1,682.96**	1,880.66	**1,682.96**	1,880.66
Sistema Respiratorio	**626.12**	691.52	**626.12**	691.52	**626.12**	691.52
Sistema digestivo	**266.21**	290.28	**266.21**	290.28	**266.21**	290.28
Sistema genitourinario	**130.44**	160.27	**130.44**	160.27	**130.44**	160.27
Enfermedades de la piel y tej. Sub.	**22.89**	17.93	**22.89**	17.93	**22.89**	17.93
Sistema Osteomuscular	**18.10**	10.09	**18.10**	10.09	**18.10**	10.09
Malformación Congénita	**0.53**	...	**0.53**	...	**0.53**	...
Senilidad sin psicosis	**15.44**	14.57	**15.44**	14.57	**15.44**	14.57
Causas externas	**166.65**	210.71	**166.65**	210.71	**166.65**	210.71
Otras, Mal definidas	**91.04**	110.96	**91.04**	110.96	**91.04**	110.96

Fuente: Departamento de Estadística de Salud, CCSS.
http://www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/document/pdf/cambio/pdf/ca0336.pdf

2.1.3. Situaciones de Discapacidad

De acuerdo con los datos del Censo, el número de adultos mayores con discapacidad asciende a 65.249 personas, lo que representa el 21,64% de la población de 60 años y más. Se observan porcentajes más altos de discapacidad a medida que avanza la edad. Al considerar el género, los hombres mantienen porcentajes ligeramente más altos de discapacidad que las mujeres, sin embargo, en términos absolutos, las mujeres mayores con discapacidad superan a los varones en esta misma situación: (32.718 mujeres frente a 32.531 hombres)

Costa Rica. Total y porcentaje de adultos mayores con discapacidad según rango de edad y sexo				
Sexo y grupos de edad	Total adultos mayores	Total adultos mayores discapacidad	Porcentaje de adultos mayores con discapacidad	Porcentaje de adultos mayores con discapacidad según su grupo de edad
COSTA RICA	**301.474**	**65.249**	**21,64%**	**21,64%**
De 60 a 64 años	88.142	13.657	4,53%	15,49%
De 65 a 69 años	71.650	13.071	4,34%	18,24%
De 70 a 74 años	57.641	12.222	4,05%	21,20%
De 75 y más años	84.041	26.299	8,72%	31,29%
HOMBRES	**143.833**	**32.531**	**10,79%**	**22,62%**
De 60 a 64 años	43.089	6.899	2,29%	16,01%
De 65 a 69 años	34.555	6.637	2,20%	19,21%
De 70 a 74 años	27.765	6.194	2,05%	22,31%
De 75 y más años	38.424	12.801	4,25%	33,32%
MUJERES	**157.641**	**32.718**	**10,85%**	**20,75%**
De 60 a 64 años	45.053	6.758	2,24%	15,00%
De 65 a 69 años	37.095	6.434	2,13%	17,34%
De 70 a 74 años	29.876	6.028	2,00%	20,18%
De 75 y más años	45.617	13.498	4,48%	29,59%

Fuente: Elaboración propia a partir del IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

Al analizar los datos según tipo de discapacidad se observa que la ceguera parcial o total es la mayor limitación en los funcionamientos entre la población con discapacidad de 60 años y más, 24.132 personas presentan esta afección. Le siguen por orden de importancia: la sordera parcial o total (12.048 personas) y la parálisis o amputación con 9.927 personas afectadas. Existe también un número considerable de casos sin clasificar asignados a la categoría “otros” (15.103 personas). Los varones presentan en todos los tipos de discapacidad valores más altos que las mujeres exceptuando el apartado de “otros” donde las mujeres con alguna limitación sin definir ascienden a 8.965 frente a los 6.138 hombres

Costa Rica. Población total adultos mayores por tipo de discapacidad										
Sexo y grupos de edad	Total	TIPO DE DISCAPACIDAD							Ninguna	Ignorado
		Total	Ceguera parcial o total	Sordera parcial o total	Retardo mental	Parálisis amputación	Trastorno mental	Otro		
COSTA RICA	**301.474**	**65.249**	**24.132**	**12.048**	**894**	**9.927**	**3.145**	**15.103**	**231.852**	**4.373**
De 60 a 64 años	88.142	13.657	4.656	1.595	270	2.183	687	4.266	73.258	1.227
De 65 a 69 años	71.650	13.071	4.557	1.934	252	1.940	620	3.768	57.535	1.044
De 70 a 74 años	57.641	12.222	4.468	2.124	145	1.777	550	3.158	44.615	804
De 75 y más años	84.041	26.299	10.451	6.395	227	4.027	1.288	3.911	56.444	1.298
HOMBRES	**143.833**	**32.531**	**12.351**	**7.009**	**465**	**5.029**	**1.539**	**6.138**	**109.443**	**1.859**
De 60 a 64 años	43.089	6.899	2.449	984	156	1.281	372	1.657	35.645	545
De 65 a 69 años	34.555	6.637	2.330	1.193	134	1.090	323	1.567	27.457	461
De 70 a 74 años	27.765	6.194	2.314	1.290	78	922	294	1.296	21.236	335
De 75 y más años	38.424	12.801	5.258	3.542	97	1.736	550	1.618	25.105	518
MUJERES	**157.641**	**32.718**	**11.781**	**5.039**	**429**	**4.898**	**1.606**	**8.965**	**122.409**	**2.514**
De 60 a 64 años	45.053	6.758	2.207	611	114	902	315	2.609	37.613	682
De 65 a 69 años	37.095	6.434	2.227	741	118	850	297	2.201	30.078	583
De 70 a 74 años	29.876	6.028	2.154	834	67	855	256	1.862	23.379	469
De 75 y más años	45.617	13.498	5.193	2.853	130	2.291	738	2.293	31.339	780

Fuente: Elaboración propia a partir del IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

2.1.4. Situaciones de dependencia

Las situaciones de dependencia son aquellas en que las personas no pueden realizar por si mismas y necesitan ayudas para realizar las actividades de la vida diaria, definidas como ***el "conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social".***

Teniendo en cuenta la complejidad de las actividades de la vida diaria, se distingue habitualmente entre AVD básicas e instrumentales.

Se entienden como **AVD básicas** aquellas actividades primarias encaminadas al autocuidado y movilidad, de tal modo que permiten el grado de autonomía e independencia elemental necesarios para que la persona pueda vivir sin ayuda continua de otros. Se consideran propias de este grupo la movilidad, el comer, vestirse, aseo personal, etc.

Las **AVD instrumentales** suponen un nivel más complejo de la conducta y permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Dependen, al igual que las actividades básicas, del estado de salud del individuo, pero intervienen otros elementos, como son el estado afectivo, los rendimientos cognitivos y aspectos del entorno social. Tienen connotaciones diferentes para cada individuo, en función de su sexo, edad, circunstancias personales o familiares, estando en relación con el estilo de vida. Incluyen tareas tales como el uso del teléfono y medios de transporte, las compras, labores domésticas, manejo de la medicación, gestión de los asuntos económicos, etc.

A pesar de que no existen datos específicos sobre dependencia, según la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano (FECRUNAPA), de las visitas realizadas a las diferentes organizaciones, estima los siguientes datos:

Hogares y albergues de zonas rurales.

- Personas independientes: 750
- Personas con dependencia parcial en las actividades de la vida diaria: 367
- Personas con dependencia total: 135

Hogares y albergues de zonas urbanas.

- Personas independientes: 383
- Personas con dependencia parcial en las actividades de la vida diaria: 675
- Personas con dependencia total: 220

En el caso de los centros diurnos, el 100% de la población es independiente en las actividades de la vida diaria, ya este es un requisito para ser usuario/a en esta modalidad de atención

Según la encuesta realizada por el proyecto CRELES[70] (Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable), el porcentaje de adultos mayores con una o más limitaciones en la capacidad funcional es del 64%, En promedio, esta población presenta 2,5 limitaciones, siendo las mujeres las que más limitaciones presentan: 2,9 comparadas con 2,0 de los hombres. Según lo esperado, el porcentaje de adultos mayores con limitaciones aumenta con la edad: sólo el 59% de los menores de 80 años y cerca del 89% de los mayores de 80 años sufre alguna limitación.

Costa Rica. Limitaciones de la capacidad funcional (ABVD/AIVD) del Adulto Mayor: Primera ronda 2005 (porcentajes ponderados).	
Actividades	% con limitaciones
Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD)	
Movilizarse en un cuarto	6,3
Bañarse	7,8
Comer	3,4
Ir a la cama	8,8
Uso del inodoro	6,1
Cortarse las uñas de los pies	31,8
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIDV)	
Preparar comida	12,2
Manejar dinero	10,6
Comprar	18,3
Tomar sus medicamentos	2,8
Otras Actividades de la Vida Diaria	
Caminar varias cuadras	36,4
Subir escaleras varios pisos sin descanso	50,6
Empujar objetos pesados	35,5
Levantar y estirar los brazos	9,3
Observaciones:	

Fuente: Estudio CRELES, con una muestra de 3000 Adultos Mayores.

[70] Sobre una muestra de 3000 Adultos Mayores.

2.1.5. Cobertura de Salud

Por mandato constitucional y de acuerdo a la ley de universalización del servicio de salud de 1961, la CCSS es la institución responsable de proveer servicios públicos del servicio de salud y maternidad a toda la población.

La provisión de servicios esta a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención, relacionados entre si por el sistema de referencia y contra referencia.

La Atención Integral a la Salud comprende lo siguiente:

a. Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación

b. Asistencia médica especializada y quirúrgica

c. Asistencia ambulatoria y hospitalaria

d. Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos

e. Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete

f. Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular.

g. Asistencia social, individual y familiar.

La Caja Costarricense del Seguro Social asegura en la actualidad al 61,52% de la población mayor de 65 años, lo que significa que 185.467 personas se encuentran cubiertas con atención integral. Al interior de la cobertura, puede observarse que son las mujeres las que disfrutan en mayor medida de este aseguramiento.

Costa Rica. Cobertura nacional de atención integral a las personas mayores de 65 años al 2006			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Cobertura	61,52%	87.169	98.298

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

Dentro de la categoría de aseguramiento, se presenta la siguiente clasificación:

1. Asegurado activo
2. Asegurado directo
3. Asegurado directo activo asalariado
4. Asegurado Familiar
5. Asegurado por cuenta del Estado

Los requisitos de acceso a los servicios de salud en la CCSS responde a la modalidad de aseguramiento (obligatorio, voluntario, con cargo al estado, pensionado y jubilado, por convenio especial o beneficiario).

En cuanto a los servicios privados de salud se debe señalar que este subsector cuenta con una red de establecimientos de diferente grado de complejidad, desde simples consultorios hasta grandes hospitales. Este subsector tiene dos fuentes de financiamiento: el pago directo de los usuarios y, en forma menos importante, el

pago que recibe de organismos públicos como el INS y la CCSS, quienes compran servicios para atender la enfermedad ocupacional y la enfermedad general de sus afiliados.

2.1.6. Estudios recientes sobre la salud de los adultos mayores en Costa Rica

Son varios los estudios que se han desarrollado dentro y fuera de Costa Rica sobre la salud de la población adulta mayor. A continuación se destacan los siguientes:

La Salud de las personas adultas mayores en Costa Rica.
Organización Panamericana de la Salud y otros, 2004

Resumen de los principales resultados:

Este estudio recopila información concreta sobre la población adulta mayor, principalmente esta orientada al área de la salud. Primeramente hace una síntesis del comportamiento de este grupo etario en los últimos años, con una proyección al año 2060, por lo refleja la necesidad de tomar decisiones concretas, pertinentes y urgentes, sobre la situación futura de la vejez.

Estado de la Salud de la Persona Adulta Mayor
Ministerio de Salud (Elaborado por: Lic. Xinia Bolaños S., Lic. Ana Pacheco Soto y Lic. Giselle Rojas Sánchez), 2004.

Planteamiento del estudio

Este estudio se elaboró tomando en consideración el crecimiento paulatino de la población adulta mayor en Costa Rica, el cual requiere de un ajuste en los servicios integrales de salud, para responder adecuadamente a las demandas y necesidades que presenta dicho grupo. Con el fin de conocer el estado de salud de la población adulta mayor, se integró un equipo de trabajo encargado de elaborar una Propuesta de Proyección Nacional. Que contempla áreas desiertas y novedosas, así como las instancias públicas y privadas que ofrecen servicios de planes, programas, proyectos y políticas públicas dirigidas a los servicios integrales de salud, desde una perspectiva de equidad y género.

El objetivo general del estudio era contar con un diagnóstico que permita conocer las condiciones de salud que presenta la población adulta mayor del país. Sus objetivos específicos, identificar, describir y analizar la información existente en materia de salud de la población adulta mayor y determinar el estado de salud de la persona adulta mayor del país.

De acuerdo con los objetivos específicos, se trabajó con las siguientes variables, las cuales son utilizadas en las normas y técnicas para definir la situación y condición de salud del adulto mayor, a saber:

-Generalidades de la población adulta mayo
-Vivienda
-Factores socioculturales
-Servicios de salud
-Morbi-mortalidad
-Programas sociales

Resumen de los principales resultados:

Generalidades de la población

En Costa Rica la cantidad de hombres y mujeres es muy similar, manteniéndose el mismo comportamiento entre las provincias, a excepción de San José. Cambia este comportamiento en las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón, en donde la cantidad de hombres es mayor. En relación a lo anterior, es conveniente formular acciones dirigidas a la persona adulta mayor, desde las necesidades y demandas de acuerdo a la cantidad de hombres y mujeres que tiene cada provincia.

En este grupo etáreo, los niveles de instrucción son similares entre hombres y mujeres con la diferencia del nivel de primaria, en el que difiere a favor de las mujeres. El Estado debe procurar motivarlos (as) para que participen en programas de alfabetización, adecuadas a esta población.

De la población económicamente activa, de este grupo etáreo, casi la mitad son del género masculino, asalariados y dedicados principalmente a ocupaciones no calificadas, ocupaciones calificadas agropecuarias, agrícolas y pesqueras. Sobre lo anterior, se presenta la inquietud de conocer las condiciones laborales en las que éstas trabajan.

Casi el total de viviendas ocupadas por la población adulta mayor, son propias y están a cargo de un solo hogar.

Más de la mitad de las viviendas ocupadas por un solo hogar, no tienen carencias y están en buen estado. Se deben mantener los programas de vivienda para cubrir el 15.18 % que carece de vivienda propia.

Más de la mitad de las viviendas en las que los jefes son personas de 60 años y más utilizan electricidad para cocinar, fuente de agua del acueducto público, servicio sanitario en forma exclusiva y luz eléctrica para alumbrarse. Llamó la atención que un poco más del 1% no cuenta con recursos básicos, más del 17% no se abastece de agua potable y el 20,21% cocinan con leña o carbón. Las instituciones encargadas de velar por esta población, deben dar soluciones individuales.

Casi la totalidad de esta población, cuenta con Seguro Social y más de una cuarta parte, gozan de pensión. La Caja Costarricense de Seguro Social debe ampliar la cobertura de pensiones.

Elementos Socioculturales

En Costa Rica no es necesario dirigir programas diferenciando por etnia ya que estas no alcanzan 1%.

Más de la mitad de la población de 60 años y más ocupa Jefatura y tienen como actividad productiva la de pensionado (a) rentista.

Casi una cuarta parte del total de hogares del país conviven con al menos una persona de 60 años y más. La convivencia sin pareja es mayor en las mujeres de 60 años y más.

Aspectos sobre morbilidad en la población de 65 años y más

La población estudiada, consultada en mayor cantidad en el Hospital Raúl Blanco Cervantes. Deben fortalecerse y ampliarse los servicios de salud especializados para ésta población en todos los hospitales del país.

Con respecto a las consultas externas, son las Enfermedades del Sistema Circulatorio las que ocupan el primer lugar en todos los hospitales del país en ambos sexos, seguido por las Enfermedades Endocrinas, Nutrición y Metabólicas, a excepción de la Región Huetar Norte, que presenta en primer lugar, las Enfermedades del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo. Se recomienda que en los hospitales del país, se dé mayor atención a las personas que padecen este tipo de enfermedades, para garantizar una mejor calidad de vida a la población adulta mayor.

Las mujeres son las más acuden a la atención de urgencias médicas, en ésta atención el primer lugar en diagnóstico, lo ocupan las Enfermedades del Sistema Respiratorio en ambos sexos.

En las atenciones de consulta en los Centros Médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, el primer lugar es ocupado por personas desconocidas y extranjeras que en su mayoría son hombres. Se considera necesario que la Caja Costarricense de Seguro Social, revise rigurosamente el sistema de registros, de manera que permita una planificación de acciones en los servicios de atención, dirigidos al adulto mayor.

De los casos de violencia intrafamiliar notificados, en este grupo de edad, son las mujeres las que presentan la mayor cantidad de ellos. Por lo anterior, se considera importante implementar programas de educación y sensibilización a la población nacional sobre violencia en este grupo etáreo.

Aumentar los controles en los pacientes diabéticos para prevenir las amputaciones en estas personas. Así como visitas de control al hogar.

Aspectos sobre mortalidad

Las enfermedades del Sistema Circulatorio y los Tumores, son la primera y segunda causa de muerte, respectivamente, entre los hombres, siendo los de 80 años y más los que mueren. La diarrea es la principal enfermedad de declaración obligatoria, que causa muerte en las personas de más de 75 años.

Instituciones que brindan atención integral a la población de 60 años y más

La calidad del servicio implica calidad de vida, razón por la cual, se considera necesario que se garanticen las actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud. Además que se cumpla y apliquen las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos a los establecimientos públicos y privados, dado que más de la mitad de las modalidades de atención, incumplen con algunos de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud.

Dentro de las tres modalidades de atención definidas, el Hogar es la modalidad que más se presenta siendo San José la provincia con mayor número, seguido por Alajuela y Puntarenas.

Las provincias que atienden mayor cantidad de personas son San José, Alajuela y Heredia.

CRELES, Costa Rica: Estudio Longitudinal de Longevidad y Envejecimiento saludable 2005-2010,
Rosero Bixby, Luis (Director). Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

El estudio CRELES (Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable") es una iniciativa del Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica que se propone darle al país una línea de base sobre las condiciones de salud y de vida de las personas adultas mayores para orientar las políticas de salud y de atención a las necesidades de esta población. El estudio se propone también aportar conocimiento científico sobre los determinantes de la salud del individuo en edades avanzadas. CRELES investiga a una muestra nacional representativa de alrededor de 9.000 personas adultas mayores, con sobrerepresentación de nonagenarios y centenarios. A un panel de cerca de tres mil personas de la muestra se les está dando seguimiento con una encuesta en profundidad que incluye entrevistas de más de una hora de duración, mediciones antropométricas y medición de biomarcadores en muestras de sangre y orina. CRELES se lleva a cabo con el apoyo financiero de la Fundación Wellcome Trust de Inglaterra, que seleccionó al CCP como uno de sus centros regionales de excelencia para el estudio de las consecuencias en la salud del cambio demográfico.

El estudio CRELES ha publicado informes parciales cada año a partir de Abril del 2005 sobre una muestra de 3000 personas adultas mayores costarricenses. El resumen de los avances del estudio se puede consultar en la página http://ccp.ucr.ac.cr.

El estado actual de la persona adulta mayor en Costa Rica
CONAPAM - Universidad de Costa Rica

El CONAPAM ha firmado un convenio con la Universidad de Costa Rica para la realización de un estudio denominado *El estado actual de la persona adulta mayor en Costa Rica.* Este estudio se encuentra actualmente en proceso y aún no se tienen resultados.

2.2. Seguridad económica

2.2.1. Ingresos y gastos de las personas mayores

Casi la mitad (el 48,9%) de los ingresos que perciben las personas mayores costarricenses proceden de pensiones y transferencias. Dentro de estos ingresos la mayor parte proceden de las pensiones contributivas. La segunda gran fuente de ingresos (29,4%) es el trabajo asalariado o independiente. En tercer lugar (21,8%) los ingresos percibidos por alquileres y otras rentas de la propiedad.

El porcentaje que suponen los ingresos procedentes del trabajo desciende conforme aumenta la edad, es mayor entre los hombres que entre las mujeres, y es más alto en las zonas rurales que en las zonas urbanas. La proporción de ingresos procedentes de pensiones y transferencias es especialmente importante entre los 65 y los 89 años, y es mayor entre las mujeres que entre los varones y en las zonas urbanas que en las rurales.

Costa Rica. Estructura de los ingresos de las personas mayores por grupos de edad, sexo y zona de residencia. 2004												
Fuente de ingresos		Grupos quinquenales de edad							Sexo		Zona	
	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 y +	Hombre	Mujer	Urbana	Rural
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Trabajo	**29,4**	**49,9**	**19,9**	**18,0**	**22,0**	**9,8**	**2,5**	**2,0**	**34,4**	**15,2**	**27,3**	**36,9**
Asalariado - salario bruto total	23,4	42,6	11,9	12,1	19,7	6,5	1,8	2,0	27,6	11,4	23,4	23,1
Independiente - Ingreso Total	6,0	7,3	8,0	5,9	2,2	3,3	0,7	0,0	6,8	3,8	3,8	13,8
Renta neta mensual por alquileres y renta de la propiedad	**21,8**	**19,2**	**17,2**	**19,8**	**25,4**	**15,1**	**25,6**	**67,8**	**23,1**	**17,9**	**21,3**	**23,6**
Pensiones y transferencias	**48,9**	**31,0**	**62,9**	**62,1**	**52,7**	**75,1**	**71,9**	**30,2**	**42,5**	**66,9**	**51,5**	**39,5**
Transferencia por pensión de IVM	32,0	24,1	33,3	45,2	33,1	56,0	43,3	17,5	26,6	47,2	33,6	26,2
Transferencia por pensión alimenticia	0,2	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0
Transferencia por pensión del régimen no contributivo	2,1	0,4	1,5	4,0	2,2	8,4	8,0	3,3	1,1	4,8	1,1	5,5
Transferencia por becas de estudio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferencia por ayuda permanente de familiares en el país	3,0	1,4	3,0	5,2	3,2	6,7	9,3	2,3	1,0	8,7	2,9	3,3
Transferencia por ayuda permanente de familiares fuera del país	1,1	1,6	0,7	1,4	0,6	2,4	0,8	0,0	0,9	1,8	1,4	0,3
Transferencia por ayuda del IMAS y otras instituciones públicas	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,5
Transferencia por seguros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferencia por daños a terceros y otros	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0
Transferencia por pensión de guerra	0,2	0,1	0,1	0,5	0,2	1,5	1,3	0,0	0,2	0,3	0,3	0,1

FUENTE: Departamento de Estadística. Dirección Actuarial. Elaboración propia con base en los datos de la Encuesta de Hogares de Ingresos y Gastos. INEC 2004.

Una parte importante del gasto de las personas mayores (un 39,6%) se destina al pago del alquiler de la vivienda, los suministros asociados a la misma (agua, electricidad, gas, etc.) y los muebles y artículos para el hogar. Los alimentos y bebidas, consumidas en el hogar o fuera de él, suponen el 22,1% del gasto de los mayores, proporción que se eleva hasta el 28,2% si se tienen en cuenta, además, los gastos realizados en restaurantes y hoteles. Otro rubro importante en el gasto son los transportes, que suponen el 9,5% del gasto de los mayores. El gasto en recreación y cultura supone un 5,0% del gasto total, y el destinado a salud, el 4,7%.

Costa Rica. Distribución porcentual según grupo de gasto según quintil de ingreso y zona de residencia (sólo personas de 60 años y más). 2004								
Grupo de gasto		Quintil de ingreso					Zona	
	Total	I	II	III	IV	V	Urbano	Rural
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Gasto mensual en alimentos y bebidas no alcohólicas consumidas en hogar	15,7	27,6	22,1	21,1	15,8	10,6	14,4	21,1
Gasto mensual en bebidas alcohólicas consumidas en hogar	0,6	0,8	0,7	0,9	0,7	0,4	0,6	0,7
Gasto mensual en prendas de vestir y calzado	3,8	2,9	3,9	3,8	4,2	3,7	3,7	4,0
Gasto mensual en alquiler en vivienda, agua, electric., gas Sin locativo	6,9	9,3	8,4	7,4	7,1	5,9	6,8	7,3
Gasto mensual en viv. alquilada, agua, electric. gas Con locativo	26,1	30,9	27,4	26,5	25,5	25,2	26,9	22,8
Gasto mensual en muebles y artículos para el hogar	6,6	4,6	5,6	4,7	4,8	8,5	6,2	7,9
Gasto mensual en salud	4,7	1,6	3,1	2,9	3,7	6,5	4,8	4,3
Gasto mensual en transporte	9,5	4,9	8,4	7,6	8,0	11,7	9,4	9,7
Gasto mensual en comunicaciones	3,2	2,4	3,1	3,3	3,4	3,2	3,4	2,4
Gasto mensual en recreación y cultura	5,0	2,8	3,2	4,0	4,4	6,4	5,2	4,4
Gasto mensual en educación	1,6	0,4	0,8	1,3	2,1	2,0	1,8	1,0
Gasto mensual en alimentos y bebidas no alcohólicas consumidas fuera del hogar	5,2	3,6	4,7	5,1	7,3	4,6	5,4	4,4
Gasto mensual en restaurantes y hoteles	5,9	3,8	4,9	6,1	7,9	5,6	6,2	5,1
Gasto mensual en bebidas alcohólicas consumidas fuera del hogar	0,6	0,1	0,1	0,9	0,6	0,6	0,6	0,6
Servicios de hoteles	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1
Gasto mensual en bienes y servicios diversos	4,4	4,2	3,4	4,3	4,6	4,7	4,5	4,3

2.2.2. Pensiones

Según los datos obtenidos a octubre de 2006 de las instituciones encargadas de otorgar pensiones, en Costa Rica 199.506 personas de 60 años y más, cuentan con una pensión de alguno de los diferentes regímenes.

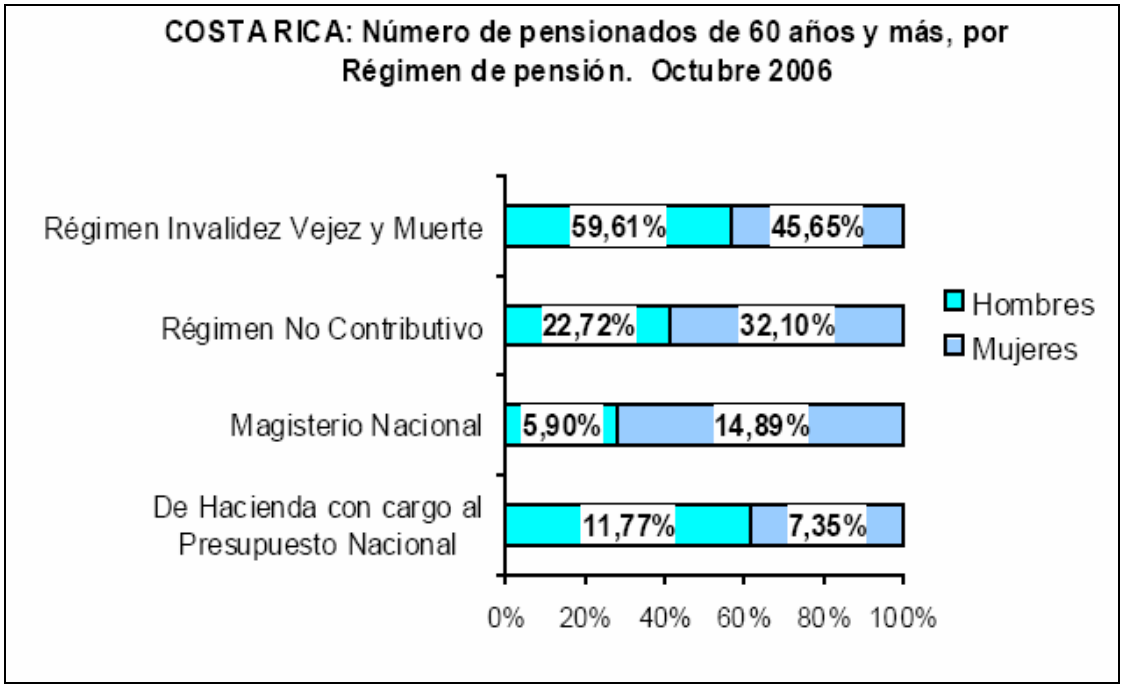
Se estima que en el país hay 398.683 personas de 60 años y más. Al relacionar esta población con los que actualmente están pensionados por alguno de los regímenes, se encuentra que están cubiertos únicamente el 50%. Esta situación aunada a las limitaciones existentes en el mercado de trabajo, hace que se refuerce la pobreza en la población mayor.

La participación de la mujer en la población pensionada es de un 47,9% mientras que los hombres suponen un 52,1% del total. Cabe resaltar que la mujer tiene mayor participación en las pensiones del Magisterio y en las del Régimen No Contributivo. Lo anterior se debe a que la mujer tradicionalmente se ha dedicado a la enseñanza en mayor proporción que el varón, y a que hay más participación de las viudas en el beneficio de la pensión, debido a que por lo general los hombres fallecen antes que las mujeres.

El régimen con más participación es el de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), con un 52,93%. Le sigue en importancia el Régimen No Contributivo con un 27,21%.

Costa Rica. Número de pensionados de 60 años y más según régimen de pensión. Octubre 2006			
Régimen de pensión	Total	Hombres	Mujeres
Número de pensionistas			
Total	**199.506**	**103.931**	**95.575**
De Hacienda con cargo al Presupuesto Nacional	19.261	12.234	7.027
Magisterio Nacional	20.363	6.129	14.234
Régimen No Contributivo	54.292	23.610	30.682
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte	105.590	61.958	43.632
Participación relativa			
Total	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**
De Hacienda con cargo al Presupuesto Nacional	9,65%	11,77%	7,35%
Magisterio Nacional	10,21%	5,90%	14,89%
Régimen No Contributivo	27,21%	22,72%	32,10%
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte	52,93%	59,61%	45,65%

Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Planificación.



La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples para 2006 ofrecen una distribución de los mayores de 60 años según su condición de aseguramiento. El 27,7% son asegurados directos o familiares activos; el 5,6% pensionistas con cargo al presupuesto del Estado; el 14,1% reciben una pensión no contributiva; el 31,2% son pensionados del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte gestionado por la Caja Costarricense del Seguro Social; el 10% son familiares de pensionados; el 0,6% reciben una pensión de los regímenes no contributivos de guerra y gracia; el 5,6% una pensión del Magisterio o el Poder Judicial, y el 5,6% no están asegurados.

Costa Rica. Número y porcentaje de personas según grupos de edad, zona de residencia y sexo por condición de aseguramiento (incluye sólo personas de 60 años y más). 2006.																		
Grupos de edad Sexo Zona	Directos y familiares activos		Cuenta del Estado		Régimen No Contributivo		Pensionado CCSS		Familiar Pensionado		RNC Guerra, Gracia		Magisterio, Poder Judicial		No asegurado		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Total	110.551	27,7	22.219	5,6	56.351	14,1	124.580	31,2	40.034	10,0	2.273	0,6	20.171	5,1	22.504	5,6	398.683	100,0
Grupos de edad																		
60 - 64	54.946	47,8	8.782	7,6	5.687	4,9	20.268	17,6	10.962	9,5			4.803	4,2	9.556	8,3	115.004	100,0
65 - 69	22.902	25,2	5.705	6,3	10.066	11,1	28.619	31,5	11.284	12,4	248	0,3	6.220	6,8	5.785	6,4	90.829	100,0
70 - 74	13.068	17,8	3.058	4,2	12.719	17,4	28.530	38,9	8.919	12,2	313	0,4	4.433	6,0	2.254	3,1	73.294	100,0
75 - 79	11.246	18,7	2.437	4,1	11.210	18,6	23.032	38,3	5.881	9,8	1.027	1,7	3.134	5,2	2.187	3,6	60.154	100,0
80 y más	8.389	14,1	2.237	3,8	16.669	28,1	24.131	40,6	2.988	5,0	685	1,2	1.581	2,7	2.722	4,6	59.402	100,0
Sexo																		
Hombre	51.512	28,2	11.351	6,2	22.727	12,5	73.433	40,2	1.749	1,0	826	0,5	7.236	4,0	13.690	7,5	182.524	100,0
Mujer	59.039	27,3	10.868	5,0	33.624	15,6	51.147	23,7	38.285	17,7	1.447	0,7	12.935	6,0	8.814	4,1	216.159	100,0
Zona																		
Urbano	67.438	27,1	8.510	3,4	23.427	9,4	90.283	36,2	27.781	11,1	1.677	0,7	16.621	6,7	13.507	5,4	249.244	100,0
Rural	43.113	28,8	13.709	9,2	32.924	22,0	34.297	23,0	12.253	8,2	596	0,4	3.550	2,4	8.997	6,0	149.439	100,0

FUENTE: Departamento de Estadística. Dirección Actuarial. Elaboración propia con base en la Encuesta de Propósitos Múltiples del INEC 2006.

El monto promedio de las pensiones del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte es de 129.194 colones (algo menos de 250 dólares US). Las pensiones contributivas del régimen de Hacienda tienen un monto mensual promedio de 410.292 colones, mientras que en las no contributivas de este régimen el monto promedio es de 72.168 colones mensuales.

Costa Rica. Número y monto promedio mensual de las pensiones del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. 2007			
Tipo de riesgo	Número de casos	Pensión promedio mensual (colones)	Pensión promedio mensual (US $)
Invalidez	44.098	102.975	197,65
Vejez	50.562	153.022	293,71
Muerte	51.158	127.965	245,61
TOTAL	**145.818**	**129.194**	**247,97**

Fuente: Dirección Administración de Pensiones. El tipo de cambio utilizado para calcular los promedios en dólares US fue de ¢521,00 por 1 dólar.

Costa Rica. Número y monto promedio mensual de las pensiones del régimen de Hacienda. Mayo 2007				
Régimen	Cantidad	Monto (sin retroactivos)	Monto (con retroactivos)	Promedio (sin retroactivos)
TOTAL	58.192	21.547.405.824,46	21.769.370.272,93	370.281,24
Contributivos	51.306	21.050.456.646,76	21.269.038.211,83	410.292,30
No Contributivos	6.886	496.949.177,70	500.332.061,10	72.168,05

Fuente: MTSS (DNP)-SISDnp: Módulo Estadístico 4 de julio del 2007

2.2.3. Trabajo

Los datos del Censo 2000 muestran que, a principios de la década, un 19,4% de los adultos mayores costarricenses se encontraban ocupados en el mercado laboral. Por género, se observa una participación en el mismo más alta de los varones respecto a las mujeres (35,66% frente a 5,21%).

Al considerar el lugar de residencia se observa más actividad de la población mayor en las zonas rurales que en el ámbito urbano. Los varones de 60 años y más residentes en áreas rurales desempeñan una actividad en el mercado laboral en un porcentaje del 41,16% frente al 17,48 de los que residen en áreas urbanas. Por el contrario, las mujeres que habitan en zonas urbanas mantienen una actividad más alta que las residentes en zonas rurales (6,18% frente a un 3,13%)

Costa Rica. Población de 60 y más años según condición de actividad. Números absolutos y porcentajes. 2000

Zona sexo y grupos de edad	Población de 60 años y mas	Porcentaje	Población económicamente activa						Población económicamente inactiva	
			Total	Porcentaje	Ocupada	Porcentaje	Desocupada			
							Total	Porcent.	Total	Porcentaje
COSTA RICA	**301.474**	**100,00%**	**59.504**	**19,74%**	**56.964**	**95,73%**	**2.540**	**4,27%**	**241.970**	**80,26%**
De 60 a 64 años	88.142	29,24%	30.815	51,79%	29.530	51,84%	1.285	50,59%	57.327	23,69%
De 65 y más años	213.332	70,76%	28.689	48,21%	27.434	48,16%	1.255	49,41%	184.643	76,31%
HOMBRES	143.833	47,71%	51.298	35,66%	48.847	95,22%	2.451	4,78%	92.535	64,34%
De 60 a 64 años	43.089	29,96%	26.360	51,39%	25.123	51,43%	1.237	50,47%	16.729	18,08%
De 65 y más años	100.744	70,04%	24.938	48,61%	23.724	48,57%	1.214	49,53%	75.806	81,92%
MUJERES	157.641	52,29%	8.206	5,21%	8.117	98,92%	89	1,08%	149.435	94,79%
De 60 a 64 años	45.053	28,58%	4.455	54,29%	4.407	54,29%	48	53,93%	40.598	27,17%
De 65 y más años	112.588	71,42%	3.751	45,71%	3.710	45,71%	41	46,07%	108.837	72,83%
URBANO	191.625	63,56%	33.493	17,48%	32.307	96,46%	1.186	3,54%	158.132	82,52%
De 60 a 64 años	54.691	28,54%	18.319	54,70%	17.687	54,75%	632	53,29%	36.372	23,00%
De 65 y más años	136.934	71,46%	15.174	45,30%	14.620	45,25%	554	46,71%	121.760	77,00%
HOMBRES	84.476	44,08%	26.867	31,80%	25.751	95,85%	1.116	4,15%	57.609	68,20%
De 60 a 64 años	24.927	29,51%	14.648	54,52%	14.054	54,58%	594	53,23%	10.279	17,84%
De 65 y más años	59.549	70,49%	12.219	45,48%	11.697	45,42%	522	46,77%	47.330	82,16%
MUJERES	107.149	55,92%	6.626	6,18%	6.556	98,94%	70	1,06%	100.523	93,82%
De 60 a 64 años	29.764	27,78%	3.671	55,40%	3.633	55,41%	38	54,29%	26.093	25,96%
De 65 y más años	77.385	72,22%	2.955	44,60%	2.923	44,59%	32	45,71%	74.430	74,04%
RURAL	109.849	36,44%	26.011	23,68%	24.657	94,79%	1.354	5,21%	83.838	76,32%
De 60 a 64 años	33.451	30,45%	12.496	48,04%	11.843	48,03%	653	48,23%	20.955	24,99%
De 65 y más años	76.398	69,55%	13.515	51,96%	12.814	51,97%	701	51,77%	62.883	75,01%
HOMBRES	59.357	54,04%	24.431	41,16%	23.096	94,54%	1.335	5,46%	34.926	58,84%
De 60 a 64 años	18.162	30,60%	11.712	47,94%	11.069	47,93%	643	48,16%	6.450	18,47%
De 65 y más años	41.195	69,40%	12.719	52,06%	12.027	52,07%	692	51,84%	28.476	81,53%
MUJERES	50.492	45,96%	1.580	3,13%	1.561	98,80%	19	1,20%	48.912	96,87%
De 60 a 64 años	15.289	30,28%	784	49,62%	774	49,58%	10	52,63%	14.505	29,66%
De 65 y más años	35.203	69,72%	796	50,38%	787	50,42%	9	47,37%	34.407	70,34%

Fuente: IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

Los datos más recientes de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, referidos a julio de 2007, muestran que el porcentaje de personas de 60 y más años ocupadas se ha elevado hasta el 25,5% (42,0% de los varones y 11,2% de las mujeres). La tasa global de participación en actividad de los mayores de 60 años es del 25,8%, algo mayor que la de ocupación, al incluir también a los desocupados. Esta tasa desciende con la edad, y mientras entre las personas de 60 a 64 años es del 49%, en el siguiente grupo quinquenal (65 a 69 años) se reduce al 27%, para pasar al 17,5% entre los 70 y 74 años.

Costa Rica. Condición de actividad de las personas de 60 y más años, por sexo. Julio 2007			
	Total	Hombres	Mujeres
Total	416.028	193.641	222.387
Activos	107.476	82.126	25.350
Ocupados	106.071	81.244	24.827
Desocupados	1.405	882	523
Inactivos	308.552	111.515	197.037
Tasa neta de participación	25,8	42,4	11,4
Tasa de ocupación	25,5	42,0	11,2
Tasa de desempleo	1,3	1,1	2,1

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC, julio 2007

Costa Rica. Condición de actividad de las personas de 60 y más años, por sexo. Julio 2007							
Grupos de edad	Número de personas				Tasas		
	Ocupados	Cesantes	Inactivos	Total	De participación	De ocupación	De desempleo
Total 60 y más años	**106.071**	**1.405**	**308.552**	**416.028**	**25,8%**	**25,5%**	**1,3%**
de 60 a 64 años	56.892	1.188	60.562	118.642	49,0%	48,0%	2,0%
de 65 a 69 años	25.455	57	68.948	94.460	27,0%	26,9%	0,2%
de 70 a 74 años	12.170	76	57.536	69.782	17,5%	17,4%	0,6%
de 75 a 79 años	8.040		55.144	63.184	12,7%	12,7%	0,0%
de 80 a 84 años	3.211	84	34.287	37.582	8,8%	8,5%	2,5%
de 85 a 89 años	60		17.458	17.518	0,3%	0,3%	0,0%
de 90 a 94 años	243		11.048	11.291	2,2%	2,2%	0,0%
de 95 a 98 años			3.569	3.569	0,0%	0,0%	

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC, julio 2007

Las tasas de participación en actividad han crecido en 3 puntos porcentuales entre 2000 y 2007, de acuerdo con los datos que proporciona la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, que se realiza en julio de cada año. No obstante, el incremento no ha sido uniforme, y se observan fluctuaciones entre unos años y otros que posiblemente se deban a los márgenes de error de la encuesta.

Costa Rica. Evolución de las tasas de participación en actividad, ocupación y desempleo entre 2000 y 2007 (personas de 60 y más años)									
	Tasa neta de participación			Ocupación			Desempleo		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2000	22,8	40,3	7,2	22,4	39,5	7,1	1,8	1,9	1,3
2001	25,5	44,1	9,6	25,2	43,3	9,5	1,8	2,0	0,9
2002	24,4	41,5	9,4	23,9	40,5	9,3	2,2	2,5	0,9
2003	24,2	40,3	9,9	23,4	38,8	9,7	3,4	3,7	2,6
2004	23,3	40,2	8,3	22,7	39,0	8,2	2,6	3,0	0,8
2005	25,4	42,9	10,2	24,5	41,3	9,8	3,8	3,7	4,1
2006	24,7	41,4	10,6	23,8	39,8	10,2	3,8	3,9	3,6
2007	25,8	42,4	11,4	25,5	42,0	11,2	1,3	1,1	2,1

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC, 2000-2007

Un porcentaje importante (28,1%) de los mayores que están ocupados trabajan en puestos no cualificados. El porcentaje de ocupados en puestos no cualificados es más alto entre las mujeres (39,9%) que entre los varones (24,5%).

También tienen una importante presencia en el trabajo de los mayores de 60 años las ocupaciones cualificadas en el sector de producción artesana, construcción y artes gráficas (15,4%, sin grandes diferencias entre varones y mujeres), las ocupaciones cualificadas en el sector agropecuario (14,8%, con predominio casi

absoluto de los varones) y las ocupaciones en el sector de venta en locales y prestación de servicios personales (12,9%, en esta caso con predominio femenino).

Costa Rica. Población de 60 y más años ocupada por grupo ocupacional, según total, sexo y grupos de edad. Julio 2007										
Total, sexo y grupos de edad	Total	Nivel Directivo Adm.Publi. y empresa privada	Nivel profesional cientifico intelectual	Nivel Técnico y profesional medio	Apoyo adminis-trativo	Venta en locales prest. servicio persona	Agropec. Agrícola Pesquera Califi-cadas	Prod. Art. Construc mecánica art. Graf. calif.	Montaje operación instala-ciones y de maq.	Ocupación no califica-das
Número de personas										
Total	**106.071**	**3.309**	**7.264**	**9.503**	**4.064**	**13.683**	**15.729**	**16.297**	**6.395**	**29.827**
60 - 69	82.347	2.553	5.882	7.761	2.975	11.254	9.721	12.188	5.550	24.463
70 o más	23.724	756	1.382	1.742	1.089	2.429	6.008	4.109	845	5.364
Hombres	**81.244**	**3.127**	**5.622**	**7.330**	**3.021**	**8.851**	**14.927**	**12.623**	**5.819**	**19.924**
60 - 69	61.044	2.371	4.240	5.770	2.408	6.870	8.978	8.949	4.974	16.484
70 o más	20.200	756	1.382	1.560	613	1.981	5.949	3.674	845	3.440
Mujeres	**24.827**	**182**	**1.642**	**2.173**	**1.043**	**4.832**	**802**	**3.674**	**576**	**9.903**
60 - 69	21.303	182	1.642	1.991	567	4.384	743	3.239	576	7.979
70 o más	3.524	-	-	182	476	448	59	435	-	1.924
Porcentajes										
Total	**100,0%**	**3,1%**	**6,8%**	**9,0%**	**3,8%**	**12,9%**	**14,8%**	**15,4%**	**6,0%**	**28,1%**
60 - 69	100,0%	3,1%	7,1%	9,4%	3,6%	13,7%	11,8%	14,8%	6,7%	29,7%
70 o más	100,0%	3,2%	5,8%	7,3%	4,6%	10,2%	25,3%	17,3%	3,6%	22,6%
Hombres	**100,0%**	**3,8%**	**6,9%**	**9,0%**	**3,7%**	**10,9%**	**18,4%**	**15,5%**	**7,2%**	**24,5%**
60 - 69	100,0%	3,9%	6,9%	9,5%	3,9%	11,3%	14,7%	14,7%	8,1%	27,0%
70 o más	100,0%	3,7%	6,8%	7,7%	3,0%	9,8%	29,5%	18,2%	4,2%	17,0%
Mujeres	**100,0%**	**0,7%**	**6,6%**	**8,8%**	**4,2%**	**19,5%**	**3,2%**	**14,8%**	**2,3%**	**39,9%**
60 - 69	100,0%	0,9%	7,7%	9,3%	2,7%	20,6%	3,5%	15,2%	2,7%	37,5%
70 o más	100,0%			5,2%	13,5%	12,7%	1,7%	12,3%		54,6%

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC, julio 2007

Los ingresos promedio de las personas de 60 y más años ocupadas son inferiores que los del grupo de ocupados de entre 25 y 59 años, aunque superan netamente a los de los ocupados menores de 25 años. El mayor ingreso promedio se da entre los ocupados que son patronos (392.425 colones mensuales) y el menor entre los que trabajan por cuenta propia (177.055 colones mensuales).

Costa Rica. Población ocupada con ingreso conocido e ingreso promedio mensual total por categoría ocupacional, según grupo de edad. Julio 2007								
	Total		Patronos		Cuenta propia		Asalariados	
	Personas	Ingresos	Personas	Ingresos	Personas	Ingresos	Personas	Ingresos
Total	**1.796.699**	**260.962**	**129.227**	**553.492**	**326.940**	**190.639**	**1.340.532**	**249.913**
De 12 a 24 años	393.088	156.790	6.403	177.948	31.769	112.376	354.916	160.383
De 25 a 59 años	1.304.251	293.606	107.887	598.532	251.870	202.920	944.494	282.958
De 60 años o más	97.438	246.930	14.640	392.425	43.166	177.055	39.632	269.289
Ignorado	1.922	125.924	297	228.005	135	37.852	1.490	113.556

En un estudio de agosto de 2007, denominado “El Empleo en las Personas de 60 años y más de Costa Rica, 2002-2006”, realizado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, se concluye que en la actualidad las personas de 60 años y más se encuentran mayoritariamente ocupadas, pero lo que hace la diferencia es el tipo de ocupación, pues generalmente son contratadas por empleadores para realizar ocupaciones de baja calificación percibiendo salarios inferiores al mínimo de ley, lo que provoca una desigual distribución del ingreso y un aumento de la pobreza. Además existe una cantidad significativa sin protección por algún régimen de pensión.

En este estudio se señala que las mujeres han logrado insertarse cada vez más en el mercado de trabajo, quizás porque los ingresos recibidos en el hogar, son insuficientes para cubrir sus necesidades, esto sin importar si su remuneración es baja.

Además el estudio sugiere la búsqueda de formas de empleabilidad más acordes a las características de esta población, como podrían ser las cooperativas autogestionarías, que permiten que las personas mayores se convierten en dueños de sus propios negocios.

2.2.4. Ahorro

El ahorro es otra de las fuentes de seguridad económica en la vejez. No se dispone de datos directos sobre la situación patrimonial de las personas mayores en Costa Rica, pero la información disponible sobre propiedad de la vivienda permite afirmar que una amplia mayoría (el 82,3%) de las personas mayores han conseguido ahorrar lo suficiente como para tener vivienda propia totalmente pagada. No se observan diferencias significativas en este porcentaje cuando se controla la edad, el sexo o la zona de residencia.

Costa Rica. Número y porcentaje de personas según grupos de edad, zona de residencia y sexo por tenencia de vivienda. Datos referidos a personas de 60 y más años. 2006

Grupos de edad Sexo Zona	Propia totalmente pagada		Propia pagando a plazos		Alquilada		En precario		Otra		Ignorado		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Total 60 y más años	**327.442**	**82,3**	**18.980**	**4,8**	**22.351**	**5,6**	**4.510**	**1,1**	**24.038**	**6,0**	**403**	**0,1**	**397.724**	**100,0**
Grupo de edad														
60 – 64	93.355	81,3	7.721	6,7	7.300	6,4	1.140	1,0	5.184	4,5	64	0,1	114.764	100,0
65 – 69	76.167	83,9	3.488	3,8	5.411	6,0	933	1,0	4.512	5,0	262	0,3	90.773	100,0
70 – 74	59.974	82,0	3.709	5,1	4.138	5,7	934	1,3	4.270	5,8	77	0,1	73.102	100,0
75 – 79	49.616	82,7	2.162	3,6	2.654	4,4	473	0,8	5.115	8,5			60.020	100,0
80 y más	48.330	81,8	1.900	3,2	2.848	4,8	1.030	1,7	4.957	8,4			59.065	100,0
Sexo														
Hombre	150.592	82,8	8.304	4,6	9.315	5,1	1.941	1,1	11.454	6,3	283	0,2	181.889	100,0
Mujer	176.850	81,9	10.676	4,9	13.036	6,0	2.569	1,2	12.584	5,8	120	0,1	215.835	100,0
Zona de residencia														
Urbano	204.837	82,3	14.967	6,0	16.452	6,6	1.513	0,6	11.109	4,5			248.878	100,0
Rural	122.605	82,4	4.013	2,7	5.899	4,0	2.997	2,0	12.929	8,7	403	0,3	148.846	100,0

FUENTE: Departamento de Estadística. Dirección Actuarial. Elaboración propia con base en la Encuesta de Propósitos Múltiples del INEC 2006.

2.2.5. Situación económica y pobreza

Según el Instituto Nacional de Estadística 9.628 personas mayores declaran no contar con ingresos; el número de adultos mayores en situación de pobreza extrema asciende a 29.876 personas y el número de personas que no satisface sus necesidades básicas es 66.507, estas circunstancias afectan en mayor medida a las mujeres que a los hombres.

Es necesario apuntar que ciertas características de la población adulta mayor restan validez a la comparación entre los índices de pobreza de este grupo con los del resto de la población.

Sus necesidades, y por tanto los gastos en que deben incurrir, son muy distintos a los de otros tramos de edad, y en su mayor parte se asocian a prestaciones de salud, alimentación y pago de servicios, entre otros. Debe tenerse presente el hecho de que la indeterminación de la estructura de gastos de esta población genera una distorsión que puede dificultar la interpretación de los resultados si se la compara con la estructura de gastos del resto de la población.

Para generar un panorama riguroso de la situación económica de la población adulta mayor, es necesario poner en relación sus ingresos con la estructura de sus gastos.

Definiciones:

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas, método de medición de pobreza basado en la carencia de las necesidades materiales básicas.

Sin ingresos: dentro del método de Línea de Pobreza, son aquellos hogares que no tienen fuentes de ingresos económicos.

Pobreza extrema: dentro del método de Línea de Pobreza, son aquellos hogares con un ingreso per cápita que no les permite cubrir sus necesidades básicas "alimentarias" o sea que su ingreso per cápita es igual o inferior al costo per cápita de la Canasta Básica Alimentaria.

No satisface necesidades básicas: dentro del método de Línea de Pobreza, son aquellos hogares con un ingreso per cápita igual o inferior a la línea de pobreza, pero superior al costo per cápita de la Canasta Básica Alimentaria (pobreza no extrema).

No pobre: dentro del método de Línea de Pobreza, son aquellos hogares que tienen un ingreso per cápita que les permite cubrir sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias, o sea, su ingreso per cápita es superior al valor de la Línea de Pobreza.

Ignorado: dentro del método de Línea de Pobreza, son aquellos hogares donde el las fuentes de ingreso (y su equivalencia económica) son desconocidas

Costa Rica. Adultos Mayores con necesidades básicas insatisfechas y bajo la línea de pobreza. Por Género.						
Mayores de 60 años y más	Sin ingresos	Extrema pobreza	No satisface necesidades básicas	No pobre	Ignorado	Total
Masculino	4.607	13.398	30.319	119.365	16.938	184.627
Femenino	5.091	16.478	36.188	137.736	22.352	217.845
Total	**9.698**	**29.876**	**66.507**	**257.101**	**39.290**	**402.472**

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples Julio 2006, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; Diciembre 2006.

Al considerar las situaciones de pobreza según la condición de aseguramiento de los adultos mayores se observa una mayor vulnerabilidad en aquellos que perciben pensiones no contributivas

Costa Rica. Población 65 y mas según condición de aseguramiento Por nivel de pobreza. 2005					
Condición de Aseguramiento	Nivel de pobreza				
	Total	Extrema	No satis. Nec. Bas.	No Pobre	Igno-rado
TOTAL	270.865	39.545	54.251	176.900	169
Asalariado	1.953	129	376	1.448	
Mediante Convenio	1.861	287	489	1.085	
Cuenta Propia	11.228	1.379	1.507	8.342	
Por el Estado	11.583	6.537	5.046	0	
Familiar de Asegurado Directo	35.685	5.112	5.101	25.472	
Régimen No Contributivo Monto Básico	51.508	18.857	15.293	17.358	
Pensionado Régimen IVM de la CCSS	95.077	4.345	18.425	72.307	
Familiar de Pensionado	24.954	2.422	6.994	15.538	
Otras Formas	79			79	
No Asegurado	15.491			15.491	
Régimen No Contributivo de Gracia o Guerra	1.125	82	136	907	
Régimen Magisterio, Poder Judicial, Hacienda	20.321	395	884	18.873	169

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS, con base en los datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC. 2005.
Valoración de la canasta básica en moneda nacional y de la canasta alimentaría.
¢22.797,62 ($US. 43,75) Tc. ¢521 al 18 de julio de 2007
Fuente: INEC

2.3. Vivienda

Uno de los principales objetivos del Censo de Vivienda es la medición de la disponibilidad de servicios básicos, tales como electricidad, agua y servicio sanitario. Los resultados muestran que el 96,7% de las viviendas individuales ocupadas tiene electricidad; el 89,5% tiene servicio sanitario conectado a una alcantarilla pública (cloaca) o a un tanque séptico; el 89,3% consume agua cuya procedencia es de un acueducto y el 97% se abastece de agua por medio de una tubería. En general, se registró un incremento de la disponibilidad de servicios básicos a las viviendas con respecto a la situación registrada en el Censo de 1984. El servicio que más se incrementó fue la tenencia de servicio sanitario conectado a una alcantarilla pública o a un tanque séptico, que pasó de 66,5 por ciento a 89,4 en el año 2000.

Con respecto al tipo de la vivienda entre la población adulta mayor de Costa Rica, prevalece la que corresponde al estilo 'casa'. Del total de 297.781 hogares donde habitan adultos mayores, las 'casas independientes' comprenden el 97,67%. Con respecto a la propiedad de las mismas, en un 78,61% se trata de viviendas propias totalmente pagadas. Las viviendas cedidas o prestadas ocupan el segundo lugar, con un 6,98%; la vivienda en alquiler alcanza el tercer lugar, con un 6,79% y por último, aquellas ocupadas propias, pero que se pagan a plazos, un 6,61%.

Costa Rica- Régimen de tenencia de vivienda de los adultos mayores de 65 años. Según tipo de vivienda						
Costa Rica	Ocupada Propia, totalmente pagada	Ocupada Propia, pagando a plazos	Ocupada Alquilada	Ocupada en precario	Cedida, prestada	Total
Casa independiente	231.236	19.423	18.752	1.663	19.772	290.846
En edificio	1.278	249	1.300	0	187	3.014
Tugurio	1.148	22	105	1.276	581	3.132
Otro	449	4	79	2	255	789
Total	**234.111**	**19.698**	**20.236**	**2.941**	**20.795**	**297.781**

No aplica NSA: 3.693
Fuente: Elaboración propia a partir del IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

Del total de 234.111 viviendas de adultos mayores de 65 años en Costa Rica, el 52,34% corresponden a aquellas cuya propiedad es de una mujer (frente al 47,66% de los hombres). Las viviendas ocupadas propias totalmente pagadas representan el 78,62 del total, el 21,38% restante incluye a las viviendas ocupadas propias pagando a plazos, ocupada alquilada, ocupada en precario, cedida, y prestada.

Costa Rica. Régimen de tenencia de vivienda de los adultos mayores de 65 años. Según sexo			
Personas mayores de 60 años	Masculino	Femenino	Total
Ocupada Propia, totalmente pagada	111.703	122.408	234.111
Ocupada Propia, pagando a plazos	8.656	11.042	19.698
Ocupada Alquilada	9.093	11.143	20.236
Ocupada En precario	1.591	1.350	2.941
Ocupada Otra (Cedida, prestada)	10.897	9.898	20.795
Total	**141.940**	**155.841**	**297.781**

No aplica NSA: 3.693
Fuente: IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

2.4. Formas de convivencia

Estado civil

El 49,68% de la población costarricense de 60 años y más se encuentra casada, un 21,63% declara ser viuda, un 12,17% es soltero y un 7,48% vive en unión libre.

Costa Rica. Estado Conyugal de las Personas Adultas Mayores de 60 años y más		
Estado Conyugal	Valores	
	Absolutos	Porcentuales
Unido(a)	22.562	7,48%
Casado(a)	149.786	49,68%
Separado(a)	17.659	5,86%
Divorciado(a)	9.570	3,17%
Viudo(a)	65.197	21,63%
Soltero(a)	36.700	12,17%
Total	**301.474**	**100,00%**

Fuente: IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

Estructura de los hogares

El 18,55% de los hogares costarricenses se encuentra encabezado por un adulto mayor. Predomina la jefatura masculina: del total de hogares, el 12,45% se encuentra dirigido por un varón de 60 años y más frente al 6,10% que representan las mujeres mayores.

Costa Rica. Estructura de Hogares de Adultos Mayores por género.		
Estructura de Hogares	Valores	
	Absolutos	Porcentuales
Total Jefes Hogares a nivel Nacional	960.098	100,00%
Adultos Mayores Jefes de Hogar (Hombres)	119.556	12,45%
Adultas Mayores Jefas de Hogar (Mujeres)	58.586	6,10%
Totales	**178.142**	**18,55%**

Fuente: Elaboración propia a partir del IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

Los datos sobre el tipo de hogar donde residen los adultos mayores muestran que el 19,83% de los adultos mayores reside en hogares nucleares con hijos, el 18,72% en hogares extensos y un 10,43% en hogares unipersonales. Destacan las diferencias por género: el 27,04% de los varones reside en hogares nucleares con hijos frente al 13,25% de mujeres. El 20,11% de los hombres habita en hogares extensos (conyugal con hijos más otros familiares). El 19,76% de los varones convive en hogares nucleares sin hijos, circunstancia en la que están el 14,31% de las mujeres. Dentro de las situaciones de convivencia de las mujeres mayores sobresalen las siguientes: el 13,04% convive en hogares extensos (nuclear monoparental más otros familiares y un 10,66% habita en hogares monoparentales;

Costa Rica. Hogares Unipersonales, Unigeneracionales y extendido de adultos mayores según Género.						
Tipología de hogar de los Adulto Mayores	Hombres	Mujeres	Total	%	Hombres	Mujeres
Nuclear Conyugal sin Hijos	28.421	22.556	50.977	16,91%	19,76%	14,31%
Nuclear Conyugal con Hijos	38.892	20.890	59.782	19,83%	27,04%	13,25%
Nuclear Monoparental	4.884	16.811	21.695	7,20%	3,40%	10,66%
Extenso = Nuclear(1) + otros familiares	7.134	6.722	13.856	4,60%	4,96%	4,26%
Extenso = Nuclear(2) + otros familiares	28.930	27.498	56.428	18,72%	20,11%	17,44%
Extenso = Nuclear(3) + otros familiares	6.419	20.553	26.972	8,95%	4,46%	13,04%
Extenso = Jefe + otros familiares	5.802	16.425	22.227	7,37%	4,03%	10,42%
Compuesto = Nuclear(1-3) + otros no familiares	2.905	2.174	5.079	1,68%	2,02%	1,38%
Compuesto = Extenso(4-6) + otros no familiares	2.402	2.740	5.142	1,71%	1,67%	1,74%
Compuesto = Jefe + otros fam. + otros no familiares	534	1.009	1.543	0,51%	0,37%	0,64%
Unipersonal	14.413	17.044	31.457	10,43%	10,02%	10,81%
No familiares = jefe + otros no familiares	1.204	1.419	2.623	0,87%	0,84%	0,90%
Hogares Colectivos	1.893	1.800	3.693	1,22%	1,32%	1,14%
Total	**143.833**	**157.641**	**301.474**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Fuente: Elaboración propia a partir del IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000, Instituto Nacional de Estadística y Censos, San José, CR.; INEC; 2001.

De acuerdo con los datos suministrados por el Ministerio de Salud, Dirección Servicios de Salud, Área Adulto Mayor, a junio de 2007, se contabilizan 4.619 adultos mayores institucionalizados en las 143 Organizaciones de Bienestar Social (Hogares, Albergues y Centros Diurnos para Adultos Mayores), de los cuales 2.356 corresponden al sexo femenino frente a 2.263 varones.

Solidaridad intergeneracional

Existe un convenio firmado entre el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y el Ministerio de Educación Pública para el desarrollo del proyecto "*Juntos Formamos un Mundo Mejor*", que pretende mejorar la calidad educativa de los procesos asignados a la formación de actitudes y valores relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, de manera que en la vivencia escolar se incentive el abordaje de esta temática y el intercambio intergeneracional con personas adultas mayores, por medio de experiencias que promuevan un desarrollo con equidad.

2.5. Participación

2.5.1. El asociacionismo de los mayores

La Ley 7935, INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR y la Ley 7600, de IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, incorporan en sus lineamientos actividades relacionadas con asociaciones de personas adultas mayores, así como personas con alguna discapacidad.

La Caja Costarricense de Seguro Social ha fomentado la conformación de grupos autogestionarios, que se constituyen desde la participación en cursos y talleres organizados por esta institución. Se desconoce el número de grupos y de participantes en la actualidad.

Los mayores costarricenses se agrupan en asociaciones culturales, sociedades deportivas y grupos ligados a organizaciones religiosas. Se conoce le existencia de 8 asociaciones culturales, 4 sociedades deportivas y 4 grupos relacionados con organizaciones religiosas, que se relacionan en el cuadro adjunto.

Asociaciones de Adulto Mayores en Costa Rica, por tipo de asociación.		
Asociaciones Culturales	Asociaciones Deportivas	Asociaciones Religiosas
1. Grupo Pastoral de Adultos Mayores de Sagrada Familia 2. Grupo Oro del Colegio de Contadores Privados de Costa Rica 3. Grupo de Adultos Mayores en Movimiento 4. Grupo de Adultos Mayores Cenizas de Vida 5. Grupo de Adultos Mayores Dulce nombre de Jesús 6. Asociación de Estudiantes de Adultos Mayores, Universidad de Costa Rica 7. Asociación La estancia de los años Dorados 8. Asociación Pro-Desarrollo Social, Cultural y Educativo, Damas Voluntarias Los Lagos Heredia	1. Grupo Fortaleza de Naranjo 2. Grupo Alegría de Vivir Cartago 3. Grupo Ciudadano de Oro, Carita Feliz 4. Grupo Adulto Mayor Atardecer. La Fortuna de San Carlos	1. Grupo Adulto Mayor. Dulce Nombre de Jesús 2. Grupo Inmaculado Corazón de María, Pastoral Social Desamparados. 3. Grupo Pastoral Adulto Mayor de Sagrada Familia 4. Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Desamparados

Fuente: Base de datos del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, CONAPAM, 2007.

La Federación Nacional de Jubilados y Pensionados (FENALJUPE) nació en 1984 como una necesidad para ayudar a la población de adultos mayores de nuestro país y con el fin de proporcionarles una mayor calidad de vida. Es una entidad

constituida por diez asociaciones de jubilados y pensionados, de bien social y sin fines de lucro.

La Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO) desarrolla, a través de su Área de Participación y Promoción Social, el Programa de la Red Nacional de Clubes de Personas Mayores, para promover la participación social de las personas mayores de 60 años, integrando acciones organizativas, educativas, recreativas, sociales y de proyección social, que fortalezcan y enriquezcan sus potencialidades y habilidades, buscando con esto su autonomía, la defensa de sus derechos y el ejercicio de la ciudadanía. Por medio de un enfoque de trabajo en red, los clubes de cada localidad se constituyen en una Red Local de Personas Mayores; el conjunto de clubes por región o por especialidad conforma a su vez la Red Regional de Clubes y, el conjunto de Redes Regionales conforman la Red Nacional de Clubes de Personas Mayores. La Red Nacional de Clubes está integrada por 112 clubes para adultos mayores.

AGECO desarrolla también el Programa de Personas Mayores Voluntarias, una estrategia destinada a promover la participación solidaria de las personas mayores de 50 años, a partir del desarrollo de acciones voluntarias en espacios diversos: ambientales, culturales, sociales y de salud, que propicien el desarrollo individual y grupal de sus miembros. Este Programa, representa una colaboración organizada y no remunerada que brindan las personas mayores de 50 años a diferentes grupos, comunidades y/o instituciones, sin discriminación alguna en función de edad, género, grupo étnico, creencias religiosas o políticas y situación socioeconómica. Su objetivo es: "Facilitar espacios para la participación solidaria de las personas mayores de 50 años, por medio del desarrollo de una labor voluntaria, organizada y no remunerada, mediante la cual dediquen parte de su tiempo al servicio de otras personas, grupos e instituciones".

Los programas de Red Nacional de Clubes y Personas Mayores Voluntarias se financian con fondos de Gobierno, CONAPAM y recursos de AGECO. Los Clubes de Personas Mayores utilizan la infraestructura de salones comunales y parroquiales, locales de Centros de Salud y las instalaciones de AGECO y del ICODER en San José. Algunos tienen salón propio. Para el uso de los salones comunales, parroquiales o propios, se recolecta una contribución para el mantenimiento del mismo. Los otros espacios son gratuitos. En general, los locales disponen de sillas, mesas, pizarras, zona de cocina, artefactos eléctricos y utensilios de cocina. Los grupos de voluntariado utilizan las instalaciones de los lugares donde brindan el servicio y las de AGECO.

Aunque en Costa Rica no se interponen obstáculos a la participación social de los ciudadanos, la Asociación Gerontológico Costarricense manifiesta algunas limitaciones y consecuencias en torna a la participación de los adultos mayores.

Limitaciones:

- Discriminación y abuso hacia las personas mayores por su edad y su sexo.
- Bajos niveles educativos y brechas existentes en el uso de las tecnologías.
- Ausencia de información y consulta a este grupo poblacional.
- Características y condiciones especiales de las personas mayores con respecto a salud, educación, manutención.
- Limitadas ofertas de participación en zonas rurales.
- Débiles redes de apoyo informal
- Barreras arquitectónicas que limitan la movilidad en ciertos lugares.
- Mitos y estereotipos existentes hacia las personas mayores.

Consecuencias:

- Dificultad para motivar la participación.
- Personas mayores desinformadas, pasivas, que no defienden sus derechos.
- Ausencia de sentido de grupo.
- Subvaloración de la capacidad, experiencia y sabiduría de las personas.

En Costa Rica existen instancias donde los adultos mayores participan en la definición de políticas y programas tanto a nivel de instituciones publicas como privadas, así como organizaciones no gubernamentales (ONG's) y como ejemplos de ello se pueden citar:

- Caja Costarricense de Seguro Social
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
- Juntas Directivas de instituciones públicas y privadas
- Juntas de Salud
- Junta Rectora CONAPAM
- Consejo de Notables CONAPAM

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el art.18 de la Sesión 7825, celebrada el 15 de enero del 2004, acordó aprobar el Reglamento de las Juntas de Salud, que define en el capítulo I Disposiciones Preliminares, art.3, el concepto de Juntas de salud y se establece que serán entes auxiliares que fiscalicen el desempeño administrativo y financiero de la atención sanitaria costarricense, al tiempo que promueve la participación ciudadana en el sector salud.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, es dirigido por una Junta Rectora y tres de sus miembros son Adultos Mayores, a saber: el Presidente de la República, el Ministro de Trabajo y Seguridad Social y el Representante de las asociaciones de pensionados.

En lo referente a la participación de las personas mayores, en los grupos que integran definen lo referente a las actividades de sus clubes y a las actividades autogestionarias que realizan las redes. Asimismo participan en la evaluación de las actividades programadas desde la Asociación.

2.5.2. Estudios sobre la participación de los mayores y sus organizaciones

La participación social de las personas adultas mayores en Costa Rica
Zaida Esquivel Murillo, 2007

Resumen de los principales resultados

- El tiempo promedio funcional de los grupos es de 17 años.
- Se trata de grupos consolidados y estables y en su mayoría promovidos por la Sociedad Civil entre las cuales destaca AGECO
- Las motivaciones que persiguen son: mejoramiento de la autoestima, aprendizaje, recreación, compañía, actividad física.

- El apoyo institucional para el funcionamiento de los grupos proviene generalmente del sector no gubernamental y en su mayoría son autofinanciados.
- Manifiestan altos niveles de satisfacción en cuanto a su funcionamiento y en cuanto a los beneficios se detectaron resultados relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida, redes de apoyo de amigas, con la reducción del aislamiento social.

El enfoque de derechos desde las ONG que trabajan con personas adultas mayores en Costa Rica.
Bernardita Araya Salas y Maria Esther Jiménez Días, 2005

Resumen de los principales resultados

- Las Organizaciones No Gubernamentales se identifican como un medio para ofrecer opciones acordes a las necesidades de las personas adultas mayores. Existen diversos elementos, que han asociado y permiten asociar a estos entes como opciones alternas a la intervención estatal, puesto generalmente sus respuestas son más concretas o de mayor magnitud, en la satisfacción de necesidades y/o promoción de los derechos de las personas.
- El Enfoque de Derechos es relativamente nuevo y se constituye en alternativa de trabajo para la atención de las personas adultas mayores en Costa Rica
- Existe la limitación en la aplicabilidad del Enfoque de Derechos en las ONG hacia la población adulta mayor, principalmente en lo que respecta a "trabas económicas" para accesar a algunos derechos, como la recreación.
- Trabajo Social, es una disciplina que por su formación teórica, práctica y metodológica se constituye en un elemento práctico, pertinente e incluso necesario, para y en la aplicación del ED desde cualquier ámbito y población.

El programa Clubes de AGECO: por la calidad de vida de las personas mayores.
Isela Corrales Mejía y Laura Wong Méndez, 2003

Resumen de los principales resultados

- Las personas mayores satisfacen un conjunto de necesidades con su participación en los clubes: participación, ocio, afecto, creación e identidad, pues encuentran respuestas a las motivaciones que tuvieron al ingresar.
- La calidad de vida de las personas mayores participantes ha cambiado positivamente desde su integración al grupo.
- La mayoría de las personas mayores informantes, además de cumplir las expectativas que tenían al ingresar al club, han encontrado otras satisfacciones que no esperaban.
- El Programa de Clubes de Personas Mayores ha contribuido al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores participantes, mediante la creación y seguimiento de los grupos como espacio para expresión y organización de los y las participantes.

Valoraciones y opiniones sobre la vejez

El Consejo Nacional del la Persona Adulta Mayor llevó a cabo una encuesta entre esta población, de la cual derivan valoraciones y opiniones respecto a la vejez como las siguientes:

¿Qué significa ser una persona adulta mayor?

Valoraciones favorables	Valoraciones desfavorables
"Algo para darle gracias a Dios, es un privilegio llegar a esta edad"	"Algo que no se puede evitar, desgraciadamente todos tenemos que llegar a viejos, si no nos morimos antes. Pero es una situación muy difícil"
"Me siento muy contenta porque ahora tengo más libertad, más tiempo; ya no tengo que preocuparme por los hijos"	"Ya uno no tiene libertad, por ejemplo, hay que dejar todos los vicios, si uno quiere tomarse un trago o fumar no puede, hay que pedir permiso para todo"
"Significa realización, porque uno ha hecho muchas cosas en la vida, ha trabajado mucho, ha criado hijos, y por eso se siente satisfecho"	"Tenemos más experiencia, pero no estamos contentos porque no podemos trabajar, ni hacer las cosas que hacíamos antes"
"Es un tiempo de espera, de preparación, que Dios le concede a uno, para reflexionar, y para vivir con más tranquilidad que antes, es una bendición"	"Significa pasar el tiempo, mientras tanto llega la muerte. La persona mayor siempre está pensando que tal vez ya no llega a mañana"
"Es una etapa muy linda. Yo no me siento mal, porque no he recibido groserías de la gente, de la familia, por ejemplo, como otros"	"Ya uno viejito no puede hacer muchas cosas, lo que hace es estorbar. Hay que pedir ayuda para todo"
"Significa tener muchos beneficios, cosas especiales que nos dan por el hecho de ser mayores"	"Significa muchos problemas, la salud se deteriora. Yo a veces sólo me siento bien cuando estoy aquí (se refiere al centro diurno)"

Fuente: Elaboración propia a partir del resultado de la consulta a la población adulta mayor (CONAPAM, Enero 2006).

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de los derechos de los Adultos Mayores

3.1.1. Derechos Constitucionales

La Constitución Política de la República de Costa Rica hace referencia a los adultos mayores en el TITULO V: DERECHOS Y GARANTÍAS SOCIALES. Capítulo Único:

ARTÍCULO 51.- *La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección del Estado. Igualmente tendrán derecho a esa protección la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido*.

Leyes específicas

Ley 7935: Ley Integral para la persona Adulta Mayor, Octubre 1999.

Artículo 3º—Derechos para mejorar la calidad de vida. Toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan:
a) El acceso a la educación, en cualquiera de sus niveles, y a la preparación adecuada para la jubilación.
b) La participación en actividades recreativas, culturales y deportivas promovidas por las organizaciones, las asociaciones, las municipalidades y el Estado.
c) La vivienda digna, apta para sus necesidades, y que le garantice habitar en entornos seguros y adaptables.
d) El acceso al crédito que otorgan las entidades financieras públicas y privadas.
e) El acceso a un hogar sustituto u otras alternativas de atención, con el fin de que se vele por sus derechos e intereses, si se encuentra en riesgo social.
f) La atención hospitalaria inmediata, de emergencia, preventiva, clínica y de rehabilitación.
g) La pensión concedida oportunamente, que le ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales, haya contribuido o no a un régimen de pensiones.
h) La asistencia social, en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
i) La participación en el proceso productivo del país, de acuerdo con sus posibilidades, capacidades, condición, vocación y deseos.
j) La protección jurídica y psicosocial a las personas adultas mayores afectadas por la violencia física, sexual, psicológica y patrimonial.
k) El trato preferencial cuando efectúe gestiones administrativas en las entidades públicas y privadas.
l) La unión con otros miembros de su grupo etario, en la búsqueda de soluciones para sus problemas.

Artículo 4º—Derechos laborales. Las personas adultas mayores disfrutarán de los siguientes derechos laborales:
a) Ser seleccionadas para ocupar cualquier puesto, siempre que sus calidades y capacidades las califiquen para desempeñarlo. No podrán ser discriminadas por razón de su edad.

b) Contar con los horarios laborales y los planes vacacionales adecuados a sus necesidades, siempre que tal adecuación no perjudique la buena marcha de la entidad empleadora.
c) Disfrutar de los mismos derechos que los otros trabajadores. No serán explotadas física, mental ni económicamente.

Artículo 5º—Derechos de residentes o usuarios en establecimientos privados. Además de los derechos establecidos en el artículo 6, toda persona adulta mayor que resida permanente o transitoriamente en un hogar, centro diurno, albergue u otra modalidad de atención, tiene los siguientes derechos:
a) Relacionarse afectivamente con sus familiares u otras personas con las que desee compartir, asimismo, recibir sus visitas dentro de los horarios adecuados.
b) Recibir información previa de todos los servicios que presta dicho establecimiento y del costo de estos.
c) Ser informada respecto de su condición de salud y la participación del tratamiento que requiere.
d) Oponerse a recibir tratamiento médico experimental y con exceso de medicamentos (polifarmacia).
e) No ser trasladada ni removida del establecimiento sin haberlo consentido, excepto si se le informa, por escrito y con un mínimo de treinta días de anticipación, de que se le va a dar de alta o de la existencia de otras razones para el traslado o la remoción. En ambos casos, las razones del traslado deben quedar fundamentadas en el expediente que, obligatoriamente, deben tener de cada residente o usuario.
f) No ser aislada, excepto por causas terapéuticas, para evitar que se dañe a sí misma o perjudique a otras personas. Si se requiriere el aislamiento, deberá ser respaldado por una orden extendida por un equipo profesional competente. La condición de aislamiento deberá revisarse periódicamente. Dicha revisión se hará constar en los expedientes clínicos.
g) Administrar sus propias finanzas o elegir a una persona para que se las administre y recibir informes trimestrales del responsable de manejarlas. Cuando resida en forma permanente en un hogar o albergue, deberá contribuir con el costo de su estancia hasta con un máximo del noventa por ciento (90%) de su ingreso por concepto de pensión mensual.
h) Gozar de privacidad durante las visitas de su cónyuge o compañero. Cuando ambos cónyuges o compañeros sean residentes, deberá suministrárseles un dormitorio común, siempre que las facilidades del establecimiento lo permitan.
i) Circular libremente tanto dentro del establecimiento como fuera de él, siempre que las condiciones físicas y mentales se lo permitan.

Decreto Nº 32062-MP-S (2004). 1º de Octubre: "Día de la Persona Adulta Mayor"

Nº 32062-MP-S
EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
LA MINISTRA DE LA PRESIDENCIA
Y EL MINISTRO DE SALUD

DECRETAN:

Artículo 1º—Declárese: El 1º de octubre de cada año, como "Día de la Persona Adulta Mayor", en homenaje a la Persona Adulta Mayor, para que sea celebrado en todos los lugares públicos y privados, mediante la promoción de encuentros entre

generaciones que estimulen las cercanías entre las personas de la población joven y las personas de la población adulta mayor.

Artículo 2º—Corresponde al Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y las Municipalidades en forma conjunta la realización de actividades para celebrar dicha fecha.

Artículo 3º—Rige a partir de su publicación.

Decreto Nº 33158-MP (2006). 15 de Junio: "Día Nacional contra el abuso, maltrato, marginación y negligencia contra las personas adultas mayores".

Publicado en el Diario Oficial La Gaceta Nº 103, del 30 de Mayo de 2006

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
Y EL MINISTRO DE LA PRESIDENCIA

En uso de las facultades que les confieren los artículos 140, inciso 20), y 146 de la Constitución Política; 28 de la Ley Nº 6227 del 2 de mayo de 1978, Ley General de la Administración Pública; 1, 3, 17, 32, de la Ley Nº 7935 del 25 de octubre del 1999, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, publicada en el Alcance Nº 88 a La Gaceta Nº 221 del 15 de noviembre de 1999.

Decretan:

Artículo 1º—Declárese: El 15 de junio de cada año, como "Día Nacional contra el Abuso, Maltrato, Marginación y Negligencia contra las Personas Adultas Mayores", con el fin de apoyar todas las actividades que se realicen para eliminar el flagelo contra este grupo de la población, para que sea celebrado en todos los lugares públicos y privados, mediante la promoción de encuentros entre generaciones que estimulen el respeto y consideración a las personas adultas mayores.

Artículo 2º—Corresponde al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) apoyar, dentro de sus límites, la realización de actividades para celebrar dicha fecha.

Artículo 3º—Rige a partir de su publicación.

Decreto Nº 33131-MP (2006). 31 de Mayo. **Premio Diego Fernando Trejos Corrales** por el Mejoramiento de la Calidad de Vida de las personas adultas mayores

Decreto Ejecutivo Nº 33131-MP
EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
Y LA MINISTRA DE LA PRESIDENCIA

Con fundamento en los artículos 140 inciso 18) de la Constitución Política y 25 inciso 1) de la Ley General de la Administración Pública.

DECRETAN

El siguiente Reglamento para la Creación del "Premio Dr. Diego Fernando Trejos Corrales por el Mejoramiento de la Calidad de Vida de la Población Adulta Mayor".

TÍTULO I
DISPOSICIONES PRELIMINARES
CAPITULO UNICO

Artículo 1: Créase el Premio Dr. Diego Fernando Trejos Corrales por el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor, con el fin de reconocer los aportes que realizan tanto personas físicas, instituciones públicas y organizaciones privadas, para el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor de Costa Rica, el cual será otorgado cada año por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) a criterio de un jurado, quien tendrá potestad de declararlo desierto si es el caso.

Artículo 2: Para los efectos de este Reglamento y del Concurso, se entiende por calidad de vida de la población adulta mayor las condiciones favorables en salud, aptitudes funcionales, recursos económicos, relaciones sociales, actividad, servicios sociales y de salud, calidad en casa y en el contexto próximo, satisfacción de vida, y oportunidades culturales y educacionales.

Artículo 3: El reconocimiento de los aportes al mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor que realicen los postulantes se efectuará a partir de las siguientes áreas básicas:

a) Seguridad Social y Vivienda
b) Participación Social
c) Espacios de Convivencia
d) Educación e Información
e) Promoción y Atención de la Salud
f) Recreación y esparcimiento.

Artículo 4: Serán acreedores a este premio, en tres categorías, eligiéndose un ganador o varios, ya sea en forma individual o compartida de cada una de ellas, las cuáles son:

g) Persona física
h) Institución pública
i) Organización privada

3.1.2. Leyes sectoriales

Ley de Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos 7972, 22 de diciembre de 1999

La Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, en el capítulo II de la presente Ley, decreta la creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y fármaco dependientes, apoyo a las labores de la Cruz Roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución.

En el Artículo 14 y 15, se estipula el modo en que se realizará la entrega y distribución de los recursos recaudados en virtud de los impuestos establecidos y

modificados en la ley, especificando que los mismos serán asignados al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, para la operación y el mantenimiento con miras a mejorar la calidad de atención de los hogares, albergues y centros diurnos de atención de ancianos, públicos o privados, para financiar programas de atención, rehabilitación o tratamiento de personas adultas mayores en estado de necesidad o indigencia, así como para financiar programas de organización, promoción, educación y capacitación que potencien las capacidades del adulto mayor, mejoren su calidad de vida y estimulen su permanencia en la familia y su comunidad. Estos programas podrán ser ejecutados por entidades o instituciones públicas o privadas.

Ley 7936, Reforma el artículo 33 de la Ley Reguladora del Transporte Remunerado de Personas en Vehículos Automotores 3503, del 10 de mayo de 1965.

Entre otras concesiones, establece en el Artículo 33(b), que:

"Las personas mayores de 65 años viajarán sin costo alguno en los desplazamientos que no excedan de 25 kilómetros. En los desplazamientos mayores de 25 kilómetros y menores de 50 kilómetros, pagarán el cincuenta por ciento (50%) del pasaje; en los desplazamientos mayores de 50 kilómetros, pagarán el setenta y cinco por ciento (75%) del pasaje.

Para tal efecto, los adultos mayores de 65 años deberán presentar su cédula de identidad y el carné de ciudadano de oro, el cual será extendido por la Caja Costarricense de Seguro Social."

Para tal efecto, los adultos mayores de 65 años deberán presentar su cédula de identidad.

En caso de permisos, la tarifa podrá fijarse por pasajero, pasaje completo, tiempo o distancia recorrida."

Ley 8500

REFORMA DE LOS ARTÍCULOS 8, 11 Y 35 DE LA LEY INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR, N.º 7935, Y DEROGACIÓN DE SU ARTÍCULO 10

ARTÍCULO 1.- Refórmense el artículo 8, el primer párrafo del artículo 11 y el inciso h) del artículo 35 de la Ley integral para la persona adulta mayor, N.º 7935, de 25 de octubre de 1999, y sus reformas. Los textos dirán:

"Artículo 8.- Beneficiarios Los beneficiarios directos de esta Ley serán las personas adultas mayores, quienes probarán su derecho a disfrutar de sus beneficios, mediante la presentación de su cédula de identidad, la cédula de residencia o el pasaporte correspondiente; esto último en caso de que sean extranjeras."

"Artículo 11.- Beneficios Toda persona adulta mayor, mediante la presentación de su cédula de identidad, en caso de ser costarricense o, de ser extranjera, cédula de residencia o pasaporte, gozará de los beneficios que el órgano rector negociará con el sector público, los concesionarios públicos o las empresas privadas.

"Artículo 35.- Funciones Serán funciones del Consejo:

h) Llevar un registro actualizado de las personas, físicas y jurídicas, acreditadas por el Ministerio de Salud para brindar servicios a las personas adultas mayores.

ARTÍCULO 2.- Deróguese el artículo 10 de la Ley integral para la persona adulta mayor, Nº 7935, de 25 de octubre de 1999, y sus reformas.
Rige a partir de su publicación.

Por otra parte, en la **Ley de penalización de la mujer (8589)**, se contempla lo siguiente:

TÍTULO I
PARTE GENERAL
CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Articulo 8.- Circunstancias agravantes generales del delito

Serán circunstancias agravantes generales de las conductas punibles descritas en esta Ley, con excepción del delito de femicidio, y siempre que no sean constitutivas del tipo, perpetrar el hecho:

a) Contra una mujer que presente una discapacidad sensorial, física o mental, total o parcial, temporal o permanente.
b) Contra una mujer mayor de sesenta y cinco años de edad.
c) Contra una mujer en estado de embarazo o durante los tres meses posteriores al parto.
d) En presencia de los hijos o las hijas menores de edad de la víctima o del autor del delito.
e) Con el concurso de otras personas, con fuerza sobre las cosas o mediante el uso de armas.
f) Con alevosía o ensañamiento.
g) Por precio, recompensa, promesa remuneratoria o ventaja de cualquier otra naturaleza.
h) Con el uso de un alto grado de conocimiento científico, profesional o tecnológico del autor en la comisión del delito.
i) Con el uso de animales.

El juez que imponga la pena aumentará hasta en un tercio la señalada por el delito correspondiente, cuando concurran una o varias circunstancias agravantes.

3.1.3. Convenios o tratados internacionales

Proyectos de Ley Marco sobre Promoción Integral de los Adultos Mayores aprobado en la VIII Reunión de la Comisión la Salud del parlamento Latinoamericano de junio 1996, destinado a crear en los países miembros un ordenamiento jurídico general de promoción de los adultos mayores .

Declaración de Caracas, sobre la Promoción Integral del Adulto Mayor 1997. En esta se solicitó a los jefes de estado y de Gobierno de América Latina que propusieran la inclusión del tema del adultos mayor en la Cumbre Iberoamericana de 1998.

Resolución “Por un Envejecimiento Saludable” adoptada en la Conferencia Iberoamericana de Parlamentarios en Salud, patrocinada por el Parlamento

Latinoamericano, en esta se hace un diagnóstico del proceso de envejecimiento poblacional de la región latinoamericana y se formulan recomendaciones concretas sobre diferentes problemas de esta población. La resolución también solicita a la Comisión de Derechos Humanos del Parlatino el estudio de la Problemática de los Adultos Mayores.

Otros Instrumentos Jurídicos Multilaterales que contemplan de manera específica a los Adultos Mayores y que fueron considerados por la Sala Constitucional para emitir un Voto que favoreció a la población adulta mayor en Costa Rica, es la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Ciudadano art. 21.5 que establece el derecho de toda persona a los Seguros ENCASO de vejez, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre artículo XVII, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos, Protocolo de San Salvador artículo 17, El Plan de Acción Intencional de Viena sobre el Envejecimiento, adoptado por la Asamblea Mundial sobre El Envejecimiento en 1983, las Resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 40/30 de 1985 y 44/76 de 1989 y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

3.2. Políticas, planes y programas

En Costa Rica no existe una política integral para adultos mayores, pero se cuenta con un conjunto de políticas sectoriales contempladas en los planes operativos de las distintas instituciones.

PRIORIDADES GENERALES

a) Protección económica para las personas en extrema pobreza y prestaciones sociales para mejorar su calidad de vida.
b) Protección a las personas adultas mayores contra maltrato, abuso y negligencia.
c) Participación Social
d) Promoción de derechos

3.2.1. Ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores

Seguridad Económica

Se cuenta con diferentes regímenes de pensiones y también con las pensiones No Contributivas para personas en pobreza extrema.

En Costa Rica, no se regula el trabajo de las personas mayores, en el sentido de que el retiro es voluntario siempre y cuando se cumpla con las condiciones de cada régimen.

En el ámbito fiscal no se aplica ningún tipo de beneficio

En el régimen de Invalidez Vejez y Muerte, los adultos mayores tienen acceso al crédito, el Instituto Nacional de Seguros ofrece una póliza para respaldar al acreedor

Servicios sociales

Con respecto a las prestaciones de los servicios sociales, están a cargo de diferentes organizaciones públicas y privadas, de carácter especializado, como por ejemplo:

- Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO): Cuota Voluntaria
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): Gratuita y universal
- Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS): Gratuito para población en condición de pobreza o pobreza extrema.
- Junta de Protección Social de San José (JPSSJ): Ayudas técnicas para atención de institucionalizados.

El siguiente cuadro destaca a los programas y acciones de las organizaciones.

Instituciones, programas y actividades de las Organizaciones Costarricenses, que apoyan al Adulto Mayor		
Institución	Programas o Servicios	Acciones
AGECO	Clubes	Promociona e integra clubes por todo el país, donde los mayores se reúnen y hacen actividades con personas de edades e intereses semejantes para propiciar su vida social en la comunidad que les ha sido familiar. Organiza: clubes comunales, clubes especializados y clubes de actividad física.
	Voluntariado de personas mayores	Son grupos de personas mayores que ofrecen su servicio voluntario en instituciones e bienestar social y cultural. Ej: Guías voluntarios en museos.
	Cursos y talleres	Se imparte capacitación dirigida al público en general sobre diferentes temas relacionados con el envejecimiento por medio de cursos, charlas y talleres.
	Comunicación	Mantiene envío permanente de información a los diferentes medios de comunicación, ofreciendo mensajes educativos y divulgativos sobre envejecimiento y vejez
Caja Costarricense de Seguro Social (Dirección de Prestaciones Sociales)	Programa Ciudadano de Oro	Convenios: Con instituciones privadas, públicas, hospitales y áreas de salud en atención Preferencial. También de descuentos comerciales y de turismo social. Cursos anuales de actividad física, talleres trimestrales en Manualidades, Baile, Musicoterapia, Hidroponía y Yoga. Charlas a adultos mayores, transportistas y población escolar. Tarjeta de identificación como Ciudadano de Oro y entrega de tiquetes para el Transporte público gratuito o con descuento. Actividades Socio recreativas a nivel nacional (Se aclara que también la Gerencia Administrativa desarrolla Juegos Dorados para personas mayores)
	Programa Desarrollo de la Población Adulta Mayor	Capacitación a los adultos mayores mediante cursos que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida.
		Preparación para la jubilación: informa, asesora, educa y orienta a las personas que se encuentran en la etapa previa a la jubilación y a los funcionarios de las Oficinas de Recursos Humanos de Instituciones Públicas y Privadas.
		Cursos de Formación Complementaria a adultos mayores en coordinación con estudiantes universitarios.
		Promoción de Grupos de Voluntariado que apoyen labores administrativas en la Caja y capaciten a escolares en Salud Bucodental. (se aclara que en todos los hospitales de la Caja funcionan grupos organizados de voluntariado)
	Programa de Estancias y Ayudas Sociales	Capacitación mediante cursos a personas cuidadoras de Adultos Mayores en condición de dependencia en su domicilio (Cuidadores con Corazón de Oro). Talleres de atención Integral a población en condición de viudez. Capacitación a funcionarios de la Institución en la detección de abuso y maltrato de la población adulta mayor, mediante video conferencias y sesiones presenciales.
		Comunicación: se divulgan los beneficios de los programas por los diferentes medios de comunicación. Además se brinda material impreso y audiovisual para apoyo de campañas educativas y de los programas de capacitación.

Consejo Nacional para la persona Adulta Mayor (CONAPAM)	Programa Construyendo Lazos de Solidaridad	Definición de un perfil de persona adulta mayor, victima de abuso y maltrato, así como la valoración de hogares de ancianos que podrían dar respuesta a las necesidades de atención de estas personas en forma temporal.
		Proyecto piloto de nutrición para personas adultas mayores de escasos recursos o en riesgo social.
	Programa envejeciendo con calidad	Coordinación del Sistema Nacional Técnico para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (SINATEC), para la consecución de la Política Nacional para la atención de las personas adultas mayores.
		Implementación del proyecto "Juntos Formamos un Mundo Mejor" para la divulgación de la ley 7935 en las escuelas.
		Se están elaborando contactos con radio emisoras y televisoras, así como el tiraje de una revista conocida como: "Nosotros los Mayores"
FECRUNAPA	Capacitación	Capacita a sus afiliados en temas sociales, psicológicos, en nutrición, salud y recreación, así como aspectos contables y legales

Fuente: Base de Datos del Ministerio de Salud, OPS, OMS y CONAPAM, 2004. Reformado por la Caja Costarricense de Seguro Social 2008.

Salud

Política Nacional de Salud

La Política Nacional de Salud 2002-2006 incorpora en el Capítulo III (Políticas Nacionales de Salud) un área de Intervención para las Personas Adultas Mayores, cuyo objetivo es la defensa y cumplimiento efectivo de los derechos de la persona adulta mayor para contar con servicios de atención integral en salud, desde una perspectiva de equidad y género.

Las estrategias para cumplir ese objetivo son las siguientes:

- Fomento de acciones orientadas a la prestación de servicios integrales en salud a las personas adultas mayores con equidad y enfoque de género enfatizando los estilos de vida saludables.

- Promoción de modelos de atención para mejorar el desempeño funcional de las personas adultas mayores de escasos recursos institucionalizada y no institucionalizada

- Fortalecimiento de acciones para el adulto mayor más vulnerable por factores de riesgo como edad avanzada, malnutrición, discapacidad, pobreza o abandono social.

Política Nacional de Alimentación y Nutrición

La Política Nacional de Alimentación y Nutrición 2006-2010 incorpora la Política Nº 5 "Defensa y cumplimiento efectivo del derecho a una alimentación saludable y digna, desde una perspectiva de equidad en los adultos mayores", dirigida al fortalecimiento de la nutrición preventiva hacia la erradicación de la desnutrición infantil en familias pobres y la prevención y control de la obesidad, una urgencia de salud pública.

Las estrategias en las que se basa esta política son las siguientes:

- Fortalecimiento de acciones orientadas al desarrollo e implementación del Programa Nacional de Atención Integral en Alimentación y Nutrición para el Adulto Mayor.

- Promoción de planes y proyectos para mejorar la alimentación y nutrición del adulto mayor, en los Consejos Cantorales de Seguridad Alimentaria Nutricional

- Investigación operacional y transferencia tecnológica de alimentos especiales para adultos mayores, en coordinación con la empresa privada, Universidad de Costa Rica y Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Servicios para la atención de la salud

En cuanto a salud, se debe señalar que una de las características del Seguro de Salud que administra la Caja Costarricense de Seguro Social es su universalidad bajo las distintas formas de aseguramiento. Los servicios de salud se brindan en tres niveles de atención: Primario en áreas de salud o sectores. El segundo nivel en hospitales periféricos y regionales y el tercer nivel en hospitales nacionales y especializados como el Blanco Cervantes.

Institución	Programas o servicios	Acciones
Hospital Blanco Cervantes de la Caja Costarricense de Seguro Social	Servicios asistenciales	Atención ambulatoria: brindada consulta a pacientes no internados en las siguientes modalidades de atención. Consulta Externa: mediante citas programadas se brinda atención, para la detección, control, curación y seguimiento de problemas médicos. Hospital de día: ofrece asistencia tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios, se les brinda atención de geriatría, enfermería, además de terapia recreativa, de apoyo psicológico, mediante coordinación con otros servicios se realiza valoración social y terapia física. Unidad de Cuidados Comunitarios: brinda atención en el hogar a ancianos de alto riesgo que por su condición les es sumamente difícil trasladarse a los centros de atención. Hospitalización: se categorizar los pacientes internados según su condición y problemas detectados en: Unidad de Agudos y Unidad de Cuidados Intermedios. Unidad de Estancia Media. Unidad de Diagnóstico y tratamiento. CEINAA (Comisión de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado) que tiene sus orígenes en la Ley de Violencia Doméstica.
	Docencia	El Hospital concentra la formación del Postgrado de Geriatría y Gerontología; además la rotación en Geriatría y Gerontología en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Desarrolla programas de capacitación a familias y cuidadores de adultos mayores. Promueve y participa en investigaciones relacionadas con la problemática de las personas mayores.
	Proyección a la comunidad	Cuenta con los programas Escuela de Oro y Movámonos los Mayores que sirven para prevenir y promocionar los estilos de vida saludable, así como capacitación a familiares y cuidadores en cuidados básicos de los adultos mayores.
Min. Salud	Dirección de Servicios de	Realizada la acreditación y habilitación de establecimientos que prestan atención al adulto mayor.

Institución	Programas o servicios	Acciones
	Salud	Se encarga de la coordinación interinstitucional para lograr el mejoramiento y la garantía de calidad de los establecimientos que prestan atención al adulto mayor.
	Dirección de Desarrollo de la Salud	Efectúa actividades tendientes a mejorar los hábitos alimentarios de las personas mayores, así como la promoción de actividad física.

Costa Rica no cuenta con un Plan Gerontológico de Salud. El CONAPAM elaboró el Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006 – 2012, e incorporó una línea estratégica denominada Salud integral.

Existe un instrumento de valoración básica integral de la persona adulta mayor con su instructiva que se realiza en el primer nivel de atención en salud y que tiene como objetivo detectar las principales situaciones de riesgo de la persona adulta mayor. Además existen Guías de Atención a las personas con su componente de adulto mayor. Estos instrumentos están actualmente en proceso de actualización.

Esta en proceso de construcción la Guía de Síndromes geriátricos para la red de servicios de atención en salud, donde se abordan los principales problemas geriátricos de la persona adulta mayor con desglose de intervenciones por nivel según complejidad. Esta programado tenerla lista a fines del primer semestre de 2008, para capacitar al personal de salud durante el segundo semestre de 2008 e implementarla a partir de 2009. En otras Guías institucionales como las de diabetes, dislipidemias e hipertensión arterial está incorporado el componente especifico de adulto mayor, que también se incorporará próximamente en otras guías en las que así se requiera (depresión, atención de las víctimas de violencia, etc.).

Las instituciones públicas y privadas, organizaciones, asociaciones y federaciones que desarrollan programas dirigidos a la población adulta mayor, incorporan diversas actividades con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Entre las que se pueden mencionar:

- Ferias de Salud e integrales de la población adulta mayor.
- Campañas de educación e información.
- Elaboración y distribución de material escrito.
- Clínicas de Crónicos (Diabetes, Hipertensión, Obesidad, Enfermedades Terminales).
- Formación de Grupos de adultos mayores en áreas de salud.
- Visita domiciliar por los asistentes de atención primaria y equipos interdisciplinarios en el primer nivel de atención.
- Los Juegos Dorados (una vez al año).
- Acceso a servicios de salud en los tres niveles de atención (CCSS).
- Campañas de vacunación en la población adulta mayor (Hemophilus Influenzae, Toxoide Tetánico).
- Campañas de educación para erradicar el Dengue.
- Campañas de educación vial, previniendo accidentes de tránsito.
- Campañas contra el fumado y el consumo de drogas (Tabaco, alcohol, drogas).

Existen actividades y campañas para prevenir y detectar tempranamente problemas de salud en las mujeres mayores, que están incluidas en el Programa de Atención Integral a Mujer, de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Vivienda y Transporte

Costa Rica ofrece un bono de vivienda para adulto mayor en estado de pobreza, art. 26 de la ley 7935

El artículo Nº 59 de la Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, (Bonos de Vivienda para personas adultas mayores solas), indica que "…*Igual derecho tendrán quienes, por su condición de adultos mayores, no puedan realizar labores que les permitan el sustento o no posean núcleo familiar que pueda brindárselo. En este caso, también se aplicarán las regulaciones relativas al salario mínimo, así como al monto y las condiciones del bono establecidas en el párrafo anterior. La calificación de estos beneficiarios le corresponderá al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)…*".

Transporte Público: Exoneración parcial o total de acuerdo a la distancia art.33 de la 7936 y asientos preferenciales art.13 de la 7935.

La Ley Nº 3503, Ley Reguladora del transporte remunerado de personas en vehículos automotores establece en su artículo Nº 33 que: *"...Las personas mayores de 65 años viajarán sin costo alguno en los desplazamientos que no excedan de 25 kilómetros. En los desplazamientos mayores de 25 kilómetros y menores de 50 kilómetros, pagarán el cincuenta por ciento (50%) del pasaje; en los desplazamientos mayores de 50 kilómetros, pagarán el setenta y cinco por ciento (75%) del pasaje*".

Participación

Derecho de asociación. Regulación de la participación de adultos mayores de las decisiones que les afecten directamente (Consejo de Adultos Mayores, etc.)

El derecho de asociación está contemplado en Costa Rica para todos los ciudadanos en el art.25 de la Constitución Política.

Con la creación del Consejo Nacional de la persona Adulta Mayor (ley7935) abre las posibilidades de una mayor participación de los Adultos Mayores (Capítulo III de la ley)

Violencia, discriminación y maltrato

Protección de los derechos humanos de los adultos mayores, atención a la condición de género y/o minorías étnicas. Asesoría jurídica gratuita. Programas de sensibilización y apoyo a Personas Adultas Mayores víctimas de mal trato.

En la ley 7935 se establecen sanciones penales, administrativas y civiles para prevenir la violencia física, patrimonial o sexual contra el Adulto Mayor.

La Caja Costarricense de Seguro Social capacita a sus funcionarios para la detección del abuso y maltrato en esta población. Además se cuenta con la

Comisión de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado en el Hospital Blanco Cervantes.

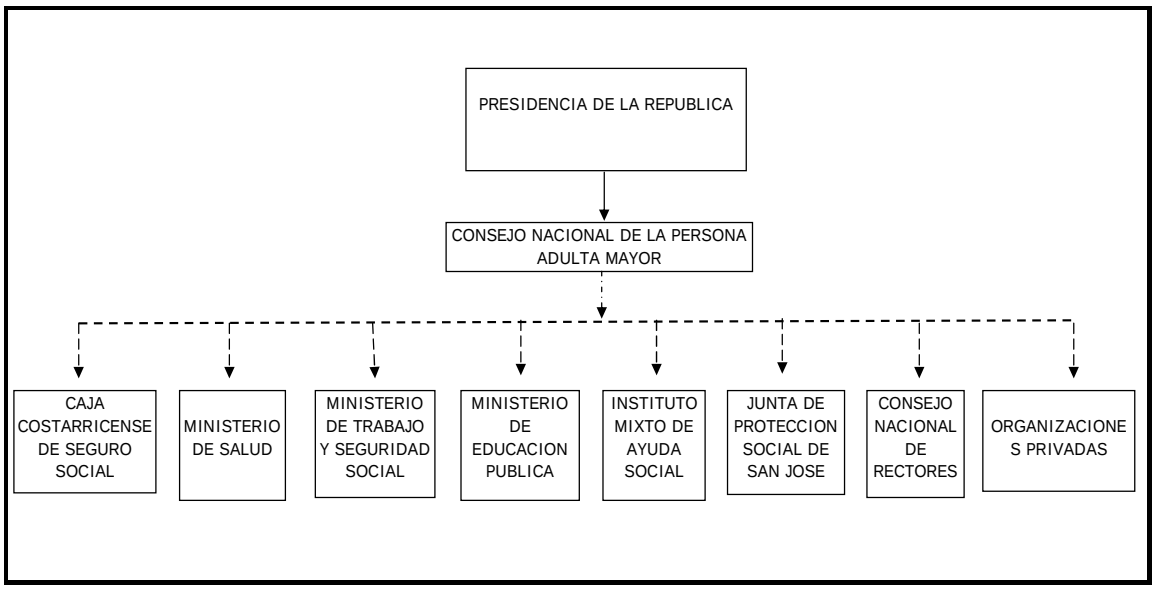
Por otra parte, en la Ley de penalización de la mujer (8589), se contempla penas hacia actos de violencia contra mujeres mayores de 65 años (artículo 8, inciso b)

Entidad responsable

Las entidades gubernamentales responsables de dar atención al anciano en Costa Rica, son:

- Consejo Nacional para la persona Adulta Mayor (CONAPAM)
- Caja Costarricense de Seguro Social (Caja)
- Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)
- Junta de Protección Social de San José (JPSSJ)
- Defensoría de los Habitantes
- Ministerio de Salud

Se presenta el organigrama y esquema del Gobierno Nacional, en los que se observan las instituciones gubernamentales nacionales responsables de la implementación de actuaciones a favor de los adultos mayores.



La competencia de los organismos responsables de las actuaciones a favor de los adultos mayores, sus ámbitos prioritarios de acción y presupuestos se explican a continuación.

El Consejo Nacional para la persona Adulta Mayor (CONAPAM): en el mes de noviembre de 1999, la Asamblea Legislativa de Costa Rica aprobó la promulgación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor 7935, con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos y beneficios de este sector de la población.

En la citada Ley se crea el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, (CONAPAM), como ente rector en materia de envejecimiento y vejez, encargado de formular las políticas y los planes nacionales que garanticen condiciones favorables para la población adulta mayor del país.

El CONAPAM es un órgano de desconcentración máxima, adscrito a la Presidencia de la República, con personalidad jurídica instrumental para cumplir con los fines y las funciones establecidas en la Ley; está dirigido por una Junta Rectora integrada por los siguientes miembros: El Presidente de la República o su representante, quien la presidirá; el Ministro o Viceministro de Salud; el Ministro o Viceministro de Educación Pública; el Ministro o Viceministro de Trabajo y Seguridad Social; el Presidente Ejecutivo de la Junta de Protección Social de San José; el Presidente Ejecutivo del Instituto Mixto de Ayuda Social; el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social; un representante de las universidades estatales, electo por el Consejo Nacional de Rectores; un representante de la Asociación Gerontológica Costarricense; un representante de las asociaciones de pensionados; y un representante de la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano.

Este organismo cuenta con tres programas para la ejecución del Presupuesto del periodo 2007:

- Programa 01 "Construyendo Lazos de Solidaridad", se asignó un ingreso corriente de **¢261.579.500,00** (Doscientos sesenta y un millones quinientos setenta y nueve mil quinientos colones exactos),

- Programa 02 "Envejeciendo con Calidad de Vida", un monto de **¢2.117.641.166,00** (Dos mil ciento diecisiete millones seiscientos cuarenta y un mil ciento sesenta y seis colones exactos),

- Programa 03 "Administración Central", un monto de **¢323.000.000,00** (Trescientos veintitrés millones de colones exactos).

Como fuente de financiamientos se tienen dos leyes, la Ley de Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos 7972,; y la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, FODESAF, 5662.

Para este periodo se distribuirá entre las Organizaciones de Bienestar Social (OBS) la suma de **¢2.167.641.166,00**, desglosados de la siguiente manera:

- Programa 01: Ley 7972 **¢50.000.000, 00** (Cincuenta millones de colones exactos)

- Programa 02: Ley 7972 **¢1.371.120.500,00** (Un mil trescientos setenta y un millones ciento veinte mil quinientos colones exactos), para ser distribuidos entre 109 OBS, para cubrir las necesidades de 2.976 beneficiarios

- Programa 03: Ley 5662, **¢746.520.666,00** (Setecientos cuarenta y seis millones quinientos veinte mil seiscientos sesenta y seis colones exactos), para cubrir las necesidades de 1.824 beneficiarios en 67 OBS.

La Caja Costarricense del Seguro Social (Caja): proporciona los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorga la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, obligatoriedad y equidad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.
- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.
- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
- *El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.*
- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

El presupuesto de la Caja del Seguro Social es de **¢1097.934.500.000,00**. El 17% de este monto esta dirigido a la población adulta mayor, para el periodo 2007.

El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS): en su misión establece que como institución rectora en materia de pobreza, es responsable de generar

conocimientos, gestar y desarrollar planes y programas integrales de cobertura nacional para la promoción, el desarrollo social y económico de las comunicaciones y familias en condición de pobreza extrema.

Por parte del IMAS, su presupuesto dirigido a la persona adulta mayor en el año 2006 fue de **¢1.953.029.098,00.**

La Junta de Protección Social de San José (JPSSJ): desde los inicios de la institución, uno de los grupos de población que mayor relevancia ha tenido son las personas adultas mayores.

La junta ha fortalecido a la seguridad social dirigiendo aportes a la Caja Costarricense de Seguro Social para los principales hospitales y el Régimen de Pensiones No Contributivas por una suma de **¢1,569,286,626.42**, también giró recursos económicos a la Asociación Pro Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología por un monto de **¢ 247.758.350,25**, con estos recursos que aporta la Junta de Protección Social de San José a la Asociación Pro Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, se ha mejorado la calidad de los servicios en beneficio de la población adulta mayor que recibe atención en ese centro de salud.

Los recursos girados a Hogares (70) y Centros Diurnos (49), dirigidos a Proyectos Específicos, Servicios Básicos y Ley 1152, (Consejo Técnico), para el 2006 es de **¢2.270.406.418,02.**

Defensoría de los Habitantes: Promover y divulgar los derechos e intereses de las personas y defenderlos frente a las acciones y omisiones del Sector Público.

Cooperación institucional

El CONAPAM cuenta con un Sistema Nacional Técnico de Apoyo para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor, (SINATEC), conformado por las personas que tengan a cargo las acciones programáticas relativas a las personas adultas mayores en las diferentes instituciones.

En el año 2000, con el apoyo técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA), y del SINATEC, la Junta Rectora del CONAPAM aprobó el primer "Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2001-2005" y el "Plan de Acción 2001-2005", con el fin de orientar el trabajo del CONAPAM en sus esfuerzos por lograr que las personas adultas mayores disfruten de una mejor calidad de vida, contando para ello con la solidaridad y el apoyo del resto de las instituciones y las/los ciudadanos costarricenses.

Tomando en cuenta la experiencia acumulada por el CONAPAM -desde su creación a la fecha-, y los cambios que han tenido lugar en el ámbito nacional, económico, social e institucional, se consideró importante hacer una revisión crítica del trabajo realizado y, a partir de esa revisión, proyectar el trabajo del CONAPAM para los próximos años. Con tal fin, se acordó la elaboración de un nuevo Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006-2012.

Para la elaboración de este nuevo Plan, se nombró una Comisión Coordinadora (CC) como la responsable de preparar y conducir este proceso, el cual dio inicio en el mes de abril del 2005 y concluyó en el mes de febrero de 2006. La expectativa es que el "Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor

2006-2012", se constituya en un instrumento para el bienestar y el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores de nuestro país. Este documento fue sometido al conocimiento y aprobación de la Junta Rectora del CONAPAM, como órgano de máxima autoridad con respecto a la atención de las personas adultas mayores, en sesión ordinaria Nº 140, celebrada el lunes 24 de abril de 2006.

Los mecanismos de coordinación existentes entre las instituciones gubernamentales nacionales responsables de los planes y programas a favor de los adultos mayores, la sociedad civil (asociaciones de mayores, ONGs, voluntariado) y/o las instituciones intermedias (mutuales, cajas de compensación) se sustentan en el articulo 36 del Reglamento a la Ley Integral para ala Persona Adulta Mayor, Ley 7935. Para ello se establecen o suscriben convenios de cooperación con Organizaciones de Bienestar Sociales, Organizaciones no Gubernamentales, Asociaciones de Pensionados y Jubilados y Fundaciones (FUNDEVI, Universidad de Costa Rica).

3.2.2. Principales programas para las personas mayores

Son los siguientes:

- **Plan estratégico nacional para la atención de la persona adulta mayor 2006-2012**

La entidad responsable es el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor; y sus objetivos principales son definir las líneas estratégicas de atención a las personas adultas mayores incorporando sus necesidades en la definición de políticas y programas que promuevan un envejecimiento activo, propicien espacios de participación social y fomenten estilos de vida saludables. El presupuesto asignado es de ¢2.000 millones. La evaluación del proyecto se realiza a través de la Fiscalización de la asignación de los fondos y visitas de campo.

- **Programas de Prestaciones Sociales para el adulto mayor (Programa Ciudadano de Oro, Programa Desarrollo de la Población Adulta Mayor)**

La Institución responsable es la Caja Costarricense del Seguro Social. El objetivo que los impulsa se centra en brindar atención integral a la población adulta mayor en los tres niveles de atención. Ofrecer servicios y beneficios sociales para promover una mayor participación, educación, capacitación y apoyo a la población adulta mayor con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida. El presupuesto acumulado 2001 –2006 es de ¢434.289.610. Su evaluación se lleva a cabo a través del seguimiento de los Planes Anuales Operativos que ejecuta cada una de las instituciones, además existen algunas estadísticas en cuanto al crecimiento de los programas, en el área de salud se cuenta con la evaluación trimestral de los planes, compromisos de gestión, así como la evaluación del rendimiento–productividad en el área de Prestaciones Sociales. Para ello se consideran las UPS (Unidades de Prestaciones Sociales).

- **Programa Construyendo Lazos de Solidaridad**

El proyecto es de carácter permanente y su ámbito territorial de actuación es nacional. La entidad responsable es el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, y el objetivo financiar programas de atención, rehabilitación o tratamiento de personas adultas mayores en estado de necesidad o indigencia. Cuenta con un

presupuesto de ¢2.000 millones. La evaluación del proyecto se realiza a través de la Fiscalización de la asignación de los fondos y visitas de campo.

- **Envejeciendo con Calidad de Vida**

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor es la entidad responsable de este programa permanente y de alcance nacional. El objetivo principal se centra en la financiación de programas de organización, promoción, educación y capacitación que potencien las capacidades del adulto mauro, mejoren su calidad de vida y estimulen su permanencia en la familia y la comunidad y atender a la persona adulta mayor institucionalizada. Presupuesto: ¢ 250 millones. La evaluación del proyecto se realiza a través de la Fiscalización de la asignación de los fondos y visitas de campo.

3.2.3. Sistema de protección social

El Sistema de Protección Social para los Adultos Mayores en Costa Rica ofrece seguros y programas sociales dirigidos a su protección tales como:

- Seguro Salud: que ofrece atención integral a la Salud (Art.17 Reglamento Seguro Salud).
- Prestaciones en dinero y prestaciones sociales, subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia, para compra de prótesis anteojos y aparatos ortopédicos, traslados y hospedajes, gastos de funeral para el asegurado directo.
- Seguro de Pensiones Contributivas tales como:
  - Régimen de Hacienda
  - IVM de la Caja.
  - Magisterio Nacional
  - Poder Judicial

  Y no contributivas a cargo de la Caja.

- Seguro Riesgos de Trabajo
- Seguro de Accidentes.
- Programas Sociales en el IMAS, Junta Protección Social y CONAPAM, que consisten en ayudas económicas.
- Transporte público gratuito o con descuento.
- Prestaciones Sociales para potenciar habilidades y destrezas de los mayores mediante el desarrollo de actividades tales como cursos y talleres, para mejorar la calidad de vida.
- Descuentos en el comercio y atención preferencial en todas las Instituciones Públicas y Privadas.

Costa Rica- Pensión promedio según tipo de Riesgo 2006		
Tipo de Riesgo	# de Casos	Pensión Promedio Mensual (colones)
Invalidez	44.098	102.975
Vejez	50.562	153.022
Muerte	51.158	127.965
Total	**145.818**	**129.194**

Fuente: Dirección Administración de Pensiones de la CCSS.

El monto promedio de la Pensión de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) en US$ es de 247,97. El tipo de cambio utilizado fue de ¢521.00 por 1 dólar, al 20 de julio de 2007.

Costa Rica- Monto y Número de Pensionados del Régimen de Hacienda a Mayo 2007						
Régimen	Cantidad	%	SIN RETROACTIVOS Monto	%	CON RETROACTIVOS Monto	Promedio
TOTAL	**58.192**	**100,00**	**21.547.405.824,46**	**100,00**	**21.769.370.272,93**	**370.281,24**
Contributivos	51.306	88,17	21.050.456.646,76	97,70	21.269.038.211,83	
Comunicaciones	1.796		277.360.135,29			
Ferrocarriles	233		28.379.789,22			
Hacienda	8.094		3.836.357.225,76			
Hacienda 148	4.291		1.773.825.283,48			
Hacienda 7013	3.537		1.491.435.490.52			
Hacienda Diputado	266		571.096.451,76			
Ley Marco	1.212		397.006.546,78			
Magisterio	36.042		15.971.031.418,58			
Músico	161		19.075.977,92			
Obras Públicas	3.420		438.312.911,43			
Registro Nacional	348		82.932.641,78			
No Contributivos	6.886	11,83	496.949.177,70	2,30	500.332.061,10	
Benemérito	4		582.483,28		582.483.28	145.620.82
Expresidentes	13		21.476.618,25		21.476.618.25	1.652.047,56
Gracia	2.164		7.325.705,71		147.258.079.81	67.934,59
Guardia Civil	86		319.662.551,77		7.325.705.71	85.182,62
Guerra	4.614		901.374,28		322.787.799.77	69.278,84
Premios Magón	5				901.374.28	180.274,86

Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Dirección Nacional de Pensiones) Módulo Estadístico 4 de julio del 2007.

Monto pensión "baja" y "alta" en colones. Regímenes de Hacienda. Mayo 2007		
Código	Nombre del Régimen	Monto
802	Hacienda Diputado	33.111.10
802	Hacienda Diputado	2.960.435.10
803	Hacienda Ley 7013	42.739.10
803	Hacienda Ley 7014	4.920.195.78
9001	Benemérito	78.489.61
9001	Benemérito	229.629.19
9002	Comunicaciones	16.110.90
9002	Comunicaciones	1.203.626.17
9003	Guardia Civil	47.763.45
9003	Guardia Civil	155.066.10
9004	Músico	40.165.32
9004	Músico	285.174.66
9005	Gracia	5.320.11
9005	Gracia	127.131.92
9006	Premio Magón	82.517.56
9006	Premio Magón	229.629.19
9007	Expresidentes	747.243.15
9007	Expresidentes	1.816.557.45
9008	Hacienda Ley 148	11.520.33
9008	Hacienda Ley 149	50.92.636.64
9009	Magisterio Ley 2248	19.036.00
9009	Magisterio Ley 2249	8.283.092.00
9010	Obras Públicas	9.294.47
9010	Obras Públicas	1.959.777.05
9011	Ferrocarriles	36.389,75
9011	Ferrocarriles	286.697,78
9012	Registro Nacional	33.017,10
9012	Registro Nacional	1.410.932,37
9018	Guerra	2.200,64
9018	Guerra	129.089,13
9019	Magisterio Ley 7268	24.041,00
9019	Magisterio Ley 7269	2.733.376,00
9020	Magisterio Ley 7531	11.455,00

9020	Magisterio Ley 7532	3.941.839,00
9021	Ley Marco	22.996,10
9021	Ley Marco	1.553.211,62

Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Dirección Nacional de Pensiones) Módulo Estadístico 4 de julio del 2007.

Programas de pensiones no contributivas para adultos mayores

Nombre del Programa: Régimen No Contributivo de Pensiones por monto básico (RNC)
Eje Temático: Sector Social
Institución responsable: Caja Costarricense de Seguro Social
Presupuesto Anual: ¢50.087,70 (En miles)
Objetivo del Programa: Proteger a las personas que llegan a edades avanzadas y se encuentran en estado de necesidad sin derecho a la pensión contributiva.
Fecha de inicio del Programa: Enero 1975
Cantidad de población por atender anualmente: 75.457 Se debe aclarar que no toda esta población son mayores de 60 años, también se cubre a personas con discapacidad y otros (Mujeres solas con hijos – Viudas)
Metas:

1. Proteger a la población en extrema pobreza (80% vejez, 10% Invalidez, 10% Otros (Viudez, orfandad, indigencia)
2. Otorgar 400 nuevas pensiones mensuales a nivel nacional, entre la población objetivo.
3. Otorgar el 100% de las reasignaciones de pensiones canceladas por fallecimiento u otras causas a nivel nacional

A. Características del Beneficio

Nombre del beneficio: Subsidio económico o pensión.
Monto Mínimo y Máximo: ¢50.000
Prioridad institucional: Población Adulta Mayor en extrema pobreza
Descripción del Beneficio:

1. Ayuda económica correspondiente al 50% de la pensión mínima del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (50.000,00 colones.)
2. Prestaciones sociales
3. Seguro de salud (Asistencia médica, prestaciones en dinero y servicios de óptica)
4. Pensión vitalicia a personas que padecen Parálisis Cerebral Profunda y que se encuentran en estado de necesidad económica. (120.807 colones)

Duración: Mientras se mantenga la condición que dio origen al beneficio.
Marco normativo y legal: Artículo 2 Ley 5262, 1984
Reglamento al Régimen No Contributivo, incluye a otros grupos poblacionales en estado de necesidad.

B. Características de la Población Objetivo

El programa RNC es de cobertura nacional, brinda protección a la población costarricense en condición de pobreza extrema de las áreas urbana y rural.

Descripción de la Población Objetivo:

1. Adultos mayores de 65 años

2. Discapacitados
3. Otros (Mujeres solas con hijos – Viudas)

Propósitos: Universalizar las pensiones del RNC entre la población adulta mayor costarricense en condición de pobreza extrema
Requisitos para obtener el beneficio:

- Ser costarricense
- Calificar según la cobertura de protección (Vejez, Invalidez y Otros)
- Mantener condición de pobreza extrema.
- No ser beneficiario de ningún otro tipo de programa de pensiones existentes en el país.
- No contar con redes de apoyo para la satisfacción de necesidades básicas.
- Llenar la solicitud de pensión en la sede central o bien en las sucursales más cercanas al domicilio.

C. Proceso de selección del beneficiario

Entrevista preliminar al solicitante de pensión; entrega de solicitud y requisitos según cobertura de protección; recepción de documentos; confección de expediente; inclusión de datos personales en sistema automatizado; análisis y resolución del estudio de pensión; otorgamiento y/o denegatoria del beneficio y notificación de resolución administrativa justificada al solicitante.
Plazos de selección: tres meses promedio.
Proceso de asignación: Una vez verificado el cumplimiento de los requisitos, se procede con el cálculo del beneficio, asignación del código presupuestario (Número de caso) y la inclusión en el sistema de pago de planillas mensuales de pensión.
Plazos de asignación: Un mes promedio superada la verificación de requisitos.
Proceso de inversión: Tal y como se indicó en el punto D anterior, al contarse con el presupuesto correspondiente para el otorgamiento de pensiones nuevas y casos por reasignación, el proceso de inversión se ejecuta de acuerdo a los plazos de asignación.
Plazos de Inversión: Desde el momento en que se incluye en planillas al nuevo beneficiario y hasta el momento en que la pensión es cancelada por fallecimiento u otras causas administrativas de comprobarse mediante procedimiento administrativo el incumplimiento de disposiciones legales y/o reglamentarias.

D. Fuente de los recursos del beneficio

Recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) (recaudación de planillas), Transferencias Ministerio de Hacienda (impuesto de ventas y art.77 ley de protección al trabajador, la ley Cigarrillos y Licores, decreto 33202; art.612 del Código de Trabajo).

E. Estadísticas Generales

Mensualmente se elaboran boletines estadísticos con los resultados de operación del programa, para la Dirección Actuarial y Planificación Económica, Superintendencia de Pensiones (SUPEN), Sección Contabilidades Especiales.

F. Dependencia que presta el servicio

Área de Gestión de Pensiones Régimen No Contributivo (Nivel Central) y a nivel regional existen 73 sucursales administrativas que tienen dependencia jerárquica de cinco Direcciones Regionales de Sucursales que también prestan el servicio.

Ubicación de la dependencia: Área Gestión de Pensiones Régimen No Contributivo: Oficinas Centrales de la Caja Costarricense de Seguro Social, Avenidas 2 y 4, calles 5 y 7, Edificio Jenaro Valverde.

Reformas previstas

La reforma del Sistema de Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja, el cual está ubicado en el primer pilar de cobertura dentro del Sistema Nacional de Pensiones.

Los objetivos más importantes de esta reforma fueron:

- Devolver la sostenibilidad de mediano y largo plazo.
- Incorporar elementos de justicia y equidad.
- Mejorar la eficiencia y productividad de la administración.
- Mejorar la cobertura que se ha situado por debajo del 50% de la población económicamente activa.

El Planteamiento de dicha reforma consiste en:

- Incrementar las cuotas a los 65 años (pasando de 240 a 300).
- Disminución de requisitos para la mujer (pasando de 466 a 450).
- Beneficio de Pensión reducida a los 65 años (proporción de la mínima).
- Beneficio de retiro anticipado con reducción de la pensión (2% hasta 36%).
- Modificación de la fórmula de cálculo para que el Salario promedio de la pensión se obtenga del promedio de los 240 salarios en lugar de 48 que se utilizaban anteriormente.
- Incremento gradual de la prima a partir del año 2010 al 2035
  - 4.75% a 5.75% Patrono
  - 2.50 % a 3.50% Trabajador
  - 0.25% a 1.25% Estado

Además en el Régimen No Contributivo de Pensiones situado también en el primer pilar de cobertura en el Sistema Nacional de Pensiones se han realizado 3 reformas en la misma dirección, orientadas hacia el incremento de la cuantía y mejora de la cobertura. Las modificaciones realizadas se presentan en el siguiente cuadro:

Modificaciones del Régiman No Contributivo. Por Fecha			
Fecha	Artículo	Sesión Junta Directiva	Monto en Colones
26/01/2006	7º	8027	16.000 a 17.500
06/07/2006	11º	8069	17.500 a 35.000
10/07/2007	2º	8167	35.000 a 50.000

Fuente: Régimen No Contributivo

En la actualidad el tipo de cambio del colón por el dólar estadounidense es de 521,00, lo que significaría que el monto actual de ¢50.000 equivale a USS $ 95,96. Tipo de cambio al 20 de julio de 2007.

3.2.4. Actuaciones en el ámbito de la salud

Las instituciones públicas y privadas, organizaciones, asociaciones y federaciones que desarrollan programas dirigidos a la población adulta mayor, incorporan diversas actividades con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Entre las que se pueden mencionar:

- Ferias de Salud e integrales de la población adulta mayor
- Campañas de educación e información
- Elaboración y distribución de material escrito
- Clínicas de Crónicos (Diabetes, Hipertensión, Obesidad, Enfermedades Terminales)
- Formación de Grupos de adultos mayores en áreas de salud
- Visita domiciliar por los asistentes de atención primaria y equipos interdisciplinarios en el primer nivel de atención
- Los Juegos Dorados (una vez al año)
- Acceso a servicios de salud en los tres niveles de atención (Caja)
- Campañas de vacunación en la población adulta mayor(Hemophilus Influenzae, Toxoide Tetánico)
- Campañas de educación para erradicar el Dengue
- Campañas de educación vial, previniendo accidentes de tránsito
- Campañas contra el fumado y el consumo de drogas(Tabaco, alcohol, drogas)

La Caja Costarricense de Seguridad Social

Por mandato constitucional y de acuerdo a la ley de universalización del servicio de salud de 1961, la Caja es la institución responsable de proveer servicios públicos del servicio de salud y maternidad a toda la población.

La provisión de servicios está a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención, relacionados entre si por el sistema de referencia y contra referencia.

La Atención Integral a la Salud comprende lo siguiente:

a. Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación
b. Asistencia médica especializada y quirúrgica
c. Asistencia ambulatoria y hospitalaria
d. Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos
e. Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete
f. Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular.
g. Asistencia social, individual y familiar.

Para demandar los servicios, los asegurados deberán acreditar su condición con los documentos que exija la Caja (tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal, cédula de identidad o documento de similar rango, carné de asegurado, o cualquier otro que se considere conducente para la identificación correcta de quien demanda tales servicios). Cuando un usuario utilice documentos de asegurado que no le pertenezcan con el fin de recibir atención médica, el Director del centro asistencial respectivo estará en la obligación de denunciar los hechos ante el Ministerio Público o los tribunales represivos correspondientes. El no cumplimiento oportuno de esta obligación, sin justa causa, se calificará como falta grave para los

efectos laborales y administrativos. Si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acrediten como tal, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, pero si no acredita su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes.

Los requisitos de acceso a los servicios de salud en la Caja responde a la modalidad de aseguramiento (obligatorio, voluntario, con cargo al estado, pensionado y jubilado, por convenio especial o beneficiario.

En cuanto a los servicios privados de salud se debe señalar que ese subsector cuenta con una red de establecimientos de diferente grado de complejidad desde simples consultorios hasta grandes hospitales, este subsector tiene dos fuentes de financiamiento: 1) el pago directo de los usuarios y 2) en forma menos importante el pago que recibe de organismos públicos como el INS y la Caja, quienes compran servicios para atender la enfermedad ocupacional y la enfermedad general de sus afiliados

Cuidados de larga duración

En la Caja Costarricense del Seguro Social, funcionan los siguientes programas:

En el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, se cuenta con el Hospital de Día, este servicio ofrece asistencia tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios, la asistencia está orientada por el equipo integral de geriatría (Psicólogo, médico, fisiatra y trabajador social), enfermera y auxiliar de enfermería quienes valoran los diferentes factores de riesgo.
Los requisitos de acceso son que la persona realice actividades de la vida diaria para fomentar el autocuidado, el ámbito de acción es el área metropolitana.

Así mismo en este hospital funciona la Unidad de Cuidados Comunitarios. Esta unidad brinda atención geriátrica en el hogar a personas adultas mayores de alto riesgo y que por su condición de fragilidad, les es sumamente difícil trasladarse a los centros de atención. Cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por médico geriatra, enfermera, trabajador social, nutricionista, odontólogo y terapia respiratoria. Este equipo realiza visitas a domicilio a personas adultas mayores para brindar cuidados, control y seguimiento a su condición de salud, ámbito de acción área metropolitana.

En el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia funciona el programa de Cuidados Comunitarios, dirigido a personas adultas mayores, con enfermedades en estado crónico, cuenta con un equipo multidisciplinario y brinda asesoría permanente de forma personalizada y telefónica.

Hospitalización a Domicilio utiliza dos criterios de selección:

a) Administrativo: mayores de 60 años, que pertenezcan al área de atracción, que sea alguien valorado y referido por el Hospital Calderón Guardia

b) Clínico: Una vez superado el criterio administrativo, se debe valorar el paciente para determinar si tiene alguna dependencia física o mental que ponga en riesgo su bienestar en caso de trasladarse al hospital para sus citas. Esta valoración la realiza un equipo interdisciplinario (médico, enfermería, psicología, trabajo social, personal administrativo y logístico.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, mediante la firma de convenios con los hogares de ancianos, financia proyectos de atención domiciliar en el escenario comunal dirigidos a población adulta mayor.

Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia

En la Caja Costarricense Seguro Social se ofrece a toda la población asegurada y se contemplan en el Reglamento del Seguro de Salud, en los artículos: 15, 24, 47 y 48.

El Seguro de Salud cubre, de acuerdo con las regulaciones que adelante se indican, las siguientes prestaciones:

a. La Atención Integral a la Salud
b. Prestaciones en Dinero
c. Prestaciones Sociales.

El contenido de dichas prestaciones, será determinado según las posibilidades financieras de este Seguro.

Las prótesis dentales, se otorgarán en los centros asistenciales de la Caja que presten este servicio, de acuerdo con las regulaciones específicas que dicte la Gerencia de División Médica

Las prestaciones en dinero comprenden:

a. Subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia.
b. Ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos.
c. Ayuda económica para traslados y hospedajes
d. Ayuda económica para gastos de funeral, en caso de fallecimiento del asegurado directo activo o de su cónyuge o compañero.
e. Ayuda económica por concepto de libre elección médica.

El servicio de prótesis dentales se considera como una prestación en dinero. Si el asegurado o la asegurada directa deciden contratar la confección de la prótesis en clínicas particulares, la Caja le podrá reconocer una suma equivalente al costo institucional.

La Caja concederá, mediante un sistema de copago, anteojos a todos aquellos asegurados que así lo requieran. El monto por pagar por parte del asegurado, lo establecerá anualmente la Junta Directiva, para lo cual la Gerencia de la División Financiera le someterá a consideración el modelo tarifario elaborado de acuerdo con los cálculos actuariales, que al efecto brinde la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

En el caso del asegurado por cuenta del Estado y beneficiarios del Régimen No Contributivo de Pensiones, podrán otorgarse anteojos sin cargo directo al asegurado.

Si se presentaren situaciones de fuerza mayor o exceso de demanda, la Caja podrá reconocer una ayuda económica para la compra de anteojos en las ópticas privadas, sin que exceda sus propios costos.”

3.2.5. Programas de formación e investigación en gerontología y geriatría

PROGRAMAS DE FORMACION:
Nombre del Programa: Maestría de Gerontología
Título reconocido e institución que lo otorga: Master, Universidad de Costa Rica
Destinatarios: Profesionales provenientes de cualquier disciplina o del conocimiento.
Duración total: 24 meses
Metodología de enseñanza-aprendizaje: Presencial y tutorial.
Sistemas de Evaluación: Teórico y práctico.
Cantidad de egresados por año (últimos 5 años): de 1994 a la fecha se han graduado 59 profesionales.
Costo total en USD: $3.000,00

PROGRAMAS DE FORMACION:
Nombre del Programa: Especialidad en Geriatría.
Título reconocido e institución que lo otorga: Especialista, Universidad de Costa Rica
Destinatarios: Médicos generales. Duración total: 5 años.
Metodología de enseñanza-aprendizaje: Teórico práctico.
Sistemas de Evaluación: Teórico y práctico.
Cantidad de egresados por año (últimos 5 años): Se han graduado 28 especialistas en Geriatría y Gerontología.
Costo total en USD: $6.500,00

LINEAS DE INVESTIGACIÓN:

Proyectos que investigarán diferentes ámbitos del envejecimiento

1. El Estado Actual de la Investigación, la Acción Social y la Docencia en Salud, Nutrición y el Bienestar de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica
2. Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica.

El primero será coordinado por la Universidad de Costa Rica y desarrollado por las universidades públicas a través del Consejo Nacional de Rectores (CONARE), el segundo es desarrollado en su totalidad por la Universidad de Costa Rica, ambos administrados por la fundación de la Universidad de Costa Rica para la Investigación.

En cuanto a los objetivos y alcances de los proyectos: el primero procura la interrelación entre las cuatro universidades estatales de Costa Rica, para promover la investigación, la Acción Social y la Docencia en Salud, Nutrición y el Bienestar de la Persona Adulta Mayor así como el intercambio de información y el trabajo interdisciplinario, interuniversitario e interinstitucional, utilizando indicadores como: número de proyectos, programas, actividades, publicaciones, materiales clasificados, número de participantes, talleres y similares.

El segundo busca desarrollar un sistema de información con los indicadores requeridos para determinar la situación de la Persona Adulta Mayor, proveer a la sociedad costarricense de información relevante para toma de decisiones, establecimiento y modificación de políticas públicas que permitan la atención de necesidades de los Adultos Mayores, difusión de los resultados a fin de permitir un análisis de los retos que debe enfrentar el país para atender los derechos de este grupo de la población.

Entre las principales metas de ambos proyectos a partir de los talleres de medición de posibilidades o estado de las investigaciones, lo que se busca es una red de instituciones que trabajen con personas Adultas Mayores, realización de dos talleres para la determinación de prioridades de Investigaciones y elaboración de informes que facilite el análisis de la situación de estas personas, así como la creación y mantenimiento de un sitio Web.

3.2.6. Programas considerados como experiencia de buenas prácticas

Incentivar y fortalecer la solidaridad intergeneracional

Firma del convenio entre el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y el Ministerio de Educación Pública, para el desarrollo del proyecto: "*Juntos Formamos un Mundo Mejor*" como estrategia de vivencia escolar tendiente a incentivar la calidad educativa de los procesos asignados a la formación de actitudes y valores relacionados con las personas adultas mayores para incidir en la mejora de la calidad de vida y la promoción de un desarrollo con equidad a través de experiencias de intercambio intergeneracional.

El Convenio establece los mecanismos de coordinación entre ambas entidades para que la operatividad del proyecto sea eficiente y eficaz. Así, el citado convenio indica a grandes rasgos que el Proyecto se instala en las acciones propias del Programa Nacional de Formación en Valores y que la Oficina de Valores del MEP realizará las acciones de coordinación general y que instaurará el mismo en su estructura organizativa, con acciones propias de las Comisiones Regionales de Valores. Establece además la elaboración por parte del MEP de dos documentos llamados "Orientaciones metodológicas" y reproducción de 8000 de esos documentos, 8000 manuales de capacitación o bien Referentes Teóricos por Región Educativa durante el primer año y una cantidad de 4000 de cada uno de esos documentos por cada año restante del Proyecto.

El Proyecto "Juntos Formamos Un Mundo Mejor" se llevará a cabo en fases anuales. Al inicio de cada fase se efectuará un proceso de sensibilización con la población involucrada en el proyecto. Primera fase: En el 2005 se llevaría a cabo un proceso de sensibilización con asesores regionales que conforman las Comisiones Regionales de Valores. En esta primera fase anual, se darán los procesos de validación del referente teórico y de las guías u orientaciones didácticas, cada región desarrollará actividades afines al proyecto que involucren solidaridad e intercambio intergeneracional. Cuando los asesores regionales y circuitales hayan finalizado el proceso de sensibilización de esta fase que dará CONAPAM, ellos harán el efecto multiplicador con las Comisiones Circuitales de Valores conformadas por asesores supervisores, directores y docentes, así como con los Equipos Institucionales de Valores. Segunda fase: En el 2006 los docentes desarrollarán el proyecto con los estudiantes de preescolar, I y II Ciclos de educación general básica, en todas las instituciones educativas públicas del país. Tercera, cuarta y quinta fase: Los años 2007, 2008 y 2009 estará dedicada al proceso de implementación del proyecto, evaluación del mismo, tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos, para lo cual el PNFV aportará algunos instrumentos oportunos y específicos para la valoración actitudinal de estudiantes y docentes,

con cortes evaluativos anuales principalmente en lo relacionados con actitudes y valores.

Costa Rica. Población meta del proyecto "Juntos Formamos un mundo mejor"			
Nivel educativo	Cantidad de estudiantes		
	Total	Hombres	Mujeres
Preescolar	100.616	51.584	49.032
Primaria	513.805	264.867	248.938
Totales	**614.421**	**316.451**	**297.970**

Fuente: Departamento de Estadística MEP

Costa Rica. Número de docentes implicados en el proyecto: "Juntos Formamos un mundo mejor"			
Nivel educativo	Cantidad de docentes		
	Total	Hombres	Mujeres
Preescolar	6.876	384	6.492
Primaria	25.672	5.345	20.327
Totales	**32.548**	**5.729**	**26.819**

Fuente: Departamento de Estadística MEP

Para este Proyecto se contemplaron las situaciones de género, etnicidad y hábitat (urbano – rural) en toda su dimensión.

Sobre la participación de las personas adultas mayores en el mismo se informa que se dio en el nivel de consulta, representados en la Junta de Notables del CONAPAM.

Es importante agregar también a esta información que fuera del Proyecto mencionado, existe población adulta mayor que se beneficia de los diferentes programas educativos propios de la oferta del MEP, como son las escuelas nocturnas, los colegios nocturnos, los servicios de atención directa de educación especial, los centros de atención integral personas adultas con discapacidad (CAIPAD), los institutos profesionales de enseñanza comunitaria (IPEC) y con centros integrales de educación de adultos (CINDEA).

Algunas cifras al respecto se detallan a continuación, con la salvedad de que el MEP no cuenta con una estadística detallada de la población estudiantil adulta mayor (más de 60 años) pues el rango máximo que se reporta es el de aquellas personas mayores de 35 años, donde se integran las personas adultas mayores.

Costa Rica. Programas educativos MEP para mayores de 35 años. Cantidad de Estudiantes por nivel de educación			
Nivel educativo	Cantidad de estudiantes		
	Total	Hombres	Mujeres
Primaria nocturna	60	17	43
Secundaria nocturna	593	260	333
Educación Especial	24	15	9
CAIPAD	431	232	199

Fuente: Departamento de Estadística MEP

Estas personas son atendidas en su proceso educativo por el siguiente cuadro de personal docente.

Costa Rica. Programas educativos MEP. Cantidad de Docentes por nivel de educación			
Nivel educativo	Cantidad de docentes		
	Total	Hombres	Mujeres
Primaria nocturna	18		18
Secundaria nocturna	18.790	8.594	10.196

Educación Especial	24	15	9
CAIPAD	431	232	199

Fuente: Departamento de Estadística MEP

En el caso de los programas denominados IPEC y CINDEA, sí se cuenta con estadísticas específicas de personas adultas mayores (más de 60 años) que se benefician de los mismos y se resumen como sigue:

Costa Rica. Programas educativos IPEC y CINDEA para mayores de 60 años. Cantidad de Estudiantes por nivel de educación			
Servicio Educativo	Cantidad de estudiantes		
	Total	Hombres	Mujeres
IPEC	684	71	613
CINDEA	203	139	64

Fuente: Departamento de Estadística MEP

En cuanto a los docentes que laboran en estos servicios la información se muestra a continuación:

Costa Rica. Programas educativos IPEC y CINDEA. Cantidad de Docentes por nivel de educación			
Servicio educativo	Cantidad de docentes		
	Total	Hombres	Mujeres
IPEC y CINDEA	1.887	811	1076

Fuente: Departamento de Estadística MEP

Por otro lado resulta interesante informar en el siguiente cuadro, la cantidad de personal docente, docente – administrativo, administrativo y de servicios, dentro del grupo etario definido como personas adultas mayores, que se encuentran laborando en los diferentes niveles educativos de nuestro sistema educativo nacional.

Costa Rica: Cantidad de Docentes Adultos Mayores por nivel de educación												
Nivel donde labora (más de 60 años)	Total			Docente-Administrativo			Docente			Administrativo y de Servicios		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Preescolar	83	35	48	20	8	12	16	5	11	47	22	25
Primaria diurna	513	196	317	70	32	38	171	37	134	272	127	145
Secundaria diurna y nocturna	380	204	176	63	32	31	177	96	81	140	76	64
Escuelas nocturnas	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Educación especial	19	10	9	0	0	0	12	5	7	7	5	2
IPEC Y CINDEA	11	5	6	2	0	2	7	3	4	2	2	0

Fuente: Departamento de Estadística MEP

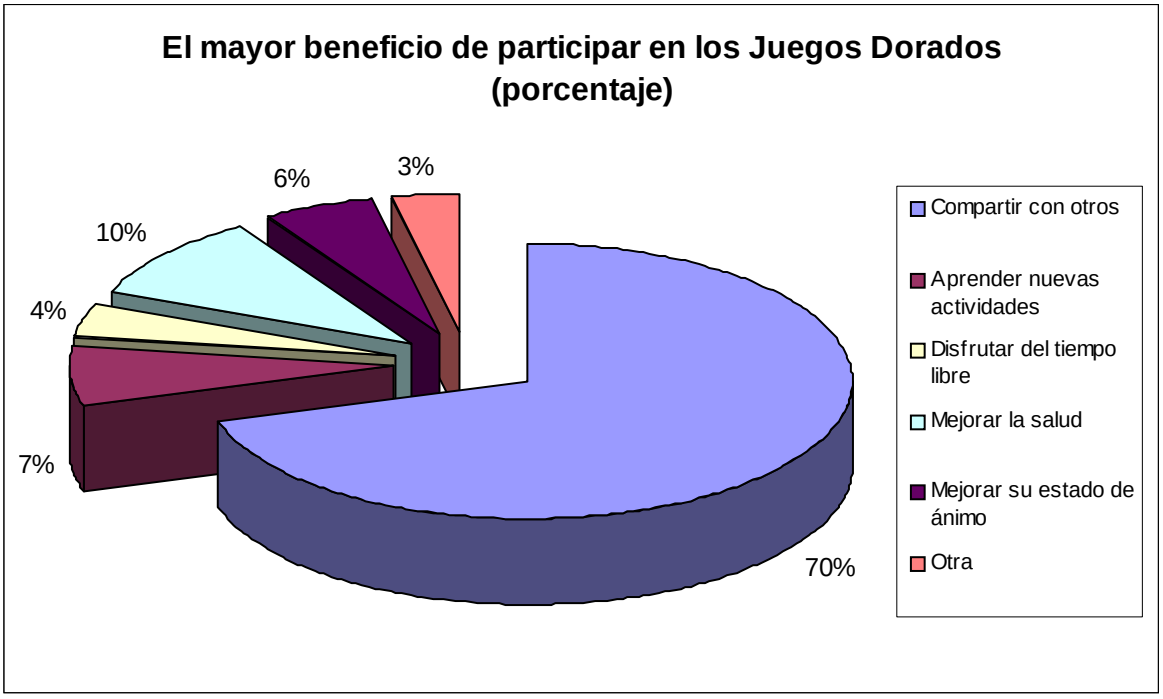
Así mismo la Caja Costarricense Seguro Social por medio de la Dirección de Prestaciones sociales y la Sección de Odontología de la institución promueven un programa de salud buco dental, que busca educar a la población escolar mediante la experiencia de adultos mayores como capacitadores en los cuidados de la boca.

También se da un intercambio generacional en los cursos de formación complementaria que ofrece la Caja, pues los estudiantes universitarios ofrecen sus servicios de trabajo comunal como capacitadores de adultos mayores y estos ofrecen sus experiencias de vida.

La Caja Costarricense de Seguro Social desarrolla diversos programas que constituyen ejemplos de buena practica en relación con la mejora de la salud de los adultos mayores, entre ellos destacan:

- Programas de Prestaciones Sociales
- Acciones de prevención de enfermedades
- Promoción de la Salud
- Juegos Dorados

Los participantes de los Juegos Dorados, en términos generales evidencian que su participación en el programa les brindan beneficios que impactan positivamente desde un punto de vista de salud integral, pues un 70% refieren que uno de los mayores beneficios es poder compartir con otros. Un 10% mejorar su salud, un 7% mejora su estado de ánimo y un 6% aprender nuevas actividades.



Fuente: Investigación y Análisis de los Juegos Dorados de la Seguridad Social

Otras actuaciones

Acciones para Promover una imagen positiva de la vejez

La Ley Nº 7935, en su artículo Nº 7, define el derecho a la imagen "Prohíbase publicar, reproducir, exponer, vender o utilizar, en cualquier forma, imágenes o fotografías de personas adultas mayores para ilustrar informaciones referentes a acciones u omisiones que se les atribuyan, sean de carácter delictivo, contravenciones o riñan con la moral o las buenas costumbres" (7:1999)

En cumplimiento a éste artículo se realizan campañas tendientes a promover una imagen positiva de la vejez.

El PROGRAMA DESARROLLO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR de la CCSS, funciona desde 1995 y su accionar está dirigido a atender dos áreas de acciones prioritarias y desarrolla en forma integral los servicios dirigidos a las población adulta mayor en preparación para la jubilación y en educación y capacitación. Este programa dirige sus funciones al desarrollo de cursos de mejor calidad de vida para personas mayores.

También el PROGRAMA CIUDADANO DE ORO de la CCSS, desarrolla el componente de recreación y salud y brinda un servicio orientado al mejoramiento de la salud por medio de la actividad física de tal manera que facilite la adquisición de destrezas para mantener un buen estado psicológico y funcional. En este programa, también se implementan los talleres culturales (Baile popular, Yoga, Músico terapia y agricultura práctica) cuyo objetivo es brindar alternativas a las personas adultas mayores para que ocupen de la mejor manera su tiempo libre y el fomento de desarrollo de habilidades manuales y potencialidades creativas.

Detección y prevención de situaciones de malos tratos hacia las personas mayores

La Ley Nº 7935, en sus artículos Nº 57, 58, 59, 60, 61 y 62, establece las medidas de protección para prevenir la violencia física, psicológica, patrimonial o sexual contra las personas adultas mayores, así como las sanciones penales.

Decreto Nº 33158-MP. Declárese El 15 de junio de cada año como Día Nacional contra el Abuso, Maltrato Marginación y Negligencia contra las Personas Adulta Mayor.

La Dirección de Prestaciones Sociales implementó a partir del año 2006 un programa dirigido a la capacitación de funcionarios de la institución, en la detección de abuso y maltrato de las personas adultas mayores

Mediante Decreto Nº 33158-MP, Publicado en el Diario Oficial La Gaceta Nº 103, del 30 de Mayo de 2006, se declara el 15 de junio “Día Nacional contra el abuso, maltrato, marginación y negligencia contra las personas adultas mayores y se realiza la Marcha por una vida sin maltrato en todo el país.

La Caja Costarricense Seguro Social ofrece en el Hospital Raúl Blanco Cervantes a través de la Comisión de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado, servicios de atención integral a la población adulta mayor agredida.

Atención jurídica directa a los adultos mayores víctimas de los abusos

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor orienta las acciones en aquellos casos de denuncia por maltrato, abuso o abandono de la persona adulta mayor, que se reciben en este Consejo.

También la Defensoría de los Habitantes ofrece servicios de apoyo y orientación a esta población.

Se conoce de dos universidades o Escuelas de Derecho que orientan y gestionan los trámites legales solicitados por los adultos mayores.

Programas de formación y apoyo para los cuidadores formales e informales de adultos mayores

La Caja Costarricense Seguro Social, ofrece programas de formación y capacitación a cuidadores informales como se detalla a continuación.

El Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes implementó a partir del año 1992, el "*Curso de capacitación sobre cuidados básicos del adulto mayor en el hogar*". El objetivo de este curso es brindar capacitación a los familiares de los usuarios de este hospital con el fin de involucrarlos en el proceso de la atención y de esta forma estrechar el vínculo con la familia, como un aporte a la proyección de la comunidad.

El Hospital de San Vito de Coto Brus, realiza desde 1999, el Programa de "*Autocuidado en el hogar*". Este programa consiste en visitas programadas al domicilio de los enfermos que sufren padecimientos crónicos, con el fin de mejorar las condiciones de vida de estas personas (adultas mayores en su mayoría). Este evento permite dar respuesta a las necesidades de la comunidad, reducir los reingresos hospitalarios de estos pacientes y facilitar la proyección a la comunidad. *Autocuidado en el hogar* se inició debido a las exigencias de los familiares de los pacientes crónicos de contar con ayuda y supervisión profesional de los enfermos en sus hogares.

La Dirección de Prestaciones Sociales con el propósito de ampliar el ámbito de acción, incorpora a partir del año 2003, los cursos a personas cuidadoras de adultos mayores con dependencia y se le asigna al programa ESTANCIAS Y AYUDAS SOCIALES, la planificación, ejecución y seguimiento del programa de capacitación a personas cuidadoras de personas adultas mayores en condición de dependencia conocido como CUIDADORES DE CORAZON DE ORO. Tiene como objetivo general: Desarrollar un programa de formación y capacitación para familiares y o encargados de Adultos Mayores en condición de dependencia, con el fin de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la persona adulta mayor y de su cuidador o cuidadora. Debe mencionarse que este programa es de aplicación nacional.

Para cuidadores formales, desde 1987, la "Asociación de Desarrollo Económico Laboral Femenino Integral" (ASODELFI) viene desarrollando el Proyecto de Asistentes Domiciliarios para Ancianos, el cual contó en sus primeros años con el apoyo teórico y económico de la hoy Unión Europea, mediante un Convenio de Cooperación, con el propósito de brindar a las familias recurso humano calificado y sensibilizado para el cuidado y atención de la población adulta mayor de nuestro país y a la vez, para crear fuentes de empleo. ASODELFI define al "Asistente Domiciliario como una persona capacitada para otorgar servicios a domicilio en forma integral al adulto mayor, lográndose con esto fortalecer la relación intergeneracional".

La finalidad primordial del servicio a domicilio radica en lograr que el adulto mayor permanezca en su medio habitual para evitar el desarraigo familiar, y también que su estancia en el hogar se acompañe de un servicio de atención física y afectiva positiva, que contribuya al bienestar del adulto mayor y de la familia.

Este proyecto es pionero en el país en el área de capacitación de recursos que cuiden a las personas adultas mayores en su domicilio y además se visualiza como generador de fuentes de empleo. Esta asociación ha capacitado a más de 300 personas con la colaboración de instituciones como el Hospital Dr. Raúl Blanco

Cervantes, Universidad Nacional y centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad. También se logró por medio de la coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el reconocimiento de la categoría ocupacional de Asistentes Domiciliarios para ancianos, en la Escala de Salarios Mínimos.

4. RED DE RECURSOS

4.1. Red de recursos sociosanitarios

Entre los hospitales que cuentan con servicios de geriatría se encuentra el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. Dicho establecimiento sanitario cuenta con un número de 140 camas. Tiene un servicio de Hospital de Día que ofrece asistencia tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios. La asistencia está orientada por el equipo integral de geriatría (psicólogo, médico, fisiatra y trabajador social), enfermera y auxiliar de enfermería quienes valoran los diferentes factores de riesgo. Los requisitos de acceso son que la persona realice actividades de la vida diaria para fomentar el autocuidado, el ámbito de acción es el área metropolitana.

Asimismo en este hospital funciona la Unidad de Cuidados Comunitarios. Esta unidad brinda atención geriátrica en el hogar a personas adultas mayores de alto riesgo y que por su condición de fragilidad, les es sumamente difícil trasladarse a los centros de atención. Cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por médico geriatra, enfermera, trabajador social, nutricionista, odontólogo y terapia respiratoria. Este equipo realiza visitas a domicilio a personas adultas mayores para brindar cuidados, control y seguimiento a si condición de salud, ámbito de accion área metropolitana.

En el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia funciona el programa de Cuidados Comunitarios, dirigido a personas adultas mayores, con enfermedades en estado crónico, cuenta con un equipo multidisciplinario y brinda asesoría permanente de forma personalizada y telefónica. Para la Hospitalización a Domicilio utiliza dos criterios de selección:

a) Administrativo: mayores de 60 años, que pertenezcan al área de atracción, que sea alguien valorado y referido por el Hospital Calderón Guardia

b) Clínico: Una vez superado el criterio administrativo, se debe valorar el paciente para determinar si tiene alguna dependencia física o mental que ponga en riesgo su bienestar en caso de trasladarse al hospital para sus citas. Esta valoración la realiza un equipo interdisciplinario (médico, enfermería, psicología, trabajo social, personal administrativo y logístico.

En el ámbito privado, Costa Rica cuenta con 74 residencias para adultos mayores privadas sin ánimo de lucro (1.890 camas) y 16 centros privados con ánimo de lucro.

Costa Rica. Residencias para adultos mayores dependientes			
Titularidad	Número de centros	Número de plazas	Número de personas atendidas
Privados con ánimo de lucro	16		244
Privados sin ánimo de lucro	74	1.890	3.007
TOTAL	**90**	**1.890**	**3.251**

Fuente: Respuesta basada en datos del Ministerio de Salud 2007-2008

En Costa Rica existen 50 Centros Diurnos para personas mayores dependientes, que atienden a 1.482 personas. La práctica totalidad de estos centros dependen de organizaciones privadas sin ánimo de lucro.

Costa Rica. Centros de atención diurna para adultos mayores dependientes		
Titularidad	Número de centros	Número de personas atendidas
Privados con ánimo de lucro	1	45
Privados sin ánimo de lucro	49	1.447
TOTAL	**50**	**1.492**

Fuente: Respuesta basada en datos del Ministerio de Salud 2008

No existe ningún Albergue, Hogar y Centro Diurno especializados en la atención de personas mayores con diferentes tipos de demencias.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, mediante la firma de convenios con los hogares de ancianos, financia proyectos de atención domiciliar en el escenario comunal dirigidos a población adulta mayor.

Por otra parte, se aprobaron 4 convenios de transferencia de recursos con diferentes organizaciones de bienestar social, ubicadas en el territorio nacional, y un convenio con la Municipalidad de Talamanca, para la ejecución de un programa de atención domiciliar. Estos convenios permiten la atención, rehabilitación y tratamiento de las personas adultas mayores en estado de necesidad y indigencia, en condición de pobreza, vulnerabilidad y riesgo social. Por visita domiciliar se atendieron 388 personas adultas mayores y se reubicaron 22, es decir 410 personas adultas mayores.

La Dirección de Prestaciones Sociales, unidad adscrita a la Gerencia División de Pensiones de Caja Costarricense de Seguro Social, con el propósito de ampliar el ámbito de acción, incorpora a partir del año 2003, los cursos de capacitación a personas cuidadoras de adultos mayores en condición de dependencia y se le asigna al programa ESTANCIAS Y AYUDAS SOCIALES, la planificación, ejecución y seguimiento del programa de capacitación a personas cuidadoras de personas adultas mayores en condición de dependencia conocido como CUIDADORES DE CORAZON DE ORO. Tiene como objetivo general: Desarrollar un programa de formación y capacitación para familiares y o encargados de Adultos Mayores en condición de dependencia, con el fin de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la persona adulta mayor y de su cuidador o cuidadora. Debe mencionarse que este programa es de aplicación nacional; a la fecha se han capacitado 531 personas.

De acuerdo a evaluaciones y visitas domiciliares se ha comprobado el grado de satisfacción no solo de los cuidadores por la capacitación recibida, sino de la población adulta mayor en condición de dependencia hacia su cuidador.

Además se conoce la experiencia del Hogar San Francisco de Asís, en Moravia: que es un hogar permanente que atiende a 12 personas adultas mayores en estado de dependencia total como consecuencia de procesos de enfermedades terminales. La atención e salud que se ofrece es de tipo integral, en la que intervienen: médicos,

enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, administrador y cuidadores directos.

Se destaca el programa ya que a pesar de que el estado de salud de las personas que ingresan a este hogar es terminal y con expectativas de vida muy cortas, las atenciones que se les prodiga repercuten en: maximizar el tiempo de vida en condiciones óptimas y procurar una muerte digna llegado el momento.

Utilizan estilos "naturalistas" para dar la atención a sus usuarios, especialmente en la alimentación que se les ofrece. Otro factor clave es la "atención con calidez" ya que pese a que la población atendida es pequeña, existe suficiente personal para ofrecer cantidad y calidad de tiempo en la atención de la persona adulta mayor, siendo más individualizada y específica para cada uno de ellos.

Costa Rica- Servicios de atención para adultos mayores	
Tipo de servicio	Descripción de las atenciones
Servicios de cuidados domiciliario	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes
Servicios de tele asistencia	No existen
Servicios de transporte especializado, adaptado para personas con discapacidades	La ley 7600 establece en transporte que el 10% de la flotilla de taxis debe estar adaptado para personas con discapacidad. En la ley 7935 en el artículo 13 se establece el requisito de que el transporte público colectivo ofrezca asientos preferenciales a las personas adultas mayores
Otros (Servicios de comedores comunitarios, etc.)	

Costa Rica- Equipamientos para el ocio y tempo libre de los adultos mayores		
Tipo de equipamiento	Descripción de las actividades realizadas	Número de personas atendidas
Centros culturales	Talleres Culturales Programas y grupos de baile. Aproximadamente 245 cursos impartidos a nivel nacional por la Caja Costarricense de Aseguro Social	7.500 al año

4.2. Redes de apoyo social

4.2.1. Principales entidades del sector social (Fundaciones, asociaciones, ONGs) que prestan servicios a los adultos mayores

La Federación Nacional de Jubilados y Pensionados (FENALJUPE) nació en 1984 como una necesidad para ayudar a la población de adultos mayores de nuestro país y con el fin de proporcionarles una mayor calidad de vida. Es una entidad constituida por diez asociaciones de jubilados y pensionados, de bien social y sin fines de lucro.

Asociaciones afiliadas a FENALJUPE

- Asociación Nacional de Jubilados y Pensionados del Poder Judicial (ASOJUPEN)
- Asociación de Veteranos Excombatientes del Ejército de Liberación Nacional de Cartago 1948 1955 (AVEL)
- Asociación de Pensionados del Banco de Costa Rica (BCR)
- Asociación de Pensionados del Banco Anglo Costarricense (BAC)
- Asociación Nacional de Jubilados de Obras Públicas y Transportes (ANAJOPT)
- Asociación de Educadores Pensionados (ADEP)
- Asociación Sindical Nacional de Pensionados de Comunicaciones (ASINAPENCO)
- Asociación de Pensionados del Banco Central (APEBACEN)
- Asociación de Pensionados del Tribunal Supremo de Elecciones y Registro Civil (TSE y RC)
- Asociación Nacional de Excombatientes Pensionados(ANE)
- Asociaciones fraternas de FENALJUPE
- Asociación de pensionados de la Contraloría General de la República (ASOPECONTRA)
- Asociación Nacional de Pensionados del Instituto Nacional de Seguros
- Asociación Nacional de Pensionados del Banco Nacional de Costa Rica (ASPEBAN)
- Asociación de Profesores de Segunda Enseñanza, REGIONAL 26 DE PENSIONADOS APSE
- Asociación Nacional de Pensionados del Consejo Nacional de Producción
- Asociación Nacional de Pensionados Empleados del INVU (APEINVU)
- Asociación de Pensionados ex funcionarios de la Caja
- Asociación de Funcionarios Universitarios Pensionados (AFUP)
- Asociación de ex funcionarios Pensionados del Instituto Costarricense de Electricidad, (ASDEICE)
- Pensionados de la Asociación Nacional de Educadores (ANDE)
- Asociación de Pensionados del Ministerio de Salud (ADENSALUD)
- Asociación Nacional de Profesionales de Enfermería Pensionados y Jubilados (ANPE)
- Asociación Nacional de Pensionados de la Compañía Nacional de Fuerza y Luz
- Asociación de Pensionados de la Municipalidad de San José
- Asociación de Pensionados del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.
- Asociación de Pensionados de la Asamblea Legislativa
- Asociación de Pensionados de Hacienda y Poder Legislativo (ASPHAL)

- Unión Nacional de Músicos Pensionados (UNEMUPE)
- Asociación Nacional de Pensionados (ASNAPE)
- AGECO
- Red Nacional de Clubes con 12 Redes regionales integradas por 112 clubes
- Base de datos del CONAPAM

Costa Rica- Asociaciones involucradas con adultos mayores, de acuerdo a la base de datos del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor				
NOMBRE	COORDINADOR	TELEFONO FAX	DIRECCIÓN	NATURALEZA
Asociación de Salud Integral del cantón Vázquez de Coronado.	Francisco Blanco López.	292-67-54 Fax: 292-67-54	125 mts sur de la Cruz Roja de Coronado.	Salud.
Asociación Adulto Mayor "Volver a Vivir"	José Luis Rojas	474-01-32 Fax: 474-00-44	Aguas Zarcas, San Carlos.	Recreativo, cultural.
Asociación de Pensionado del Banco de Costa Rica	Bilo Fabio Arias Quirós	287-93-20 308-66-12	Salón de Pensionados del BCR, segundo piso en el Edificio Telebanco (500 mts sur del edificio central, San José).	Recreativo Solidario
Asociación Pro Desarrollo Social, Cultural y Educativo, Damas Voluntarias de los Lagos de Heredia.	Ana Sosa Jara	260-21-82 Fax: 260-21-82	Los Lagos de Heredia. De la Clínica Cedcas, 50 al oeste.	Recreativo Cultural
Asociación de Pensionados de Hacienda y Poder Legislativo	Lic. Guillermo Aguilar Chinchilla	280-10-11 Fax: 225-76-16	Del Colegio de Abogados, 200 mts oeste, 50 norte y 50 oeste.	Pensionados
Asociación La Estancia de los Años Dorados	Manuel Artavia Arroyo	433-85-59 Fax: 433-99-91	San José de Alajuela. Frente a la Escuela General José de San Martín.	Recreativo Cultural
Asociación de Estudiantes Adultos Mayores, Universidad de Costa Rica	Rodolfo Eduardo Lizano Gómez	275-58-79 Fax: 275-31-85	Universidad de Costa Rica, Sede Central	Gremial, recreativo, cultural, estudiantil.
Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Desamparados	Sonia Rivera Jiménez	219-94-20 342-21-64 Fax: 219-72-82 del Salón Comunal	Gravilias. Costado sur del Salón comunal. Casa # 708, verde menta con verjas.	Religioso Cultural
Comisión Nacional de Rescate de Valores	Licda. Olga Ovares Araya	253-24-21 Fax: 253-24-21	Zapote. Edificio Registro Nacional Módulo Uno, segundo piso, contiguo al Consultorio Médico.	Formación de valores
Comité del Adulto Mayor del Colegio de Enfermeras de Costa Rica	MSc. Cinthya Chávez Araya	257-95-22 ext: 119 Fax: 257-98-54	Colegio de Enfermeras	Educativo Salud
Comité Pro Adulto Mayor de Cahuita	Mercedes Ramón Cháves	755-02-32	Centro de Cahuita.	Atención especializada
Grupo Adulto Mayor, Dulce Nombre de Jesús	Blanca Gómez Campos	Telefax: 221-28-93 Oficina Parroquial	De la KFC del Paseo Colón, 300 mts norte, 25 mts oeste. Barrio Pitahaya.	Religioso Cultural
Grupo Inmaculado	Rosa Brenes Pérez	219-75-33	Gravilias. Frente	Religioso

Corazón de María, Pastoral Social de Desamparados		Fax:	al Colegio. Casa # 584, amarilla con rojo.	
Grupo del Adulto Mayor de Gravilias	Nelly Solís Céspedes	259-72-06	Gravilias. Edificio contiguo al Salón Comunal.	Recreativo
Grupo Fortaleza	Licda. Cristina Gónzales Vargas	450-17-34 841-61-96 Fax: 450-17-34	San Juanillo, Naranjo	Recreativo Deportivo
Grupo Adulto Mayor "Sonrisas de Vida"	Hilda Sandoval Martínez	Telefax: 671-14-80	Bagaces, Guanacaste. De la Ferretería Sancarleño, 100 mts oeste y 50 mts norte.	Recreativo, cultural, cultural.
Grupo Alegría de Vivir	Carlos Navarro Monestel	552-11-00 396-28-06 Fax: 591-83-17	Guadalupe de Cartago	Recreativo Deportivo
Grupo Ciudadano de Oro "Carita Feliz"	María de los Ángeles Arias	285-06-53 307-55-80	Instalaciones Deportivas de Goicoechea "Piscinas Municipales".	Recreativo Deportivo
Grupo de personas adultas mayores refugiadas "Amigos de Oro", Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).	Licda. Jacqueline Camacho Prado	233-33-14 Fax: 233-36-51	ACAI, 200 mts sur del banco de Costa Rica en Paseo Colón. Casa esquinera amarilla con muro de piedra.	Socioeducativo
Grupo Adulto Mayor Atardecer	Kattia Rojas Vargas	Fax: 479-95-01 479-91-42	La Fortuna de San Carlos	Recreativo Deportivo
Grupo Oro del Colegio de Contadores Privados de Costa Rica.	Mario Córdoba Cubero	226-29-70 Fax: 286-62-41	Colegio de Contadores Privados de Costa Rica. En Calle Fallas.	Recreativo Cultural
Grupo Adulto Mayor en Movimiento	Marina España Mora	777-03-90 Fax: 777-06-94	Quepos. Barrio Bella Vista. Polideportivo Bella Vista.	Recreativo Cultural
Programa de Prejubilación, Ministerio de Economía	Licda. Yorleny Ramírez Alvarado	297-11-33 235-27-00 ext: 234 Fax: 240-52-18	Ministerio de Economía, Recursos Humanos	Educativo Recreativo
Grupo Pastoral Adulto Mayor de Sagrada Familia	Myrna Ortíz	222-91-78 Fax: 221-89-20	Iglesia de Sagrada Familia	Religioso Cultural

Fuente: Base de Datos del CONAPAM,2007

4.2.2. Estudios sobre las redes de apoyo informal

- **La Capacitación como Alternativa para el Mejoramiento de la Calidad de vida de los Cuidadores y de las Personas Adultas mayores Dependientes en su Domicilio: El caso de Costa Rica**, año 2006. Msc. Lidieth Barrantes Murillo

Las conclusiones de dicho estudio son:

Partimos del supuesto de que la relación diaria, la dependencia, la duración de la jornada de trabajo, el ambiente de convivencia, las limitaciones socioeconómicas, el

estado de salud de ambos y sobre todo, el empirismo en el manejo de técnicas y procedimientos, podrían constituirse en disparadores del deterioro de su calidad de vida.

Existen razones para suponer, que tanto la Persona Adulta Mayor dependiente como la Persona Cuidadora, experimentan una progresiva disminución de su calidad de vida, la cual -en muchos casos- se sustenta en un manejo inadecuado de la relación, pero en la mayoría por desconocimiento de técnicas, procedimientos y formas de atención que contribuyan a la creación de destrezas y habilidades para revertir la situación.

Cuando se presenta, por circunstancias no esperadas , la necesidad de incorporar al ambiente de la persona adulta mayor dependiente, una Persona Cuidadora, surgida de! entorno familiar o fuera de él, se adoptan -en algunos casos- decisiones orientadas a su atención, sin tomar en consideración las consecuencias de un cuido inadecuado, Esto quiere decir, que surgida la necesidad, se debe forzar la atención y las nuevas responsabilidades pueden constituirse en una nueva causa que genere problemas que fácilmente se pueden evitar.

Conviene señalar, que según el análisis de los resultados obtenidos y su relación con "la Capacitación como una alternativa para el mejoramiento de la calidad de vida de los(as) cuidadores(as) y de las personas adultos mayores dependientes en su domicilio: El caso de Costa Rica", se concluye que existen variedad de factores y situaciones que influyen en la calidad de vida de la población estudiada.

El proceso de capacitación permitió que las funciones que realiza el cuidador en la atención de la persona adulta mayor se brinde con calidad.

El estudio permitió identificar factores ambientales, sociales , psicológicos y educativos que intervienen en la simbiosis que se establecen entre el cuidador y la persona mayor dependiente.

La capacitación le permitió a los cuidadores elevar la autoestima, ser mas humanos en la atención y crear conciencia del rol que desempeñan

- **"Programa de intervención en la Elaboración de proyectos de vida de personal jubilado del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes"**. Marlene Alvarez Martínez

Objetivo General

Desarrollar un programa enfocado a la elaboración de los proyectos de vida de las personas jubiladas del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, en beneficio de la calidad de vida.

Objetivos específicos

- Analizar la realidad en que viven los (as) jubilados(as) y compararla con los mitos y expectativas que tienen antes de la jubilación.

- Promover el intercambio de experiencias de las personas adultas mayores participantes con el fin de facilitar mediante el modelo Andragógico el ajuste a la nueva etapa de vida.

- Revisar y actualizar los proyectos de vida de los (as) participantes acorde con las nuevas necesidades.

- Evaluar los resultados del programa educativo ofrecido a las personas jubiladas.

- **"Fortalecimiento del Sistema de Apoyo Social frente al Proceso de Envejecimiento en la Asociación de Educadores Pensionados de Curridabat".** Helena Badilla Alán

Objetivo General

Fortalecer el Sistema de Apoyo Social en la ADEP (Filial 1-14) desde una perspectiva Gerontológica para favorecer los vínculos significativos de sus miembros, frente a sus procesos de envejecimiento.

Objetivos Específicos

- Caracterizar – en forma participativa- las principales relaciones o vínculos que establecen los miembros del grupo de ADEP (Filial 1-14).

- Reflexionar acerca de los factores que determinan los vínculos significativos entre los miembros de ADEP y su relación frente al proceso de envejecimiento.

- Reconstruir con los y las participantes, los elementos básicos que constituyen un sistema de apoyo social para la población de pensionados de ADEP.

- Evaluar el proceso de fortalecimiento del Sistema de Apoyo Social en la ADEP (Filial 1-14, Curridabat)

- Sistematizar la experiencia gerontológica en el fortalecimiento del sistema de apoyo social en la ADEP (Filial 1-14)

- **Rescate de la Cultura del Adulto Mayor en San Marcos de Tarrazú, y su Relación con la Calidad de Vida.** Eduardo Murillo Z.

Objetivo

Integrar a adultos mayores de San Marcos de Tarrazú, mediante un programa de participación social, que promueva su expresión y que incida en una mejor calidad de vida, en el año 2002.

Objetivos específicos

- Sensibilizar a la población sobre el papel del adulto mayor en la comunidad, mediante su participación.

- Proponer el protagonismo social de los adultos mayores de San Marcos, mediante la planificación y ejecución de actividades culturales.

- Analizar los cambios en la calidad de vida de los envejecidos, relacionados con la producción de cultura en la comunidad.

- **La Importancia de los Vínculos Afectivos en el Trabajo con quienes cuidan Personas Adultas Mayores.** Lilliana Miranda Álvarez.

Objetivo General

Mediante el Modelo Andragógico, promover el desarrollo de conocimiento, habilidades y destrezas de las y los cuidadores del adulto mayor con retención de secreciones bronquiales.

Objetivo Específicos

- Lograr que los y las cuidadoras de pacientes compartan información útil para su trabajo, a partir de la definición conjunta de un perfil de cuidador.
- Compartir información sobre técnicas de higiene bronquial, con la aplicación del modelo Andragógico de enseñanza.
- Identificar los factores que producen estrés en las y los cuidadores y discutir la forma de resolver los problemas.

- **Redes de apoyo para un grupo de adultos mayores de Granadilla Norte.** Olga Hernández Chávez.

Objetivos Generales

- Integrar redes de apoyo para solventar algunas de las necesidades psicosociales de un grupo de adultos mayores de Granadilla Norte de Curridabat, por medio de las fortalezas individuales y colectivas identificadas e involucrar a la comunidad para que facilite los recursos con que cuentan, en la resolución de las mismas.
- Aportar estrategias novedosas de atención integral para los adultos mayores dentro de sus mismas comunidades, y al mismo tiempo que puedan ser replicables.

Objetivos Específicos

- Crear espacios de expresión para los adultos mayores.
- Identificar las fortalezas individuales y colectivas de los participantes.
- Identificar las necesidades desde las perspectivas de los adultos mayores.
- Reconocer los recursos existentes en la comunidad.
- Procurar el involucramiento de la comunidad en la resolución de necesidades presentadas por los adultos mayores.
- Fomentar la autonomía, la independencia y la participación social de los individuos y la colectividad.

- **Construyendo espacios de trabajo Grupal que favorezcan el autoconocimiento y la toma de decisiones de un grupo de Adultas Mayores de Lomas de Río, Pavas**. Por Yolanda Brenes Zumbado.

Objetivos Generales

- Construir de manera conjunta con un grupo de participantes de la Pastoral de la III edad de Pavas, espacios para la participación en actividades que faciliten el autoconocimiento y la toma de decisiones que favorezcan el mejoramiento de su calidad de vida.

- Promover la elaboración de un modelo de atención basado en las experiencias desarrolladas con el grupo, destacando la importancia de la participación del gerontólogo (a) en este tipo de organizaciones.

Objetivos Específicos

- Elaborar un diagnóstico de las características y necesidades sentidas de las adultas mayores pertenecientes a la Pastoral de la III edad de Pavas.

- Elaborar un plan de trabajo socioeducativo basado en los resultados obtenidos en el diagnóstico.

- Desarrollar de manera conjunta con las participantes el proceso socio educativo y recreativo que facilite el autoconocimiento de las participantes y estimule la toma de decisiones en el ámbito individual y grupal.

- Analizar junto con los (as) participantes las diferentes fases del proceso.

- Elaborar una sistematización de las experiencias de aprendizaje llevadas a cabo durante el proceso de intervención.

- Construir de acuerdo con los resultados obtenidos lineamientos generales para la elaboración de un modelo.

- Dar a conocer los resultados obtenidos como producto de la intervención grupal realizada destacando la necesidad de la intervención profesional.

- **Formación para Familiares Cuidadores de Personas Mayores con Demencia tipo Alzheimer**. Marianela Parks Jones.

Objetivo General

Facilitar a los familiares cuidadores, elementos para solucionar problemas causados por la enfermedad y para descubrir sus propios sentimientos, emociones y motivos en relación con la persona mayor con demencia.

Objetivos específicos.

- Realizar un diagnóstico que permita identificar los motivos, necesidades e intereses de los familiares cuidadores para participar en el proyecto de formación.

- Facilitar a los familiares cuidadores elementos que les permitan adquirir un nivel de conciencia de sus propios valores, deseos y necesidades al atender a las personas adultas con demencia.

- **"La interacción social del o la jubilada pensionada con sus redes de apoyo y los factores asociados en la ocurrencia de la jubilación"**. Dyalá Fandiño Rojas

Objetivo general

Interpretar desde la perspectiva de los y las participantes, las condiciones en que ocurrió la jubilación con pensión y el efecto que la misma produce en las relaciones sociales del o la jubilada con las redes de apoyo.

Objetivos específicos

- Interpretar el papel de las interacciones sociales que ocurren entre el jubilado o jubilada y los miembros de las redes sociales de la familia, los amigos, los vecinos y los grupos de afiliación.
- Interpretar los cambios, extensión o modificación de los roles en el continuo trabajo-jubilación.
- Identificar los diferentes tipos de apoyo que se dan en las relaciones entre las redes sociales y los y las participantes.
- Analizar la permanencia y la influencia de los factores de trabajo que intervienen en el ajuste a la jubilación, tales como relaciones sociales laborales, ingreso económico e interpretación con el trabajo.
- Analizar los factores sociales, económicos y culturales del contexto general asociados al continuo trabajo-jubilación, presentes e influyentes en este proceso.
- Identificar los factores protectores del proceso trabajo-jubilación que favorecen un retiro satisfactorio.

- **"El apoyo social y la Espiritualidad en la Pastoral de la Tercera Edad"**. Karla Castillo González

Objetivo general

Analizar la organización de la "Pastoral de la Tercera Edad" en Llorente de Tibás como facilitadora de apoyo social y del desarrollo espiritual de un grupo de personas mayores.

Objetivos específicos

- Caracterizar a las personas mayores que asisten al grupo de la "Pastoral de la Tercera Edad"
- Identificar la organización de la "Pastoral de la Tercera Edad".
- Describir la participación de las personas mayores en la "Pastoral de la Tercera Edad".

- **"Programa de capacitación en la atención de las necesidades básicas de las personas adultas mayores dirigido a cuidadoras privadas del Hogar Carlos María Ulloa"**. Glenda Priscilla Barrientos Paz

Objetivo general

Construir un programa de capacitación en atención de las necesidades básicas de la persona adulta mayor (PAM), dirigido a las cuidadoras privadas de las personas adultas mayores residentes en el Hogar Carlos María Ulloa, con el fin de mejorar la condición de salud y la calidad de vida de las personas que reciben sus servicios.

Objetivos específicos

- Determinar las necesidades educativas e intereses de las cuidadoras en relación con la atención de las necesidades básicas de la persona adulta mayor.
- Desarrollar un programa educativo para cuidadoras (es) de personas adultas mayores de acuerdo con las necesidades e intereses identificados.
- Plantear la posibilidad de que el programa de capacitación se retome posteriormente para las (os) cuidadoras (es) que se incorporen a esta noble labor en el citado Hogar de ancianos.
- Evaluar los resultados del programa desarrollado.

- **"Fortaleciendo la Organización para el empoderamiento y la autonomía del grupo Ollita Llena".** Msc. Kira Vargas Obando

Objetivos generales

Facilitar el desarrollo de habilidades de organización, liderazgo y planificación que fortalezcan el empoderamiento y la autonomía del grupo.

Construir con las personas adultas mayores un proyecto socioeducativo para el desarrollo de actitudes y comportamientos que contribuyan a su envejecimiento exitoso.

Objetivos específicos

- Identificar con las personas mayores, capacidades, potencialidades y necesidades sentidas, que les permita mantenerse activas, autónomas y útiles.
- Propiciar la consolidación de un grupo proactivo con capacidad de planear actividades que beneficien su calidad de vida.
- Generar procesos de planificación, organización y capacitación con miras a conformar una asociación formal.
- Evaluar el proceso propuesto.

- **"Alternativas de desarrollo Personal para las personas adultas mayores pertenecientes al grupo "Envejecimiento Feliz".** Tatiana Duarte Tencio

Objetivo general

Establecer alternativas de desarrollo personal, para las personas adultas mayores que conforman el grupo “Envejecimiento Feliz”, de la comunidad de Orosí, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos

- Determinar las necesidades de desarrollo personal, de las personas adultas mayores que participan en el grupo.
- Analizar las motivaciones e intereses del grupo.
- Construir conjuntamente con los (as) participantes de grupos alternativos de desarrollo personal, que considere sus fortalezas y posibilidades.
- Desarrollar un proceso de capacitación y acompañamiento.
- Evaluar el proceso desarrollado.

4.2.3. Participación social

Federación Nacional de Jubilados y Pensionados (FENALJUPE)

La FENALJUPE, agrupa a varias organizaciones y asociaciones de pensionados.

Su Misión es garantizar las condiciones de reivindicación sin discriminación, con políticas, estrategias filosóficas y normativa legal, a través de sus acciones de lucha, en conjunto con los dirigentes e integrantes de asociaciones afiliadas.

Su Visión es luchar en pro de la dignificación del jubilado pensionado y adulto mayor, concientizándolo para el trabajo en equipo, a través de una estructura organizada, que le permita desarrollar con éxito su conducción reivindicativa y que le garantice la calidad de vida entre sus afiliados, utilizando la seguridad socioeconómica, recreativa, salud, respeto familiar, participación organizada, entre otros.

ECUADOR

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. Población total y Población de Adultos Mayores según el VI Censo de Población y V de Vivienda (Nacional) de 2001, y actualizaciones posteriores*

Según el VI Censo de Población y V de Vivienda Nacional 2001, la población total de Ecuador se cifraba 12.156.608 personas. El 49,5% corresponde a los hombres frente a un 50,5% de mujeres.

Las estimaciones y proyecciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador (INE) calculan que para el año 2005 la población total en el país ascendía a 13,2 millones de personas.

Se observa que la población ecuatoriana es predominantemente urbana (el 61,1% reside en áreas urbanas, frente al 38,9% que habita en áreas rurales). Al diferenciar por género, los hombres mantienen un promedio de residencia más alto (51,93%) que las mujeres (46,03%) en zonas rurales, mientras que entre las mujeres se advierte una mayor presencia relativa en las regiones urbanas, con un 53,97% frente a un 48,07% de los varones. La densidad poblacional es de 44 habitantes por km2.

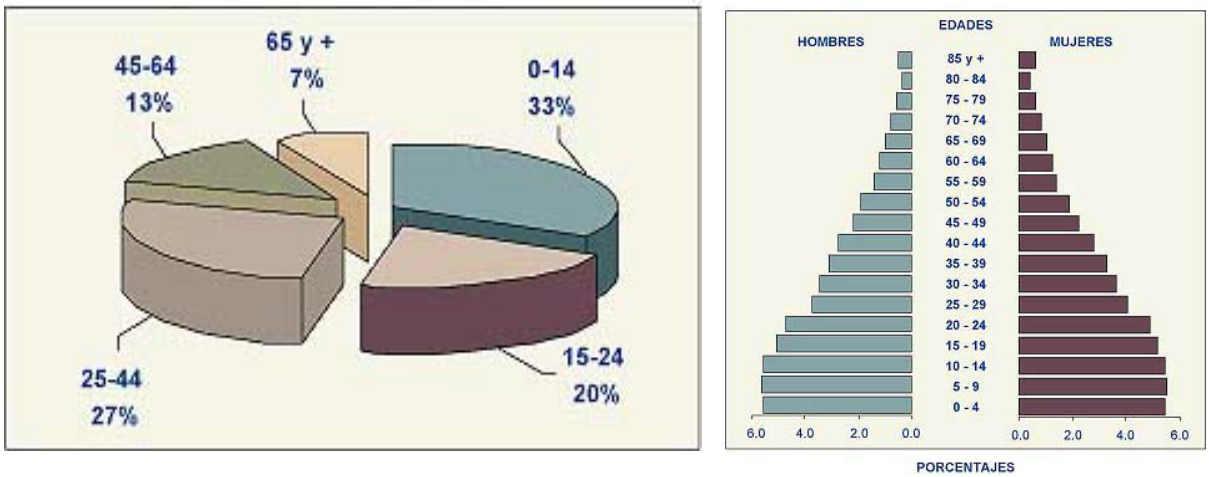
Ecuador- Población según tipo de localidad y sexo, 2001		
Localidad	Población	
	Hombres	Mujeres
Total	100,0%	100,0%
Rural	51,93%	46,03%
Urbana	48,07%	53,97%

FUENTE: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de datos censales, 2001.

La distribución de la población por grandes grupos etarios reportada en el censo es la siguiente:

* El presente apartado fue realizado a partir de la información censal, y a las estimaciones y proyecciones presentes en: 1) VI Censo de Población y V de Vivienda (Nacional) de 2001, Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador ; 2) Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador, División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL/CELADE) en el marco del convenio con la Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de Ecuador, Santiago de Chile, marzo de 2007, pp. 29-49; 3) Boletín Demográfico nº 72 de la CEPAL, julio 2003; y 4) Ecuador : Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050 de INEC/CEPAL/CELADE, Quito 2003.

Población nacional por grupos de edad (en porcentajes) y pirámide de población



Fuente: VI Censo Nacional de Población y V de Vivienda, 2001.

Según las estimaciones y proyecciones de población de INEC-CEPAL, para el año 2005 la situación demográfica en Ecuador arrojaba las siguientes cifras: el número de hijos por mujer se situaba en 2,8 mientras que la tasa de natalidad era de 12,7[71]; la tasa de mortalidad era de 4,3 muertes por cada 1.000 habitantes. El índice de crecimiento vegetativo para 2003[72] era 1,9%, y el crecimiento total del 2,1% con un saldo migratorio negativo, con 125.106 emigrantes (de los cuales, un 48,3% correspondía a los hombres y un 52,2% a las mujeres).

Con respecto a la esperanza de vida, al nacer es de 74,2 años. Para los varones es de 71,3 y para las mujeres de 77,2 años. La esperanza de vida adicional a los sesenta y cinco años es para los hombres 17,9 años y para las mujeres 19,65 años.[73]

Ecuador se encuentra en la fase plena de transición demográfica junto a otros países de la región.[74] Dicha etapa se caracteriza por tasas decrecientes de fecundidad y mortalidad, por ende del ritmo de crecimiento de la población; y por presentar porcentajes de adultos mayores ubicados entre el 5 y el 6%.

De acuerdo con el último censo, el número de personas mayores de 65 años residentes en Ecuador representaba el 6,7% de la población total del país, lo que en números absolutos suponía 813.624 personas, distribuidas en forma desigual en las distintas regiones del país.[75]

[71] Tasa por 1.000 habitantes.

[72] CEPAL (2003), Boletín Demográfico nº 72, Santiago de Chile.

[73] CEPAL/CELADE (2007), Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile, pp. 36-37.*Los datos corresponden al quinquenio 2000-2005.*

[74] Ibíd., p. 25 (cuadro 2). En este grupo se hallan también: Colombia, México, Panamá, Perú, Rep. Dominicana, Rep. B. de Venezuela, El Salvador, Paraguay, Honduras, Nicaragua y Bolivia en el período 2005-2010.

[75] La Sierra es la región más envejecida, con un 7,9% de su población en estas edades; la Costa se encuentra en el promedio nacional (6,7%), siendo la Amazonia la más joven, con sólo 4,4% de su población en las edades adultas mayores, conjuntamente con las Islas Galápagos (5,5%) y las zonas no delimitadas (5,35%). Op. Cit, p. 59.

Ecuador. Población de 65 años y más total urbana y rural por regiones Censo 2001						
	Población Total		Población Urbana		Población Rural	
	Población 65+	Porcentaje 65+	Población 65+	Porcentaje 65+	Población 65+	Porcentaje 65+
Total país	**813.624**	**6,69**	**476.727**	**6,42**	**336.897**	**7,13**
Sierra*	389.071	7,12	195.727	6,50	193.344	7,90
Costa**	396.266	6,54	271.720	6,46	124.546	6,74
Amazonia	28.287	4,42	9.280	4,40	19.007	4,43
Insular	4.634	5,08	680	4,27	3.954	5,25

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales, 2001.
*donde se ubica Quito
**donde se ubica Guayaquil

A partir del año 2001 la población adulta mayor muestra una tendencia significativa de concentración urbana (58,6% de los adultos mayores residen en ciudades). También existe una importante presencia del 41,4% en las zonas rurales, reproduciendo de manera muy similar la situación de la población total del Ecuador.

Ecuador. Población Adulta Mayor según tipo de localidad y sexo, 2001				
Lugar de residencia	Total		Hombres	Mujeres
	Número	%	%	%
Total país	**813.624**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Zonas urbanas	476.727	58,6	56,41	60,59
Zonas rurales	336.897	41,4	43,59	39,41

FUENTE: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de datos censales, 2001.

La población indígena de 65 y más años constituye el 6,2% de la población adulta mayor total (50.670 personas); entre ellos, el 84,1% habita en zonas rurales.

En 2005, según las estimaciones efectuadas por la CEPAL sobre la población ecuatoriana, el número de personas mayores de 60 años es de 1.214.515 (8,86% de la población total), dentro de este subgrupo, los adultos mayores de 75 años suman 218.613 personas, lo cual representa el 18% de la población adulta mayor.

Situación demográfica de Ecuador. Distribución ponderada[76]						
Grupo Etario	Total de población %	Total de Mujeres %	Total de Hombres %	Total en hábitat urbano	Total en hábitat rural	Etnias
60–74 años	82 %	81 %	83 %	61 %	39 %	Heterogéneo
75 y más años	18 %	19 %	17 %	61 %	39 %	Heterogéneo
Total	**100**	**55 %**	**45 %**			

Fuente: CEPAL, Boletín Demográfico No. 72, julio 2003.
Elaboración: Dirección Sistema de Pensiones IESS 2007

[76] Para efectos de la estimación actualizada de la población de adultos mayores en Ecuador, se utilizó una ponderación matemática proveniente de información estadística oficial del INEC y de otras tales como CEPAL y OPS/OMS y por lo tanto son referenciales y sujetas a revisión.

1.2. Evolución de la población mayor en el período 1970-2050[77]

La evolución que han sufrido las variables que se detallan a continuación en el período 1970-2050 delinea el proceso de envejecimiento en el Ecuador:

La fecundidad es una de las variables que más impacto presenta sobre la estructura por edades de una población. El descenso de la fecundidad comenzó a finales de los años sesenta y comienzos de los setenta, y el decrecimiento de las tasas de mortalidad a mediados del siglo pasado o aún antes. En tan sólo 35 años las tasas de fecundidad disminuyeron un 50%. A comienzo de la década de 1960 comenzaría el descenso de la tasa global de fecundidad, de 6,7 hijos por mujer a 2,8 en el quinquenio 2000-2005. Este promedio ubica al país sobre el promedio que registra la región: 2,6 hijos por mujer aproximadamente.

De las encuestas sobre fecundidad realizadas desde la década de 1970 puede apreciarse la evolución de esta variable:

- La fecundidad total ha descendido casi en un 40% entre 1974-1979 y 1999-2004, desde un promedio de 5,4 hijos por mujer a 3,3.
- El nivel de fecundidad rural considerado para el último período es, en promedio, de un hijo adicional al de la fecundidad urbana (3,9 frente a 2,9). La caída de este indicador es de un 42% (2,8 hijos menos en promedio), mientras que la de la fecundidad urbana fue de sólo un 28% (1,1% hijos menos en promedio)
- Los resultados arrojaron las siguientes conclusiones: las mujeres con mayor instrucción tienen menor fecundidad que las menos instruidas; las de los quintiles más bajos tienen muchos más hijos que las de los quintiles más altos; y las mujeres indígenas superan a las afroecuatorianas y al resto de la población.

En esta línea, las perspectivas que estipularon el estudio de 2003, Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050 (INEC/CEPAL/CELADE) indican que para el quinquenio 2020-2025, Ecuador habrá alcanzado una fecundidad compatible con el 'nivel de reemplazo'; con 2,1 hijos por mujer. Este nivel sólo "*alcanza para reemplazar una generación por otra de igual tamaño y cuyo resultado a largo plazo es un crecimiento demográfico nulo*"[78]

Sin embargo, en Ecuador, el motor inicial de la transición demográfica ha sido el descenso de la mortalidad. Acompañado éste, de un proceso denominado 'transición epidemiológica', cuya principal característica es el cambio en la prevalencia de ciertas enfermedades y causas de muerte.

La transición epidemiológica se ha caracterizado por el desplazamiento del predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades de tipo degenerativo (principalmente las del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios).

[77] El presente apartado fue realizado a partir de la información presente en el Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador, División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL/CELADE) en el marco del convenio con la Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de Ecuador, Santiago de Chile, marzo de 2007, pp 59-62.

[78] Rosero-Bixby (2004), "La fecundidad de reemplazo y más allá en áreas metropolitanas de América Latina". En *Notas de Población*, Año XXXI, nº 78, (CEPAL/CELADE, Santiago de Chile)

La mortalidad masculina es superior a la femenina, situación que se traduce en una mayor esperanza de vida por parte de las mujeres. Al aumentar las causas de muerte que afectan a los hombres (accidentes y violencia), y disminuir las que en especial incumben a las mujeres (relacionadas con su salud reproductiva), las cifras revelan un ensanchamiento en la brecha entre la mortalidad femenina y la masculina, a medida que aumenta la esperanza de vida.

La esperanza de vida evolucionó desde 48,4 años en el período 1950-1955 a 74,2 años en el quinquenio 2000-2005. En relación con este progreso se advierte en las estimaciones y proyecciones del Ecuador, cómo se han ido acentuando las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres entre 1950 y el año 2000, aproximadamente.

En el período 1950-1955 la diferencia entre los sexos era de sólo 1,6 años pero en el quinquenio 2000-2005 con una mortalidad mucho más baja y una esperanza de vida superior a los 70 años, las mujeres ecuatorianas viven, en promedio, 6 años más que los hombres. Esta transformación demuestra el alto proceso de feminización que atraviesa la sociedad.

Ecuador. Esperanza de vida al nacer por sexo, 1950-2050			
Períodos quinquenales	Años de esperanza de vida al nacer		
	Hombres	Mujeres	Diferencia Mujeres-Hombres
1950-1955	47,1	49,6	1,6
1970-1975	57,4	60,5	3,1
1990-1995	67,6	72,6	5,0
2000-2005	71,3	77,2	5,9
2010-2015	72,9	78,8	5,9
2020-2025	74,3	80,2	5,8
2030-2035	75,6	81,5	5,9
2040-2045	76,6	82,5	5,9
2045-2050	77,1	83,0	5,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (INEC/CEPAL/CELADE), Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050, INEC, Quito (Ecuador), 2003.

Aumentó también la esperanza de vida después de los 65 años, producto de los avances médicos en el control y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, y según el *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador* (2007):

"...la prolongación de la vida después de los 65 años no ha avanzado a un paso tan decidido como la disminución de la mortalidad en las edades tempranas y no se prevén cambios muy drásticos a corto plazo, a menos que haya un vuelco en el control de las enfermedades degenerativas".

Ecuador. Esperanza de vida a los 65 años por sexo, 1950-2050			
Períodos quinquenales	Años de esperanza de vida a partir de los 65 años		
	Hombres	Mujeres	Diferencia Mujeres-Hombres
1950-1955	11,01	12,04	1,03
1970-1975	13,11	14,09	0,98
1990-1995	16,10	17,86	1,76
2000-2005	17,90	19,65	1,75
2010-2015	18,16	20,31	2,15
2020-2025	18,39	20,88	2,49

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (INEC/CEPAL/CELADE), América Latina: Tablas de Mortalidad, 1950-2050, Boletín Demográfico nº 74 (LC/G.2225-P), CEPAL, Santiago de Chile, 2004.

No sólo se contemplan aumentos de la esperanza de vida en la totalidad del grupo poblacional, sino que se advierten cualquiera sea la edad que se tome en cuenta. Sin embargo, los incrementos son menores a medida que aumenta la edad de las personas, y siempre las mujeres muestran una sobrevivencia mayor que los hombres, la que se va ampliando con el transcurso del tiempo.

Con respecto al saldo migratorio que presenta el país, desde mediados de la década de 1970 y hasta aproximadamente principios de los años noventa este saldo fue relativamente bajo, con niveles que oscilaban entre las 10 mil y las 30 mil personas anuales. En 1993 este saldo comenzó a ascender lentamente hasta 1998 para iniciar, ya en 1999 un aumento drástico que culminaría en los años 2000 a 2004 con saldos netos de 175.922, 138.330, 165.215 y 125.106 emigrantes, respectivamente.[79]

La información recabada censalmente señala que si bien la emigración ha sido muy importante en términos absolutos y, además, pronunciadamente selectiva por edades, esto no ha incidido más que marginalmente en la estructura por edades de la población del país. Si los ecuatorianos en el exterior no hubieran emigrado la población sería levemente más joven que la que se observa actualmente, con una menor proporción de jóvenes y de adultos mayores y una mayor proporción de personas en edades económicamente activas.

En suma, los nuevos niveles de fecundidad y mortalidad, así como los movimientos migratorios, han incidido fuertemente en los cambios registrados sobre la estructura de edades de la población ecuatoriana y sobre la tasa de crecimiento de la población, que pasó de 2,6% en el quinquenio 1950-1955 a 1,4% en el quinquenio 2000-2005, lo que equivale a una reducción del 46% en un período de 50 años, levemente por encima del promedio de la región latinoamericana en el mismo período (44%).[80]

[79] Op.Cit., p.41-45. *En base a información proporcionada por FLACSO-Ecuador y Dirección Nacional de Migración y del INEC (FLACSO-Ecuador, 2006).*

[80] INEC/CEPAL/CELADE (2003), Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050, Quito.

Ecuador. Tasa de crecimiento de la población por grandes grupos de edades, 1950-2050				
Períodos	Tasas de crecimiento por grupos de edades (*por cien*)			
	Total	0 a 14 años	15 a 64 años	65 años y +
1965-1970	2,98	2,85	3,18	1,88
1975-1980	2,84	2,38	3,23	2,69
1985-1990	2,43	1,32	3,16	3,16
1995-2000	1,52	0,44	1,97	3,88
2005-2010	1,45	0,09	1,92	3,51
2015-2020	1,27	-0,16	1,52	4,20
2025-2030	0,95	-0,29	1,01	3,51
2035-2040	0,65	-0,51	0,60	2,83
2045-2050	0,41	-0,48	0,18	2,44

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (INEC/CEPAL/CELADE), Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050, INEC, Quito (Ecuador), 2003.

La disminución del número de hijos tenidos impactó fuertemente sobre el número de nacimientos y el peso relativo de los niños, dando lugar a una importante disminución de la población menor de 15 años. A su vez este efecto se va trasladando a las siguientes generaciones, con lo cual la tasa de crecimiento de la población en edades potencialmente activas (15 a 64 años) toma también un ritmo decreciente. Por otro lado, la prolongación de la vida de los adultos mayores provoca un aumento en su peso relativo dentro de la población total, que se potencia con la reducción de la importancia de los otros dos grupos de edades.

En consecuencia, la tasa de crecimiento de la población de 65 años y más va en aumento, y se espera que esta tendencia continúe hasta aproximadamente el quinquenio 2010-2015, cuando podría comenzar a decrecer, aunque siempre muy por arriba del crecimiento de los restantes grupos de edades.

Si se analiza la población ecuatoriana desde el punto de vista de los tres grandes grupos etarios, se concluye que:

- El segmento de edades activas es el que muestra los cambios menos notables, entre 25 y 30% durante los 100 años considerados, estabilizándose en niveles cercanos al 30%.

- Los grupos extremos son los que mostrarán los cambios más significativos, ya que mientras los niños y adolescentes (menores de 15 años) irán disminuyendo su peso sobre el total, los adultos mayores lo irán incrementando hasta que, hacia 2050, ambos grupos se equipararían, por debajo del 10% cada uno de ellos.

Ecuador. Tamaño de la población total y por grupos de edades, 1950-2050				
Años	Población (*en miles*)			
	Total	0 a 14 años	15 a 64 años	65 años y +
1950	3.387	1.338	1.869	180
1970	5.970	2.648	3.068	253
1990	10.272	4.001	5.844	427
2000	12.297	4.238	7.438	620
2010	14.204	4.305	8.999	896
2030	17.946	4.133	1.1911	1.897
2050	20.192	3.741	1.3152	3.294

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (INEC/CEPAL/CELADE), Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050, INEC, Quito (Ecuador), 2003.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN ECUADOR [81]

2.1. Salud

2.1.1. Discapacidad

Los resultados del censo de población del año 2001 revelaron que en Ecuador habitan 170.549 personas de 65 años y más con alguna discapacidad permanente[82], los que representan el 21% del total de las personas en ese grupo de edad y el 43,2% de la población total con discapacidad. En la población menor de 65 años esta condición estaría presente sólo en un 3,5%.

Si se toma en cuenta a la población indígena por separado, la importancia de la discapacidad en los adultos mayores indígenas es similar a la de los no indígenas, mientras que en la población menor de 65 años es levemente mayor.

Ecuador. Población Total e Indígena según condición de discapacidad, Censo 2001

Población / edad	Población Total	Grandes grupos de edades			
		0 a 64 años	%	65 años y más	%
Población total	**12.156.608**	**11.342.984**	**-**	**813.624**	**-**
Personas con discapacidad en la población total	565.560	395.011	3,5	170.549	21,0
Población indígena	830.418	779.748	-	50.670	-
Personas con discapacidad en la población indígena	44.067	33.435	4,3	10.632	21,0

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales.

Por otro lado, si se considera como fuente a la Encuesta Nacional de Discapacidad (2005), los números aumentan exageradamente respecto del Censo citado: se registraron 527.405 adultos mayores con discapacidad, lo que representa el 55,2% de la población de adultos mayores con discapacidad estimados para el año 2004. Esta diferencia está basada en la adopción de una nueva definición de la discapacidad, distinta a la considerada en el censo de población de 2001.

Mientras que en el Censo el concepto de discapacidad se refiere a una "incapacidad permanente"; en la Encuesta del año 2005 se define como una deficiencia a "aquello que presenta alguna anormalidad o pérdida de una estructura corporal o función fisiológica en forma permanente o mayor a un año"[83].

[81] El presente apartado fue realizado a partir de la información presente en el Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador, División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL/CELADE) en el marco del convenio con la Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de Ecuador, Santiago de Chile, marzo de 2007, pp.62-109.

[82] El censo de población 2001 preguntó: *"¿Tiene alguna incapacidad (discapacidad) permanente de tipo físico, sensorial o mental?"*. Las alternativas de respuesta fueron: *Para ver (ceguera, sólo sombras); Para mover o usar el cuerpo (parálisis, amputaciones); Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudo); Retardo mental; Enfermedad psiquiátrica (locura); Múltiple (dos o más de las anteriores); Otras (desfigurativas, órganos internos).*

[83] INEC/CONADIS (Instituto nacional de Estadística y Censos/Consejo Nacional de Discapacidades) (2005) Ecuador: La discapacidad en cifras. Análisis de resultados de la Encuesta nacional de Discapacidades, Ecuador.

En los tipos de discapacidad pueden identificarse un predominio de aquellas asociadas a la visión y a la capacidad para mover el cuerpo, tanto en la población adulta mayor como en el resto. Los problemas de tipo psiquiátrico y de retardo mental presentan una baja incidencia.

Entre la población adulta mayor pueden distinguirse las siguientes características:

- La discapacidad es mayor en las mujeres que en los hombres: el porcentaje de discapacidad es de 53,3% entre ellas frente al 46,7% de los varones.

- La discapacidad es mayor en las zonas urbanas que en las rurales, tanto entre los hombres como entre las mujeres. La discapacidad urbana es de 60,8% y está compuesta por un 44,8% de hombres y un 55,2% de mujeres; por su parte, la discapacidad rural es de 39,2%, con un 49,7% de hombres y un 50,3% de mujeres.

- Las mujeres superan a los hombres principalmente en las enfermedades psiquiátricas, en los problemas de visión, en las dificultades para mover el cuerpo y en las discapacidades múltiples. Los hombres están más representados por la sordera.

Ecuador- Porcentaje de discapacidad de la población de 65 años y más por sexo y lugar de residencia, Censo 2001

	Porcentaje según sexo			Porcentaje según lugar de residencia		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
Ambos sexos	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**60,8**	**39,2**
Hombre	46,7	44,8	49,7	100,0	58,3	41,7
Mujer	53,3	55,2	50,3	100,0	63,1	36,9

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales.

Ecuador- Población de 65 años y más por tipo de discapacidad según sexo y lugar de residencia, Censo 2001

Tipo de discapacidad	Urbano			Rural		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	**100,0**	**44,8**	**55,2**	**100,0**	**49,7**	**50,3**
Para ver	100,0	42,2	57,8	100,0	48,5	51,5
Para mover el cuerpo	100,0	43,6	56,4	100,0	49,4	50,6
Es sordo o usa aparato	100,0	52,4	47,6	100,0	55,8	44,2
Retardo mental	100,0	48,3	51,7	100,0	49,8	50,2
Enfermedad psiquiátrica	100,0	35,5	64,5	100,0	46,6	53,4
Discapacidad múltiple	100,0	43,8	56,2	100,0	46,5	53,5
Otra	100,0	47,3	52,7	100,0	49,9	50,1

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales.

- La discapacidad aumenta con la edad. Existe un porcentaje más alto de discapacidad entre los adultos mayores de 74 años que entre los de 65 a 74 años, y la diferencia entre los dos grupos de edades por sexo muestra que entre las mujeres las discapacidades se agravan con la edad volviendo a estas últimas más vulnerables.

Ecuador. Tipo de discapacidad en adultos mayores por edades y sexo, Censo 2001						
Tipo de discapacidad, sexo y edad	Hombres			Mujeres		
	Total hombres 65 y más	65 a 74	75 y más	Total mujeres 65 y más	65 a 74	75 y más
Total país	**100,0**	**46,8**	**53,2**	**100,0**	**44,0**	**56,0**
Para ver	100,0	49,5	50,5	100,0	47,7	52,3
Para mover el cuerpo	100,0	46,1	53,9	100,0	40,4	59,6
Es sordo o usa aparato	100,0	38,1	61,9	100,0	36,7	63,3
Retardo mental	100,0	48,0	52,0	100,0	36,7	63,3
Enfermedad psiquiátrica	100,0	43,8	56,2	100,0	38,6	61,4
Discapacidad múltiple	100,0	37,6	62,4	100,0	34,1	65,9
Otra	100,0	56,5	43,5	100,0	55,0	45,0

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales.

2.1.2. Causas de Morbilidad y tasas

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador, sobre la base de información proveniente del INEC ha determinado las diez principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres y hombres de 65 y más años en 2003.

Las enfermedades crónico-degenerativas son las que ocupan los primeros lugares, tanto entre las enfermedades como entre las causas de muerte, y se ecuentran claramente asociadas a los procesos de envejecimiento.

Ecuador. Principales causas de morbilidad en la población de 65 años y más, 2003					
Hombres	Número	%	Mujeres	Número	%
Hiperplasia de la próstata	3.305	8,74	Colelitiasis	1.760	4,9
Hernia inguinal	1.935	5,12	Neumonía organismo no especificado	1.594	4,4
Neumonía organismo no especificado	1.488	3,94	Hipertensión esencial (primaria)	1.572	4,3
Insuficiencia cardiaca	1.355	3,58	Diabetes mellitus no especificada	1.416	3,9
Colelitiasis	1.009	2,67	Insuficiencia cardiaca	1.284	3,5

Fuente: elaborado por el Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública, sobre la base del Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios de 2003 (INEC).

2.1.3. Causas de Mortalidad y tasas

Entre las principales causas de muerte de las personas mayores de 65 años en Ecuador, las enfermedades cardiacas y las crónico-degenerativas son las que ocupan los primeros lugares; mientras que las causas externas de mortalidad ya no aparecen entre los primeros puestos.

Ecuador- Principales causas de mortalidad en la población de 65 años y más, 2003					
Hombres	Número	%	Mujeres	Número	%
Insuficiencia cardiaca	1.029	7,73	Insuficiencia cardiaca	1.194	9,29
Infarto agudo de miocardio	778	5,84	Diabetes no especificada	696	5,41
Neumonía organismo no especificado	640	4,81	Neumonía organismo no especificado	643	5,00
Tumor maligno del estómago	532	3,99	Infarto agudo de miocardio	592	4,60
Tumor maligno de la próstata	511	3,84	Hipertensión esencial (primaria)	519	4,04

Fuente: elaborado por el Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública, sobre la base del Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios de 2003 (INEC).

2.1.4. Sistema de Salud

Ecuador presenta un sistema de salud fragmentado[84], constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas, con y sin fines de lucro.

Dentro del **subsector público** se ubican los siguientes organismos:

- Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Seguro Social Campesino (IESS-SSC)
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Policía
- Servicios de salud de algunos municipios
- Servicios de salud de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG)
- Servicios de salud de la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil
- Servicios de salud de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA)
- Servicios de salud de la Cruz Roja Ecuatoriana
- Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA)
- Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Las principales entidades del sistema público de salud son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Seguro Social Campesino (IESS-SSC). Según el Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador[85], el Estado ecuatoriano gasta en salud 40 USD por habitante al año, de los cuales casi 26 provienen del MSP, 13 del IESS y 1 USD del SSC.[86]

Ministerio de Salud Pública: en sus comienzos fue *"concebido como una red para atender a individuos no afiliados a los seguros médicos, públicos o privados. Los centros del IESS y del SSC operan como una red para atender a sus afiliados. Sin embargo, en la práctica las unidades proveedoras de servicios de salud del MSP también atienden a individuos afiliados a las otras dos entidades".*

El MSP ha pasado por una serie de reformas estos últimos años:

[84] Según la clasificación internacional de la OIT/OPS (1999), conjuntamente con México, Haití, República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Venezuela, Perú, Bolivia y Paraguay. Véase más información en Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social de la OPS: Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe, México [en línea] http://www.oit.org.pe/segsoc/acervo/oit-ops/texfinal3.pdf.

[85] CELADE-CEPAL, Santiago de Chile, marzo 2007, pp. 85.

[86] MBS/STFS/USAID/Measure Evaluation, 2006. "Ecuador: Gasto Público en salud ¿Progresivo o Regresivo?" [en línea] www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/sr-06-33-es.pdf.

- En 2002 se aprobó la ley orgánica del sistema nacional de salud,
- Y en 2003 su reglamento

    - *"...se puso énfasis en la atención primaria de la salud, en la integralidad del sistema nacional de salud y su funcionamiento, y en los consejos e salud nacionales, provinciales y cantorales como órganos de concertación".* A pesar de esto, *"se mantienen problemas estructurales como: falta de acceso, calidad deficiente, y altos gastos de bolsillo por los usuarios"*[87]

- En marzo de 2004 se publica el "Marco Teórico para el Nuevo Enfoque de la Gestión Pública", por parte de la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público (SENRES) por el cual se crea en el MSP la microárea del adulto mayor
- Desde 2005 se impulsan en este ministerio orientaciones más específicas hacia las personas mayores a través de la Coordinación de Normatización Técnica.

El **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)** provee prestaciones de salud bajo un régimen de afiliación personal orientado básicamente a los trabajadores dependientes, tanto del sector público como de las empresas privadas, en un esquema de seguro social que incluye prestaciones económicas y de atención médica y cubre básicamente a los trabajadores del sector formal urbano (aproximadamente el 28% de la PEA).

La afiliación de los trabajadores del área rural la abarca el **Seguro Social Campesino (SSC)**, cuya cobertura de carácter familiar incluye prestaciones sociales (mortuoria, invalidez, vejez) y atención médica primaria a una cuarta parte de la población campesina del país.

El subsector público cubre aproximadamente el 59% de la población ecuatoriana, especialmente en atención hospitalaria directa: se estima que el MSP atiende al 30% de la población, el IESS-SSC al 18%, las Fuerzas Armadas y la Policía al 1% y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Ecuatoriana en la Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y las entidades sin fines de lucro a otro 10%. Varias entidades privadas brindan servicios a un 10% de la población, mientras que el 30% restante no tiene acceso directo a la atención médica[88].

Interiormente, el **subsector privado** se divide en entidades con fines de lucro y sin fines de lucro:

- Entidades con fines de lucro: hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias, empresas de medicina prepagada
- Entidades sin fines de lucro: ONGs, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social

[87] Ministerio de Salud (sin fecha).

[88] CEPAL/CELADE (2007), Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile, pp. 86-88.

Estas últimas representan el 14,6% de los establecimientos del país. Se financian por el gasto directo de las familias y deben estar registradas y autorizadas por el MSP.[89]

2.1.5. Cobertura de Salud

Los datos sobre afiliación a seguros de salud por edades provenientes de la encuesta ENDEMAIN de 2004 revelan que en Ecuador alrededor del 70% de la población de 60 años y más se encuentra sin este tipo de cobertura, pese a que es un hecho muy conocido el que las personas mayores tienen mayores requerimientos de salud que la población más joven, y que la mayor parte de sus afecciones son de carácter crónico, por lo cual necesitan una atención permanente y más especializada.

No es posible encontrar, hasta la fecha, el porcentaje de la población no asegurada de adultos mayores que tiene acceso a los servicios del Ministerio de Salud Pública y/o está protegido por el PROAUS.

Del 30% que se encuentra afiliado, alrededor del 15% lo está al Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS); al Seguro Social Campesino (SSC) el 14% entre los de 60 y 74 años y el 11,5% entre los de 75 y más años; al Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y de la Policía (ISSPOL) alrededor del 1% o menos, y a los seguros privados una proporción ínfima, que no llega al 1%.

Ecuador- Población según afiliación a un seguro de salud, ENDEMAIN 2004

Afiliación a un seguro de salud	Población de 60 años y más	
	60 a 74	75 y más
Total	**100,0**	**100,0**
Seguro IESS solamente	14,0	14,7
Seguro IESS y otro seguro	1,7	0,8
SSC solamente	13,8	11,4
SSC y otro seguro	0,1	0,1
ISSFA e ISSPOL	0,8	1,2
Seguro privado	0,6	0,2
Sin seguro	69,1	71,6

Fuente: ENDEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil), 2004.

En el siguiente cuadro se presentan las razones de afiliación que expresaron los consultados en la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil en el año 2004.

[89] OPS/OMS (2002), Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud [en línea] http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeecuador-ES.pdf.

Ecuador- Población según razones de no afiliación a un seguro de salud, ENDEMAIN 2004		
Razones de no afiliación a un seguro de salud	Población de 60 años y más	
	60 a 74	75 y más
Total	**100,0**	**100,0**
Trabaja en forma independiente	42,4	21,9
No trabaja	37,0	54,5
El patrón no lo afilió	3,2	1,2
El costo es alto	3,0	3,1
El servicio es malo	3,0	2,2
Los centros de atención están lejos	2,7	3,2
Otra	8,7	13,9

Fuente: ENDEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil), 2004.

2.2. Trabajo

La participación laboral del adulto mayor en Ecuador con frecuencia se torna prácticamente necesaria como parte de la complementación económica familiar, cuando no es casi la exclusiva.

La insuficiente cobertura de seguridad social permite que este fenómeno sea recurrente, excluyendo el mandato ético que impone la necesidad de descanso y disfrute del ocio del adulto mayor, toda vez que ha cumplido con su responsabilidad de manutención del núcleo familiar.

Siendo un imperativo la cobertura general para los adultos mayores, es necesario que la responsabilidad del Estado repiense su rol en este mandato social y ciudadano, que debe pasar necesariamente por el diseño y gestión de un modelo de desarrollo incluyente que permita un crecimiento económico sostenido.

Producto de los bajos salarios alrededor de toda la vida laboral y los muy reducidos ingresos provenientes de las jubilaciones y pensiones es que gran cantidad de personas de la tercera edad, especialmente en los sectores sociales más bajos, no abandonan sus puestos de trabajo o buscan nuevas oportunidades para asegurarse la sobrevivencia, en la mayoría de los casos dificultado o imposibilitado por la escasa oferta de puestos de trabajo para las personas de edad avanzada y bajo nivel de instrucción.

A esta realidad se le debe considerar la extensión de la vida a partir de los 65 años, la que se ha ido prolongando con el aumento de la esperanza de vida y el mejoramiento de la salud de las personas, lo que posibilita un desempeño laborar también más extenso.[90]

Al interior del grupo de adultos mayores en Ecuador, la población económicamente activa (PEA) constituye el 37,9% del total, frente a un 62,1% de personas que se declaran inactivas (PEI), aunque sólo el 43,4% de ellas manifestaron recibir alguna pensión o jubilación. Cuando se consideran estos porcentajes discriminándolos por sexo es que estos se polarizan:

[90] La esperanza de vida promedio a los 65 años es de 18 para los hombres y de 20 para las mujeres en el quinquenio 2005-2010.

- Los hombres muestran una tasa de participación del 61,5% mientras que las mujeres sólo participan activamente en la economía en un 16,7%; y se distancian aún más en las zonas rurales.
- Mientras que el 52,6% de los hombres adultos mayores se declaró activo en las ciudades, el 72,1% lo hizo en las zonas rurales, y la participación declarada de las mujeres en estas áreas fue del 18,5%.

En términos comparativos, las tasas de participación de la población de 65 y más, especialmente en el caso de los hombres, están entre las más altas de la región, conjuntamente con Honduras, Paraguay, República Dominicana y Venezuela.[91]

Las razones que impulsan a la participación económica a partir de los 65 años cubren un abanico muy heterogéneo:

- Desde el deseo de continuar ejerciendo una profesión u oficio sin una verdadera necesidad de retribución económica o porque se encuentran en estratos ocupacionales de elevados ingresos
- Hasta la urgencia imperiosa de generar ingresos para el automantenimiento y el de sus familias. Existen grandes grupos poblacionales cuyo único ingreso, después de los 65 años, proviene de las pensiones y jubilaciones.

La asociación de bajos porcentajes de cobertura previsional y la alta participación en el mercado de trabajo a partir de los 65 años se ve reforzada por las bajas tasas de desocupación en este grupo etario.

La distribución de la población activa de 65 y más por categoría ocupacional puede observarse en el siguiente cuadro. Los trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados predominan entre las personas mayores ocupadas (66,29%), seguidos por los empleados y asalariados (23,84%) y, en último lugar, los patrones o empleadores (10%) a diferencia del resto de la población en edades económicamente activas (15 a 64 años), entre las que predominan los empleados o asalariados.

Ecuador. Categoría ocupacional por edad, sexo y lugar de residencia, Censo 2001

Lugar de residencia y edades	Patrón o empleador			Cuenta propia y familiar no remunerado			Empleado o asalariado		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total país	**10,2**	**10,8**	**8,9**	**43,11**	**44,26**	**40,46**	**46,67**	**44,94**	**50,65**
15 a 64	10,2	10,8	8,9	41,68	42,76	39,26	48,08	46,41	51,82
65 y más	9.9	10,8	8,3	66,29	66,02	67,24	23,84	23,66	24,49
Total urbano	11,3	12,0	9,9	35,77	37,20	32,99	52,93	50,76	57,13
15 a 64	11,2	11,9	9,8	34,89	36,29	32,22	53,91	51,79	57,95
65 y más	13,6	14,4	11,3	54,90	54,75	55,35	31,52	30,89	33,37
Total rural	8,4	9,0	6,6	55,21	54,44	57,59	36,36	36,55	35,78
15 a 64	8,6	9,2	6,8	53,34	52,47	55,95	38,07	38,33	37,28
65 y más	6,6	7,0	4,8	76,46	75,33	81,12	16,98	17,69	14,11

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento de datos censales.

[91] Del Popolo, Fabiana (2001), Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América latina, serie Población y Desarrollo nº 19 (LC/L.1640-P), Santiago de Chile, CEPAL/CELADE. Publicación de las Naciones Unidas.

En las zonas urbanas los adultos mayores ocupados se desempeñan predominantemente en: agricultura, caza, silvicultura, pesca, comercio y servicios. En las zonas urbanas el comercio y los servicios sumados superan a las actividades agrícolas y de pesca (aprox. el 48% de los hombres y el 79% de las mujeres), mientras que en las zonas rurales las labores agrícolas y de pesca ocupan al 83,8% de los hombres y al 66% de las mujeres de la población económicamente activa de la tercera edad.

Ecuador. Proporción de población de 65 años y más por rama de actividad económica, según lugar de residencia y sexo, Censo 2001

Lugar de residencia y edades	Patrón o empleador			Cuenta propia y familiar no remunerado			Empleado o asalariado		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Agricultura, pesca, otros	52,0	57,3	37,0	20,8	25,5	9,2	79,4	83,8	66,0
Comercio	16,7	15,0	21,3	29,6	27,7	34,3	5,3	4,5	7,9
Servicios	16,5	11,1	31,5	27,1	20,1	44,5	7,1	3,7	18,0
Manufactura	7,8	7,4	8,6	11,3	11,9	10,0	4,6	3,8	7,3
Construcción	3,9	5,1	0,4	5,9	8,0	0,6	2,1	2,7	0,2
Transporte	2,4	3,1	0,4	4,2	5,6	0,6	0,9	1,1	0,2
Minas y canteras	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,1
Electricidad, gas, agua	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Establecimientos financieros	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0
Trabajador nuevo	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,6	0,2	0,2	0,3

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento de datos censales.

Según la CEPAL/CELADE, las principales ocupaciones que declaran los adultos mayores son las de "trabajadores agrícolas y pescadores", "trabajadores no agrícolas" y "trabajadores en servicios", las cuales se tratan en su mayor parte de tareas manuales con alguna o ninguna calificación (82,9%) ya que el nivel educativo del segmento es bajo. Las categorías de "profesionales y técnicos", "personal administrativo" y "directores y funcionarios públicos superiores" sólo representan, en conjunto, el 6,7% de la población ocupada de 65 años y más.

Por otro lado, ante la ausencia de ingresos adicionales –que no sean ni el trabajo ni la jubilación-, la situación de los hombres sería más sólida que la de las mujeres, ya que no sólo tienen más acceso al mercado de trabajo sino que también son, en mayor medida, receptores de pensiones y jubilaciones. Esto, sumado al hecho de que, en promedio, las mujeres viven a partir de esta edad dos años más que los hombres, hace pensar que su situación es –y se tornará en el futuro- más precaria que la de ellos en este aspecto.[92]

2.3. Vivienda

El Censo de 2001 ofrece los siguientes datos con respecto al tipo y tenencia de la vivienda de los ecuatorianos mayores de 65 años:

- El 99,2 fue registrado como residiendo en viviendas particulares.

[92] CEPAL/CELADE (2007), Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile, pp. 97.

- **En las zonas urbanas:**
  - El 85,9% ha declarado residir en casas o villas y departamentos.
  - El 7,7% restante o vive en cuartos (3,3%) o en viviendas francamente precarias tales como mediaguas, ranchos, covachas y chozas[93] (10,6%).

- **En las zonas rurales:**
  - El porcentaje de casas y departamentos es algo menor (83,3%).
  - La existencia de viviendas precarias se ve incrementado (15,7%).

- Sólo el 0,8% habita en viviendas colectivas

En relación con el régimen de tenencia, una buena parte de los adultos mayores se declara propietaria de su vivienda (80%), situación que resulta más frecuente en las zonas urbanas y sin una clara distinción por sexo en el total del grupo etario. Esta diferencia sí se hace presente cuando se observa la información sobre tenencia de la vivienda según zonas urbanas y rurales:

- En las ciudades las mujeres se declaran propietarias de su vivienda en mayor proporción que los hombres (56% frente al 44%)
- En las zonas rurales la situación es inversa (52,2% de los hombres frente al 47,8% de las mujeres)

Con respecto a las viviendas colectivas de las cuales se obtuvo información censal, el número de adultos mayores que las habita es de 6.772 personas, de las cuales 3.738 son mujeres y 3.034 hombres, que se encuentran principalmente en las ciudades (84%).

Con respecto a las características de las viviendas, el Censo 2001 provee la siguiente información:

- El 20% de los adultos mayores sobre el total del país reside en viviendas que pueden considerarse precarias, tales como mediaguas, ranchos, covachas, chozas y otras similares:
  - Un tercio de ellos (7%) está ubicado en las zonas urbanas.
  - Los restantes dos tercios (13%) en las rurales.

- Los demás tipos de vivienda también presentan altos porcentajes con graves carencias en su estructura y disponibilidad de servicios, valores que son especialmente elevados en las áreas rurales, lo que puede interpretarse como un contexto desfavorable para la salud de las personas mayores.

- Las viviendas que acogen a los adultos mayores en las zonas rurales son las que ofrecen las peores condiciones de habitabilidad, con serias deficiencias tanto estructurales como de servicios: no tienen una estructura estable, deficiencias en el sistema de abastecimiento de agua, poseen medios deficientes de abastecimiento de agua, soportan deficiencias en el sistema de eliminación de aguas servidas, no cuentan con un adecuado sistema de eliminación de basuras y no disponen de acceso a electricidad.

- Los tipos de vivienda más frecuentes en los que residen las personas mayores son las consideradas villas o casas (277.175 personas) y las viviendas precarias (52.407 personas).

[93] Categorías utilizadas en el Censo de Población y Vivienda, 2001.

2.4. Formas de convivencia

2.4.1. Estructura de hogares

El Censo 2001 permite conocer que un total de 519.420 adultos mayores, es decir, el 63,8% del total, son jefes de hogar o cónyuges del jefe, considerando las zonas urbanas y rurales. De estos, la jefatura masculina es del 61% en lo urbano y del 72,4% en lo rural; en ambos contextos la jefatura femenina es del orden del 30% de las mujeres de este grupo etario. A su vez, del total de jefes, el 67% son hombres y el 33%% son mujeres.

Del resto, el 10,8% vive con sus hijos en calidad de padres o suegros (en mayor proporción las mujeres, especialmente en zonas urbanas), un 20,9% se declara como otro pariente del jefe (sin diferencial de género, pero este arreglo es más frecuente en las zonas urbanas), y miembros de hogares colectivos.

En las zonas rurales y también en mayor proporción que en las ciudades, conservan la posición de jefe o jefa del hogar (76,5% en el caso de los hombres y 34,2% en el caso de las mujeres).

De los 2.879.935 hogares ecuatorianos contabilizados, sólo el 20,9% tiene adultos mayores, es decir que la mayor parte de los hogares (79,1%) está compuesto por personas menores de 65 años.

En comparación con los hogares que no cuentan con personas mayores entre sus miembros, en aquellos con adultos mayores existe una proporción significativa de hogares unipersonales (12,5 frente a 8,4%), extensos (46,5 frente a 20,6%) y compuestos (14,3 frente a 7,8%).

Ecuador- Número y Porcentaje de hogares con y sin Adultos Mayores (de 65 años y más), Censo 2001

Lugar de residencia y tipo de hogar	Número y porcentaje de hogares					
	Total de hogares	%	Hogares sin adultos mayores	%	Hogares con adultos mayores	%
Total país	**2.879.935**	**100,0**	**2.279.138**	**100,0**	**600.797**	**100,0**
Unipersonal	267.169	9,3	192.224	8,4	74.945	12,5
Nuclear	1.600.552	55,6	1.440.053	63,2	160.499	26,7
Extenso	748.209	26,0	468.789	20,6	279.420	46,5
Compuesto	264.005	9,2	178.072	7,8	85.933	14,3

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamientos especiales de los datos censales.

Según el tipo de hogar en que residen, los adultos mayores se encuentran en:

- 55,7% en hogares extensos (núcleo completo o incompleto, con hijos y otros parientes)
- 27,6% en hogares nucleares (núcleos completos o incompletos con hijos)
- 9,3% en hogares unipersonales (personas que viven solas o con servicio doméstico)

- 7,3% en hogares compuestos (núcleos completos o incompletos, con o sin hijos, con o sin otros parientes y con otros no parientes).

Esto indica que en un altísimo porcentaje de los casos (90,6), las personas mayores no viven solas y que en un elevado porcentaje también (83,3%) se encuentran protegidas por el ámbito familiar y no han sido desarraigadas del mismo.

2.4.2. Estado civil

Se observa que el 53,7% a nivel nacional (poco más de la mitad de la población en estas edades) se declaraba casado o unido para la fecha censal. Este porcentaje aumenta considerablemente cuando se trata de hombres (64,7%), y especialmente de los hombres rurales (67,1%). Contrariamente, sólo el 39,9% de las mujeres urbanas y el 49,3% de las rurales se declararon casadas o unidas.

Divorciados y divorciadas y separados y separadas constituyen una proporción muy baja entre los adultos mayores (con un máximo de 8% entre las mujeres urbanas), posiblemente por efecto de la existencia de matrimonios reincidentes. Solteros y solteras representan un porcentaje mayor (con un máximo de 17,4% entre los hombres urbanos).

Llama la atención que tanto entre hombres como entre mujeres la generación que en el momento del censo tenía 80 años y más muestra un porcentaje de solteros que sistemáticamente supera a los otros grupos de edades, aunque es posible pensar que se trata de personas que han perdido a su pareja sin haberse casado nunca.

En el porcentaje de viudos y viudas, la diferencia por género es importante en todas las edades: entre los 65 y 69 años sólo se declara como viudo el 8% de los hombres, mientras que las mujeres lo hacen en un 24,7%, sin grandes variaciones urbano-rurales. A los 80 años y más, sin embargo, los porcentajes de viudos ascienden a 22,2% en las ciudades y a 20% en el campo, mientras que el de viudas es cercano a la mitad de las mujeres de dicha edad (45,7% en las ciudades y 43% en el campo), lo que indica la mayor predisposición de los hombres a volver a casarse con posterioridad a la viudez o a una separación.[94]

2.5. Situación económica y pobreza[95]

A continuación se detallan los datos sobre la situación de pobreza de la población mayor en Ecuador. Es necesario aclarar sobre esto el hecho que ciertas características de la población adulta mayor restan validez a la comparación entre los índices de pobreza de este grupo con los del resto de la población. Sus necesidades, y por tanto los gastos en que deben incurrir, son muy distintos a los de otros tramos de edad, y en su mayor parte se asocian a prestaciones de salud, alimentación y pago de servicios, entre otros. Debe tenerse presente el hecho de

[94] CEPAL/CELADE (2003) América Latina: Población por años calendario y edades simples 1995-2005, Boletín Demográfico nº 71 (LC/G.2197-P) Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas.

[95] Este apartado sobre situación económica y pobreza entre las personas mayores en Ecuador fue realizado exclusivamente a partir de la información existente en el Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador CELADE-CEPAL, Santiago de Chile, marzo 2007, pp. 103 a 109.

que la indeterminación de la estructura de gastos de esta población genera una distorsión que puede dificultar la interpretación de los resultados si se la compara con la estructura de gastos del resto de la población. Para generar un panorama riguroso de la situación económica de la población adulta mayor, es necesario poner en relación sus ingresos con la estructura de sus gastos.

El porcentaje de personas mayores en situación de pobreza varía de acuerdo al criterio de medición utilizado. Así:

- El 64,6% de la población de adultos mayores de 65 años y más del país es pobre de acuerdo al criterio de necesidades básicas insatisfechas (NBI), según los datos del Censo 2001.

- El 31,2% de las personas mayores de 65 años es pobre por ingresos, según los datos arrojados por la Encuesta de Hogares 2005.

Ecuador- Porcentaje de población total y de 65 años y más según pobreza (NBI-Censo 2001 e Ingresos-Encuesta de Hogares 2005)

Porcentaje Población Total	Porcentaje de Población urbana	NBI		Ingresos	
		Porcentaje población total	Porcentaje adultos mayores	Porcentaje población total	Porcentaje adultos mayores
100,0	61,1	68,5	64,6	33,2	31,2

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento de datos censales.

La medición de la pobreza por el criterio de Necesidades Básicas Insatisfechas refiere a una dimensión más estructural de la misma; mientras que en el caso de los ingresos se alude a la dimensión coyuntural de la pobreza.

2.5.1. Pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas

El promedio nacional de pobreza según NBI a la fecha censal es de 68,5%, frente a un 64,6% de la población mayor. Tanto para el total del país como para el total de cada una de las regiones, la población mayor de 65 años se ubica con un índice de NBI levemente inferior al de la población total, mostrando su mayor capacidad para ubicarse en una posición algo más favorable que el promedio. El porcentaje más bajo de NBI (44,9%) y alto porcentaje urbano (71,8%) se presenta en la provincia de Pichincha. Sin embargo, la provincia con el mayor porcentaje urbano de todas (81,8%) también muestra una alta incidencia de pobreza por NBI superior al promedio nacional (74,4%), la provincia de Guayas.

Desde el punto de vista del NBI las mujeres sistemáticamente están en una situación mejor que los hombres tanto en la población más joven de 0 a 64 años como entre los adultos mayores.

En las zonas urbanas la población adulta mayor es menos pobre según este criterio que el resto de la población (50 y 57,8% respectivamente), y las mujeres están mejor posicionadas que los hombres en ambos grupos (48,5%). Sin embargo, en las zonas rurales, prácticamente no existe diferencia en los niveles de NBI por edad y por sexo, que son muy elevados.

Entre las zonas rurales y urbanas no se distinguen importantes diferencias. En las primeras los porcentajes de NBI son elevados y no registran divergencias por edades ni por sexo. Por otro lado, en las zonas urbanas los porcentajes de NBI son menores y más favorables para los adultos mayores y en especial, para las mujeres de este grupo etario (48,5%).

Ecuador. Porcentajes de Población de 65 años y más por edad, sexo y lugar de residencia según NBI (Censo 2001) e Ingresos (ENH 2005)		
Lugar de residencia, edad y sexo	Porcentajes de Población	
	Pobreza NBI Censo 2001	Pobreza Ingresos ENH 2005
Total	**68,5**	**33,1**
Total 0 a 64 años	68,8	33,3
Hombres	69,6	32,5
Mujeres	68,0	33,8
Total 65 años y más	64,6	31,1
Hombres	66,5	30,0
Mujeres	63,0	32,2
Urbano	**57,3**	**22,2**
Total 0 a 64 años	57,8	22,3
Hombre	58,6	21,9
Mujer	57,1	22,7
Total 65 años y más	50,0	19,9
Hombre	51,7	18,8
Mujer	48,5	20,7
Rural	**86,1**	**54,8**
Total 0 a 64 años	86,1	55,4
Hombre	86,4	53,9
Mujer	85,8	57,0
Total 65 años y más	85,2	48,5
Hombre	85,5	45,3
Mujer	85,0	52,1

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales y de la Encuesta de Hogares, 2007.

El análisis de la relación entre la pobreza y los arreglos familiares muestra que, en las zonas rurales, cualquiera sea el arreglo predominante entre los adultos mayores, no existen grandes diferencias en los niveles de NBI –los que persisten altos-, la situación sí es diferente en las zonas urbanas. En efecto, tanto los adultos y adultas mayores que viven solos como los que viven en pareja sin hijos ni con otros parientes o no parientes, muestran una situación notablemente más favorable en este indicador, con niveles de sólo 41,8 y 36,8% respectivamente. Estos valores representan la mitad o menos de lo que muestran las personas con arreglos familiares similares –solas o en pareja- en las zonas rurales, donde también los adultos mayores están –aunque mínimamente- en mejor situación cuando viven solos o con su pareja.

Los adultos mayores *"muestran en general niveles más bajos de pobreza que el resto de la población y los hogares habitados solamente por adultos mayores*

presentan sistemáticamente niveles de pobreza muy inferiores en comparación con aquellos en donde las personas de edad cohabitan con familiares más jóvenes".[96]

Las estimaciones de pobreza en la población indígena superan todos los valores anteriormente presentados, sobrepasando ampliamente los porcentajes de pobreza mostrados por la población no indígena tanto en la población total como entre los adultos mayores, y tanto en las zonas rurales como en las urbanas.

2.5.2. Pobreza según Ingresos

La Encuesta Nacional de Hogares registra un 29,6% de las personas mayores de 65 años que no recibe ningún ingreso propio, debido a lo cual se encuentran en una situación totalmente dependiente de sus familias, de instituciones de beneficencia o bien de la caridad pública como es el caso de aquellos que viven en situación de calle.

Como puede observarse en el anterior cuadro, desde el enfoque del ingreso las mujeres pueden ser consideradas pobres en mayor proporción que los hombres. Esta situación se observa tanto en la población más joven (0 a 64 años) como entre los adultos mayores (65 años y más), y presenta un comportamiento interesante según las áreas de residencia.

El grupo etario de adultos mayores se encuentra en mejor situación que el resto de la población (48,5% frente a 55,4%). Dentro de este grupo, las mujeres son más pobres que los hombres por ingresos, especialmente las que residen en zonas rurales (52,1% las mujeres frente al 45,3% de los hombres).

Los adultos mayores que declararon recibir uno o más ingresos son la mayoría (70,4%) y de ellos un 56,3% son hombres (365.933) y un 43,7% mujeres (283.701). Esto indica que las mujeres también generan ingresos propios en una proporción relativamente importante. La mitad de los adultos mayores que reciben ingresos propios lo hace a partir de su propio trabajo (50,5%), en especial los hombres.

Por otro lado, los hombres reciben ingresos por jubilaciones en una proporción del 17,8% con lo que suman un 83% los hombres adultos mayores que reciben ingresos propios. Los restantes se reparten, en orden de importancia, entre las donaciones (6,6%), la Pensión Asistencial del Programa de Protección Social del Ministerio de Bienestar Social (5,5%), los ingresos de capital o inversiones (3,1%) y las remesas provenientes del exterior (1,8%). Por su parte, las mujeres que reciben ingresos propios por concepto de trabajo y jubilaciones o pensiones alcanzan el 49,5%, en un 28% provenientes de la Pensión Asistencial y en un 18% como receptoras de pensiones y jubilaciones. Las mujeres reciben también donaciones y remesas en mayor proporción que los hombres.

Del total de receptores, sólo un 10% está constituido por personas de 65 años y más, y que de éste el 66% son mujeres. Estas remesas se dirigen a personas con primaria o secundaria completas, mientras que las personas analfabetas o con primaria incompleta no se cuentan entre los perceptores

[96] Del Popolo, Fabiana (2001), Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América latina, serie Población y Desarrollo nº 19 (LC/L.1640-P), Santiago de Chile, CEPAL/CELADE. Publicación de las Naciones Unidas, en CEPAL/CELADE (2007)

Dadas las condiciones de pobreza de vastos sectores de la población –que, si bien ha ido disminuyendo, se mantiene en niveles relativamente elevados-, existirían grandes grupos poblacionales cuyo único ingreso, después de los 65 años, podría provenir de las pensiones y jubilaciones. Esta situación, combinada con una muy baja cobertura de la seguridad social, estaría generando las condiciones para una alta participación de los adultos mayores en la fuerza laboral.

Para marzo de 2007 las cifras[97] que determinan o no la situación de pobreza en Ecuador son:

- Línea de pobreza aplicada por hogar (42,93 dólares)
- Línea de indigencia (la mitad de la cifra anterior)
- Salario mínimo vital (170 dólares)
- Costo de la canasta básica prevista para 2007 (306 dólares)

2.6. Estudios sobre las características sociodemográficas de la población adulta mayor

Son varios los estudios que se han desarrollado dentro y fuera de Ecuador sobre las características sociodemográficas de la población adulta mayor. A continuación se destacan los siguientes:

- CELADE-CEPAL (2007), Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador, Publicación interna, Santiago de Chile.

- Universidad Central del Ecuador/Instituto de Estadísticas y Censos/Facultad de Ciencias Económicas (2006), Estudios demográficos en profundidad, Componente: la mortalidad en el Ecuador en el período 1990-2001, Edit, Ciudad.

- Zumárraga, Manuel Posso (2005), Seguridad Social para la Tercera Edad, Edit, Ciudad.

- CIDEIBER (Centro de Información y Documentación Empresarial sobre Iberoamérica) (2003), Ecuador, perfil demográfico y social, [en línea] http://www.cideiber.com/infopaises/Ecuador/Ecuador-02-03.html.

[97] Op.Cit. p.131.

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de los derechos de los Adultos Mayores[98]

Los derechos de los adultos mayores aparecen contemplados en la Constitución Política de la República del Ecuador y en la legislación específica provista por la Ley Especial del Anciano de 1991, su Reglamento General de 1992 y las modificaciones posteriores.

3.1.1. Derechos Constitucionales

En general, desde la parte dogmática hasta la operativa, la Constitución habla de manera específica la necesidad de amparar a la población adulta mayor. Los artículos 23, 47, 54 y 57 incluyen previsiones que observan estos derechos.

Art. 23. numeral 2 inciso segundo:
"El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar, en especial, la violencia contra los niños, adolescentes, las mujeres y personas de la tercera edad".

Art.47 capítulo 4, sección de derechos económicos, sociales y culturales:
"En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad".

Art.54:
"El Estado garantizará a las personas de la tercera edad y a los jubilados, el derecho a asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios. El Estado, la sociedad y la familia proveerán a las personas de la tercera edad y a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley regulará su aplicación y defensa de estos derechos y garantías."

Art. 57:
Como parte vinculante de la norma jurídica de la Constitución, expresa: *"El seguro general obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, discapacidad y muerte".* Dichas obligaciones están a cargo del IESS, debido a las insuficiencias financieras.

Este reconocimiento que hace la Constitución Política a los adultos mayores como "grupo vulnerable" implica la concientización acerca de la defensa de los derechos de este grupo etario en el nivel más alto de legalidad del país.

[98] Este apartado sobre marco jurídico e institucional en Ecuador fue realizado en base a la información presentada en el Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador CELADE-CEPAL, Santiago de Chile, marzo 2007, pp. 89-90 y 111-117.

3.1.2. Leyes específicas

Ecuador fue uno de los primeros países de la región en tener una ley específica a favor de los adultos mayores. En la actualidad, la Ley Especial del Anciano de 1991 y su Reglamento General de 1992 constituyen los pilares de las políticas para las personas mayores que deben implementarse en Ecuador, y son la normativa sobre la que deben apoyarse las acciones en este sentido.

Sin embargo, es importante hacer notar que no existe una prohibición específica de discriminación relacionada con la edad lo que permite, de cierta manera, la tolerancia de ciertas prácticas, costumbres y legislaciones que atentan contra el goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de equidad.

Ley Especial del Anciano N° 127 de noviembre de 1991

Promulgada el día 6 de noviembre de 1991, según Registro Oficial 806. Su Reglamento General se puso en vigencia por Decreto Ejecutivo nº 3437, Registro Oficial 901, el 19 de junio de 1992. La norma ha sido modificada en reiteradas oportunidades entre 1991 y 2004, en especial en algunos de sus artículos (1, 8, 10, 11, 14, 15, 21, 22 y 23).

La Ley del Anciano es una norma de carácter obligatorio y permanente que versa sobre materia de interés particular, y precautela los derechos económico-sociales, legales y de prestación integral, de servicios médicos asistenciales a todas las personas mayores de 65 años de edad, que sean naturales o extranjeras y que se encuentren establecidas en el país, a los fines de acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados. Posteriormente se reformó la Ley en lo pertinente a la edad, ahora esta misma ley contempla los 60 años.

Es importante recalcar que esta ley reconoce no sólo que las personas mayores *"...se ven enfrentadas a problemas socioeconómicos y de marginalidad específicos, por lo cual deben ser especialmente atendidos, sino que además plantea que el Estado debe garantizar el derecho que les asiste a las personas en esta etapa de sus vidas a un nivel de vida digno de modo que puedan seguir constituyendo un aporte para la sociedad."*[99]

En la Ley se especifica el papel que deben jugar en su ejecución las distintas instituciones nacionales creadas en la norma, como son el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, la Procuraduría General del Anciano y la reestructuración orgánico-funcional de la Dirección Nacional de Gerontología, adscritos al Ministerio de Bienestar Social, organismos destinados a impulsar e implementar las distintas acciones enunciadas en la ley.[100]

Servicios estipulados en la Ley para la tercera edad:

- Atención geriátrica-gerontológica especial en todos los servicios médicos públicos y privados.

[99] CEPAL/CELADE (2007), Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile, p. 112.

[100] Ibíd., p.112.

- Disposición de la infraestructura necesaria, por parte del Ministerio de Bienestar Social, para ubicar a los ancianos indigentes o solos en hogares para ancianos u hospitales geriátricos estatales, y de los hogares con protección estatal para acoger a los ancianos abandonados.
- Importación de medicamentos especializados no disponibles en el país libres de impuestos y pagos arancelarios.
- Descuentos en tarifas de transporte y entradas a espectáculos; en el consumo de energía eléctrica, teléfono y agua potable a los adultos mayores y a las instituciones de atención a la tercera edad.

Sin embargo, y considerando que el Reglamento de la Ley fue publicado en 1992 –fecha a partir de la cual la Ley del Anciano entró en vigencia-, no se ha tenido conocimiento del diseño de programas específicos hacia los adultos mayores por parte de las instituciones estatales, con excepción de los proyectos implementados a través de la Dirección Nacional de Atención Gerontológica Integral del Ministerio de Bienestar Social, con objetivos y cobertura limitados en relación con el total de personas mayores y sus necesidades, pues sólo se considera a las que se encuentran en los estratos más pobres.

Adicionalmente la Ley del Anciano expresa que en la parte que le corresponda será punitiva, de manera que sancione a quienes la incumplan al provocar abandono, malos tratos, agresiones, negligencia en el cumplimiento de servicios e incumplimiento de disposiciones que se encuentran en la normativa, entre otros.

"La Ley del Anciano es factible de ser aplicada, pero falta el compromiso de los involucrados en su cumplimiento, además del desconocimiento y la falta de información de la ciudadanía".[101]

Ley de Seguridad Social de 2001

El Sistema Nacional de Seguridad Social está integrado por cuatro instituciones autónomas, regidas por el sistema de reparto y financiadas por sus respectivos contribuyentes: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL).

El IESS es la más importante de todas las instituciones del sistema. En el caso de las personas de 65 y más años, este organismo brinda al jubilado –siempre que haya cumplido con los requisitos de edad y tiempos de servicio- prestaciones económicas, asistencia de salud y programas socio-ocupacionales; también protege a las viudas y huérfanos del afiliado o jubilado fallecido que cumplieron con los requisitos, con prestaciones económicas (pensiones de montepío) y asistencia de salud para la viuda.

Breve Reseña Histórica y Aspectos Generales del Sistema Nacional de Seguridad Social

Los orígenes del seguro social en Ecuador se remontan a 1928, cuando se expide la primera Ley de Jubilación, denominada "Caja de Pensiones". A su vez, en el año 1935 se aprueba la Ley de Seguro Social Obligatorio, se crea el Instituto Nacional de Previsión, y se le asignan recursos para el incremento del Seguro Social del Obrero y del Campesino.

[101] Ibíd., p.114.

En 1966 se extiende el régimen del seguro social a los trabajadores agrícolas, concretada esta acción dos años después. En 1973 el programa adquiere un nuevo impulso y es así como en noviembre de 1981 se expide la Ley 81 de Extensión del Seguro Socia Campesino, fundamentada en los principios de universalidad, solidaridad, subsidiaridad y redistribución de la renta nacional, fijó una forma de funcionamiento del sistema y le otorgó un orden administrativo con la creación de la Dirección Nacional de Seguro Social Campesino y una Comisión Nacional.

3.1.3. Normativa sectorial

Existen en el país otros cuerpos legales en los que de una u otra manera se hace alusión a las personas mayores. Estos son:

- El Código Civil
- El Código Penal
- El Código de la Niñez y Adolescencia
- La Ley de Elecciones
- La Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia
- La Ley del Tránsito
- La Ley Orgánica de Régimen Municipal
- La Ley Orgánica de Régimen Provincial
- La Ley Orgánica de las Juntas Parroquiales
- La Ley de Prevención, Protección y Atención Integral de las Personas que padecen de Diabetes
- La Ley de Seguridad Social
- El Reglamento Nacional que norma el funcionamiento de los Centros de Atención Gerontológico
- El Reglamento para el otorgamiento de Permisos de Funcionamiento de los Centros de Atención a los Adultos Mayores
- El Reglamento que establece la forma de determinación de las subvenciones y su transferencia a entidades de derecho privado que presten servicios a través de Centros Gerontológico
- Otros manuales y normas técnicas relativas a la prestación de servicios a la tercera edad.

3.2. Políticas, planes y programas[102]

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en 1985, creó el Departamento Nacional de la Tercera Edad, mediante la Resolución 563, como mecanismo para llevar adelante programas orientados a mejorar las condiciones de vida de sus jubilados. La edad que se tomaba como inicio del envejecimiento era de 55 años, edad mínima que se tomaba en cuenta para acceder a la jubilación. En la actualidad, la edad mínima es de 60 años.

[102] Apartado realizado sobre la base de la información brindada por el Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador CELADE-CEPAL, Santiago de Chile, marzo 2007, pp. 117-125.

3.2.1. Política nacional a favor de los adultos mayores

Existen normas e iniciativas estatales y privadas al respecto, sin embargo no existe una política de Estado que ponga en práctica acciones específicas para el grupo poblacional de adultos mayores en Ecuador.

3.2.2. Entidades responsables y ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores

Frente a la inexistencia de una política central que permita nuclear los diversos sectores y ámbitos de gestión orientados a la protección y bienestar del adulto mayor, lo que existe es un grupo de iniciativas sectoriales y parciales que, en el mejor de los casos, pretenden cumplir con un enunciado inscrito en el texto de sus programaciones institucionales, tales como aquellas desarrolladas por:

- El Ministerio de Inclusión Económica y Social por intermedio del proceso de atención integral al adulto mayor.
- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por intermedio del Seguro de Salud.
- El Ministerio de Salud Pública, en el plan de Medicina Rural, atención primaria a los ancianos.
- El Ministerio de Industrias y Comercio, tendrá la responsabilidad de importar medicamentos de uso geriátrico, con liberación de gravámenes e impuestos.

Si se puede esbozar una política de Estado para la protección del adulto mayor, es aquella que se inserta en la obligación constitucional del aporte estatal del 40% del valor correspondiente a las prestaciones, que de otro lado corresponden a obligaciones financieras contables que nacen de aportes que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social asignó en su debida oportunidad para cubrir el déficit presupuestario estatal.

Las entidades gubernamentales responsables de dar atención al anciano en Ecuador, son:

- Gobierno
- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- Gobiernos Seccionales
- Ministerio de Vivienda
- Ministerio de Salud

La Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, adscrita la Ministerio de Inclusión Económica y Social es una entidad que tiene entre sus objetivos la articulación de la política social, la elaboración y mantención de un sistema de focalización de beneficiarios de programas sociales y de una base de indicadores socioeconómicos de Ecuador.

En relación con los adultos mayores, la Secretaría Técnica tiene el propósito de "desinvisibilizar" su situación para contribuir a mejorar sus condiciones de vida y a capitalizar su aporte hacia el desarrollo propio y de otros sectores de la sociedad. Se incluye en este apartado porque entre sus funciones cumple con el propósito de

contribuir a la elaboración de políticas de Estado integrales y coordinadas hacia las personas mayores.

Esta Secretaría procura recolectar, adecuar y actualizar permanentemente información para identificar a los beneficiarios de los programas sociales del Estado.

Por el lado privado, toda empresa tendrá la obligación de atender los requerimientos de los ancianos. La misión principal de estas instituciones, en su parte pertinente, es la responsabilidad de crear políticas, leyes acordes a la realidad, avances tecnológicos, y cambios biosico-sociales, que contribuyan a una mejor calidad de vida para este grupo etáreo.

3.2.3. Cooperación institucional

Existe una cooperación en el objetivo a partir de la ayuda que reciben las personas adultas mayores a través de las instituciones de bienestar social, las mismas que apoyan a los asilos de ancianos y otras organizaciones afines como talleres y clubes. Sin embargo, no existe una coordinación puntual entre el sector público, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el sector privado. Es evidente que cada uno trabaja independientemente con las políticas propias de cada institución.

3.2.4. Principales programas para las personas mayores

Los tres principales programas de la actual política social del Estado son el Programa de Protección Social (PPS) y el Programa Aliméntate Ecuador (PAE), del Ministerio de Inclusión Económica y Social, y el Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS), del Ministerio de Salud.

Tienen el objetivo común de proteger a la población más vulnerable a través de tres dimensiones básicas: el ingreso, la alimentación y la salud. Si bien no son programas específicos para los adultos mayores, los incluyen más o menos explícitamente, ya sea como grupo objetivo específico o como parte de las familias. En estos últimos casos, las personas mayores no son identificadas, por lo que no es posible conocer el impacto de los programas sobre ellas o saber si efectivamente reciben el beneficio.

Programas de seguridad económica

- Programa de Protección Social (PPS): a partir de febrero de 2007 los adultos mayores se ven beneficiados con la Pensión Asistencial, una transferencia monetaria no condicionada de 30 dólares por persona. Los adultos mayores pueden acceder a microcréditos productivos para el inicio de micronegocios y autoempleo.
    - Según la base de datos SELBEN, durante el 2006 los beneficiarios de la tercera edad ascendían aproximadamente a 120 mil personas. De acuerdo con el PPS en marzo de 2007 existen 204.102 personas mayores aptas para recibir este beneficio.

Programas de prestación social

- Programa Aliméntate Ecuador (PAE): ha cubierto en el año 2006 a aproximadamente 70 mil adultos mayores con canastas de alimentos.
    - Se reconoce la insuficiencia de las entregas y la falta de especificidad para sus necesidades nutricionales.

Programas de salud

- Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS): los adultos mayores no son un grupo objetivo del programa en una forma especial, por lo cual ni la atención ni los medicamentos están particularizados hacia las especificidades de esta etapa del ciclo vital. Tampoco hay metas por grupos etarios sino por estratos socioeconómicos (quintiles).

En relación con la tercera edad puede decirse que los programas sociales tienen un fuerte enfoque asistencialista, y aunque están focalizados a los segmentos más pobres de la población, ninguno de ellos ha alcanzado la meta de cubrirlos enteramente, manteniéndose gran parte de la población adulta mayor en condiciones de pobreza e indigencia al margen de los mismos.

3.2.5. Sistema de protección social en relación con los adultos mayores

En cuanto a las pensiones y jubilaciones, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social informa que, hasta diciembre de 2003, 241.018 personas recibían jubilaciones y diferentes tipos de pensiones del Seguro General.

- Los jubilados por vejez a partir de los 50 años ascendían a 134.166
- Los pensionados por invalidez a 11.443
- Los beneficiarios de pensiones de viudez y orfandad a 83.909
- Por riesgos del trabajo a 4.186

De todos estos beneficiarios, un total de 121.585 personas tenía 65 años y más, lo que constituye el 18,4% de la población total de este grupo etario ese mismo año, calculado basándose en proyecciones de población de Ecuador.

El número de jubilados del Seguro Social Campesino por vejez e invalidez en la misma fecha ascendía a 20.697 personas, todas ellas jefes y jefas de familia, encabezadas por un 71% de hombres y un 29% de mujeres.

Con respecto al valor de las pensiones, los montos más altos son las que corresponden a vejez, invalidez y viudez y que, en todos los casos, son más elevadas para los hombres que para las mujeres. El IESS ha informado que a partir del año 2002 la pensión inicial de jubilación ordinaria se determinó que no sería inferior a 25 dólares mensuales en el Seguro General y a 14 dólares mensuales en los regímenes especiales, excepto el Seguro Social Campesino. En este caso, el aporte del grupo familiar es de 4 centavos de dólar por mes y la jubilación que recibe un jefe de familia es de 3 dólares mensuales, sin distinción.

La información proporcionada por el Censo 2001 sobre afiliación de las personas al IESS indica que sólo el 24,8% de la población mayor de 65 años y más declaró que

está o alguna vez estuvo afiliada al organismo, tratándose de 196.039 adultos mayores de ambos sexos, entre los cuales la proporción de hombres y mujeres fue de 60 y 40% respectivamente.

Ecuador. Porcentaje de afiliados y no afiliados al IESS según edad, Censo 2001			
	Total	Afiliado	No Afiliado
Total	10.706.646	1.963.747	8.742.899
0 a 64 años	9.917.183	1.767.708	8.149.475
65 años y más	789.463	196.039	593.424

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales.

A continuación se presentan las principales características del sistema de protección social:

- Existe en general una baja extensión y calidad de la cobertura de los distintos programas de protección social. Puede decirse que se produce una "paradoja de la protección" en el sentido que los grupos poblacionales menos vulnerables son aquellos que acceden a más y mejor protección. Esto es producto de diversos factores pero uno relevante es el mercado laboral en donde los trabajadores mejores posicionados en el mercado laboral (asalariados de empresas grandes y el sector público) son aquellos que tienen cobertura y de mejor calidad

- Inadecuada definición de prioridades. Existe un deficiente proceso de definición de prioridades en términos de las poblaciones objetivo y de los riesgos prioritarios a ser cubiertos. Un desafío importante es la identificación de los instrumentos de protección social más costo-efectivos como así también generar/adaptar instrumentos que tomen en cuenta la heterogeneidad del mercado laboral y las distintas modalidades de empleo, como así también la estructura demográfica

- Financiamiento insuficiente, inestable y procíclico. Existe una dependencia financiera del sistema de protección social al ciclo macroeconómico. El desafío consiste en, a través de una política fiscal prudente, la generación de mecanismos complementarios de financiamiento anti-cíclicos y la mejora en el volumen de recursos globales asignados a la protección

- Financiamiento inadecuado y regresivo. Existe una matriz de financiamiento de la protección social que es inadecuada a la realidad sociolaboral y que profundiza aspectos regresivos de la distribución del ingreso. El desafío es modificar los parámetros claves del financiamiento de la matriz de protección social en el sentido que pueda promover, o al menos que evite inhibir, la creación de empleo

- La definición de estos parámetros no es neutral en términos de incentivos para generar empleo, sin embargo, no están completamente identificados los vínculos entre empleo y cotizaciones (incidencia en el empleo) y sus consecuencias en eficiencia y equidad. Esto también, a su vez, podría mejorar la cuantía de recursos de la seguridad social al atraer nuevos cotizantes, aunque el impacto sería limitado dado que la mayoría de los excluidos son de baja capacidad contributiva

- Limitado desempeño institucional. Existen deficiencias en la estructura de organización institucional y su funcionamiento. El desafío consiste en el fortalecimiento institucional para optimizar la gestión de la protección social. Se requiere también identificar acciones costo-efectivas de mejoramiento institucional.

En cifras, el cambio es notorio: de 417 mil mayores de 60 años en 1982, a 1 millón 107 mil en el 2001. Está proporción aumentará en las próximas décadas: en 20 años más el país tendrá un adulto mayor por cada 10 jóvenes.

Sus condiciones de vida son precarias: el 34% es analfabeta (50% en el campo); la mitad de los mayores de 65 años viven en la pobreza y una quinta parte (17%) en la extrema pobreza; el 56% trabaja, pero sólo el 7% tiene seguridad social.

Ecuador- Número de pensionistas de jubilación I.E.S.S. que realizaron el proceso de supervivencia hasta el año 2007		
Población Nacional	**Pensión Mínima**	**Pensión Máxima**
$150.775	**$27.00**	**$810.00**

Fuente: procesamiento de datos del IESS

Programas de pensiones no contributivas para adultos mayores

Existe un programa de subsidio (no de pensiones), no contributivo en el caso de las personas adultas mayores que no perciben pensiones y no cuentan con patrimonio.
Reciben un bono mensual asignado por el gobierno para su subsistencia (denominado *el bono de desarrollo*). Adicionalmente tienen las siguientes rebajas:

1) del 50% en las tarifas de transporte, servicios básicos, e impuesto predial;
2) exoneración especial de dos fracciones básicas del impuesto a la renta y
3) la devolución del impuesto al valor agregado por todas las adquisiciones de uso personal.

Reformas del sistema previsional que tienen incidencia en la situación de adultos mayores

Las reformas básicas en el sistema previsional de servicios dirigidos a los adultos mayores en el Ecuador están enfocadas primordialmente en el establecimiento de servicios de atención primaria geriátrica, bajo la modalidad de consulta externa, atención domiciliaria, y educación geriátrica gerontológica desde los Centros y Subcentros del Ministerio de Salud Pública y las Unidades Médicas del IESS.

3.2.6. Acciones de otros organismos

A través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se brinda a la población jubilada las siguientes prestaciones: atención médica, atención preventiva, atención curativa, rehabilitación quirúrgica, atención odontológica

Estas asistencias están dirigidas exclusivamente para la clase afiliada y jubilada; no a la totalidad de la población adulta mayor que se encuentra desprotegida sin poder alcanzar este beneficio.

En el Ministerio de Salud se brinda la asistencia médica generalizada a toda la población, puesto que no existen hospitales geriátricos que traten las enfermedades específicas de los adultos mayores.

Por otro lado, en Ecuador existen hospitales, centros de salud general y especializada con atención gratuita para las personas de la tercera edad, donde el requisito es tener un mínimo de 60 años de edad.

Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia

Con respecto a las ayudas técnicas y ortopédicas, las instituciones que entregan este tipo de ayuda son:

- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
- El Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS)
- ONG.s,
- El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
- Y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL)

Actualmente no existen proyectos que brinden una cobertura total a toda la población adulta mayor por medio de unidades de jerarquía y a nivel gerontológico para ancianos disfuncionales e imposibilitados.

Programas de formación-investigación en gerontología y geriatría

El órgano ejecutor de las acciones de investigación y capacitación relativas al envejecimiento es el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas (INIGER). El INIGER tendrá la jerarquía de Dirección Nacional y sus funciones constarán en el orgánico funcional, aprobado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, según lo estipula la Ley del Anciano.

En 2007 se ha abierto un postgrado de Geriatría, con una duración de tres años, en la Escuela de Graduados de la Universidad Central de Quito, y una Maestría en Geronto-geriatría en la Escuela de Enfermería de la misma universidad.

3.2.7. Buenas prácticas

Pasar el medio siglo de vida es requisito suficiente para que el estado cumpla con la obligación de proteger a la personas de la tercera edad y que sean un ejemplo vivo de las nuevas generaciones. Por ello las acciones que se cumplen desde el I.E.S.S., con el fin de mantener activo y devolver el derecho a una vida más digna a su ex-afiliado, merece el reconocimiento debiendo por su parte contar con el concurso y la participación de las personas de la tercera edad para que aprovechen los esquemas organizados por los Programas de Servicio Social para el Adulto Mayor.

En lo referente a la atención jurídica, a través de un Convenio Interinstitucional entre las Universidades Central del Ecuador, Pontificia Universidad Católica, Técnica Particular de Loja, se da asesoramiento legal de los derechos y deberes que tienen los adultos mayores, inherentes a temas de herencias y otros aspectos para que no sean perjudicados en sus derechos constitucionales.

4. RED DE RECURSOS

4.1. Red de recursos sociosanitarios

En general no existen centros especializados para el diagnóstico y tratamiento de salud para el adulto mayor en el Ecuador y por lo tanto la información que se registra incluye tanto a pensionistas como a los no pensionistas del IESS, ISSFA e ISSPOL; quienes acuden a la infraestructura hospitalaria que existe en Ecuador, para ser atendidos de manera prepagada o de manera asistencial.

A continuación se detalla en el siguiente cuadro las principales características de los servicios de atención para las personas mayores:

Ecuador. Servicios de atención para adultos mayores		
Tipo de servicio	Descripción de las atenciones	Titularidad y número de personas atendidas
Servicios de cuidados domiciliario	-Alojamiento -Alimentación -Recreación -Terapia Física -Asistencia Legal -Asistencia Médica	-Públicos -Privados con ánimo de lucro -Privados sin ánimo de lucro
Servicios de transporte especializado		-Públicos -Privados con ánimo de lucro -Privados sin ánimo de lucro
Centros Hospitalarios	Atención médica	-Públicos -Privados con ánimo de lucro
Programas de servicios sociales para la tercera edad	Socioculturales, recreativos	Públicos sin ánimo de lucro (IESS) 10.554 usuarios atendidos
Asociaciones de Jubilados	Defensa de los derechos de los jubilados	Privados sin ánimo de lucro 40.709 asociados

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, mediante programas culturales, recreativos, sociales, deportivos y de rehabilitación; contribuye al mejoramiento de la calidad de vida del jubilado y lo hace más participativo en la sociedad.

Ecuador. Servicios de atención para adultos mayores		
Tipo de servicio	Descripción de las atenciones	Titularidad y número de personas atendidas
Centros culturales	Talleres de música, danza, teatro programas culturales y sociales, recreación: música; artes manuales; cocina; jardinería; pintura; electricidad; aeróbicos.	-Públicos 10.554 usuarios atendidos
Clubes de mayores		
Otros equipamientos		-Públicos -Privados con ánimo de lucro -Privados sin ánimo de lucro

4.2. Redes de apoyo social

A continuación se presentan las principales asociaciones formadas por adultos mayores en Ecuador:

- Confederación Nacional de Jubilados (organización de tercer grado).

- Federaciones Provinciales de Jubilados y Pensionistas de Montepío (organización de segundo grado).
- Asociaciones, y otros gremios locales afines de Jubilados y Beneficiarios de Montepío (organización de primer grado).

Son varios los estudios que se han desarrollado sobre los apoyos informales y sobre la participación de los adultos mayores en Ecuador. El Departamento Nacional de la Tercera Edad en el año 1985 mediante la Resolución 563 del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, diseñó un estudio de diagnóstico del estado actual, las demandas de servicios y las opciones de atenderlas, a través de la implementación de una red de talleres ocupacionales para el adulto mayor.

MÉXICO

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. Población Total y Población de Adultos mayores según el XII Censo General de Población y Vivienda de 2000, y actualizaciones posteriores

Según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, la población total de México ascendía a 97.483.412 personas. El Conteo de Población y Vivienda de 2005 arrojó la cifra de 103.263.388, de la cual 53.013.433 corresponden a mujeres y 50.249.955 hombres. El índice de masculinidad es 95,0 y el de feminidad 105,3.

Retomando los datos ofrecidos por el Censo del año 2000, se observa que la población mexicana es predominantemente urbana (el 74,6% reside en áreas urbanas, frente al 25,4% que habita en zonas rurales). Al diferenciar por género, entre las mujeres se advierte una mayor presencia relativa en las regiones urbanas, con un 51,5% (frente a un 48,5% de los varones). La densidad de población es de 50 habitantes por km2.

México. Población según tipo de localidad y sexo, 2000

Total			Rural			Urbana		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
97.483.412	47.592.253	49.891.159	24.723.590	12.274.684	12.448.906	72.759.822	35.317.569	37.442.253

FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

La distribución de la población por grandes grupos etarios reportada en el XII Censo General de Población y Vivienda del 2000 es la siguiente:

México. Población total por grupos de edad según sexo, 2000

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	97.483.412	47.592.253	49.891.159
Menores de 15 años	32.586.973	16.514.754	16.072.219
15 a 29 años	27.221.012	13.074.730	14.146.282
30 a 59 años	28.673.169	13.716.737	14.956.432
60 años y más	6.948.457	3.252.357	3.696.100

FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.
NOTA: El total incluye a la población con edad no especificada.

La población indígena en México ascendió a 6.044.547 habitantes. La ubicación preferentemente rural de dicha población, experimenta grandes diferencias por entidad federativa e indudablemente se encuentra relacionada con fenómenos migratorios; en la mayoría de los estados de asentamiento histórico, la población indígena representa un alto porcentaje en su ubicación rural, mientras que en algunos estados, a los que presuntamente ha emigrado, se ubica en localidades urbanas.

El perfil demográfico del país se resumía, para el año 2006[103], en las siguientes cifras: el número de hijos por mujer se sitúa en 2,2; la tasa bruta anual de mortalidad es de 4,9 fallecimientos por cada mil habitantes, y la tasa de crecimiento natural de 14,9 personas por cada mil habitantes. El saldo migratorio, resultado de la diferencia entre la población inmigrante y la emigrante fue de cero en el año 2000.

La esperanza de vida al nacer se sitúa en 75.4 años. Para los varones es de 73 y para las mujeres de 77,9 años. La esperanza de vida adicional a los sesenta años es para los varones 20,2 años y para las mujeres 22,1 años[104].

México es una nación conformada, en su mayoría, por jóvenes, donde 50% de la población tiene menos de 22 años de edad, y transita de manera paulatina hacia una población concentrada en edades económicamente activas. En el año 2005 la edad mediana fue de 24,7 años, en contraste con otros países como Japón que en el mismo año se situaba en 42,8 años, Alemania 42 y España 39,4 años[105]. Sin embargo, es preciso llamar la atención sobre los grupos de población con edades de 60 años y más, debido a que en el ámbito nacional han empezado a aumentar su participación relativa, al tiempo que la de los niños ha disminuido, dando como resultado un proceso de envejecimiento de la población en su conjunto.

El descenso de la fecundidad ha sido el principal determinante de la reducción del crecimiento de la población del país a partir de los años setenta, lo que se traduce en un aumento del volumen y porcentaje de población que supera los 65 años de edad. Por otro lado, dado que la sobrevivencia entre los adultos también ha crecido con respecto al declive en las tasas de mortalidad infantil, este componente también repercute en una mayor longevidad de la población mexicana.

México es uno de los países de Latinoamérica que se encuentra atravesando la etapa de envejecimiento moderado[106], mostrando signos de su envejecimiento desde 1970. En la actualidad, según cifras aportadas por el INEGI (2000), el número de personas mayores de 60 años residentes en México llegó a casi 7 millones de habitantes, ascendiendo a 6,18% de la población total. En el 2005, según la actualización del INEGI, el número de personas mayores de 60 años ascendió a 8.338.835 (8.07% del conjunto poblacional). La proporción de personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población asciende a 5,53% y la de los mayores de 85, el 0,53%.

La población adulta mayor refleja una mayor proporción de mujeres, cifra que se incrementa conforme se aumenta en edad; en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, se obtuvo un índice de masculinidad de 95 y de feminidad de 105,3.

[103] CONAPO, INEGI y COLMEX. Conciliación demográfica 2006. www.conapo.gob.mx (22 de septiembre de 2006).

[104] Íbidem.

[105] INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, Edición 2003 México, 2004

[106] Junto a México, los países con envejecimiento moderado de la región (aquellos que observan porcentajes de 6 a 8% de personas de 60 años y más en sus poblaciones, y que para el año 2050 superarán el 20%) son: Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, Perú, República Dominicana y Venezuela. Fuente: CELADE, 2003

México. Distribución de la población de 60 años y más por grupos quinquenales de edad y sexo, 2005.						
	Total	Hombres	Mujeres	% Sobre población total	Hombres (%)	Mujeres (%)
60 a 64 años	2.622.476	1.243.788	1.378.688	2,54	1,20	1,34
65 a 69 años	1.958.069	922.592	1.035.477	1,89	0,89	1,00
70 a 74 años	1.496.691	703.277	793.414	1,45	0,68	0,77
75 a 79 años	1.048.315	490.840	557.475	1,01	0,47	0,54
80 a 84 años	657.011	296.351	360.660	0,63	0,28	0,35
85 y más años	556.273	236.143	320.130	0,53	0,22	0,31
Total	**8.338.835**	**3.892.991**	**4.445.844**	**8,07**	**3,77**	**4,30**

FUENTE: INEGI, Conteo de Población y vivienda 2005.

Del total de las personas mayores, el 27,43% habita en áreas rurales, frente al 72,57% residente en las urbes. Con respecto a la incidencia en la población total, las primeras suponen un 2,21% y las segundas un 5,86% sobre dichas cifras.

Todos los cambios demográficos detallados se reflejan de manera resumida en el indicador denominado relación de dependencia demográfica; esta situación está vinculada con la edad, es decir, se considera demográficamente dependientes a los menores de 15 años y los de 65 años o más. La dependencia demográfica parte del supuesto de que los más jóvenes y los ancianos no son "autónomos económicamente" y por ello son dependientes de las personas, que, se supone, deben sostenerlas con su actividad. El índice de dependencia, que llegó a tomar un valor cercano a la unidad en 1970 (cuando la suma de los menores de 15 y los de 65 y más años era prácticamente igual al número de personas de entre 15 y 64 años) ha descendido hasta el 0,64, debido a que la reducción en la proporción que suponen los menores de 15 años ha sido muy superior al incremento relativo de los mayores de 65.

El siguiente cuadro muestra los principales indicadores por edad y sexo de 1930 a 2000.

México. Principales indicadores de edad y sexo								
INDICADOR	**1930**	**1940**	**1950**	**1960**	**1970**	**1990**	**1995**	**2000**
Edad mediana	20,3	19,3	19,0	17,8	16,8	19,0	21,0	22,8
Edad media	24,0	23,8	23,6	22,9	22,3	24,5	25,7	27,4
Índice de dependencia	72,9	79,2	82,3	91,7	99,7	74,7	66,4	64,4
Índice de masculinidad	96,3	97,4	97,0	99,5	99,6	96,5	97,1	95,0
Índice de feminidad	103,9	102,7	103,1	100,5	100,4	103,7	103,0	105,3

Fuentes: 1930: DGE. V Censo de Población, 1930 . México, 1934.
1940: DGE. VI Censo de Población, 1940. México, 1943.
1950: DGE. VII Censo General de Población, 1950. México, 1953.
1960: DGE. VIII Censo General de Población, 1960 . México, 1962.
1970: DGE. IX Censo General de Población, 1970. México, 1972.
1990: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. México, 1992.
1995: INEGI. Conteo de Población y Vivienda, 1995. México, 1996.
2000: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados de la muestra censal. Cuestionario ampliado . México, 2000.

1.2. Evolución de la población mayor

1.2.1. Estimaciones del CELADE para el período 1975-2050

De acuerdo con las cifras ofrecidas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 1975 la población mexicana de 60 años y más representaba el 5,5% de la población total. Para el año 2000 esta cifra alcanzaba en el 7,4%. Las proyecciones apuntan un incremento notable de la población adulta mayor al grado que para el año 2025 el 15% de la población se situará en este grupo etario. Hacia mitad del presente siglo se calcula que el 26,8% de la población superará los 60 años de edad, en términos absolutos esto significa 35 millones de personas.

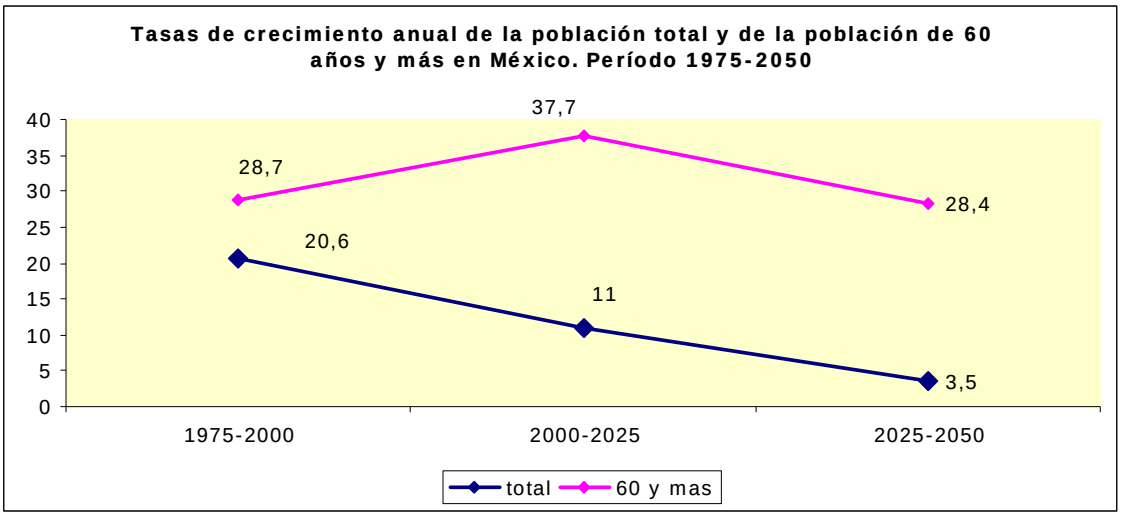
México. Población total y Adultos mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (miles de personas, a mitad del año)

	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	**60.713**	**99.684**	**123.784**	**131.586**
Hombres	30.304	49.218	60.699	64.514
Mujeres	30.409	50.467	63.085	67.072
Hombres %	49,9%	49,4%	49,0%	49,0%
Mujeres %	50,1%	50,6%	51,0%	51,0%
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	**3.320**	**7.342**	**18.446**	**35.262**
Hombres	1.533	3.329	8.561	15.806
Mujeres	1.788	4.015	9.884	19.458
Proporción s/ la población total %	**5,5%**	**7,4%**	**14,9%**	**26,8%**
Hombres %	46,2%	45,3%	46,4%	44,8%
Mujeres %	53,9%	54,7%	53,6%	55,2%

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

Este aumento del volumen y peso relativo de los adultos mayores contrasta con la desaceleración en el crecimiento de la población total. Al comparar las tasas de crecimiento anual de la población de 60 años y más respecto a las de la población total se observan las tendencias diferentes entre una y otra. La tasa de crecimiento del conjunto población muestra un descenso considerable a lo largo del período considerado: esta tasa ha pasado de 20,6 por mil en el ciclo 1975-2000 a 11 personas por cada mil habitantes entre los años 2000-2025. Las proyecciones señalan que la tasa de crecimiento anual de la población descenderá hasta el 3,5 por mil en el ciclo 2025-2050.

La tasa de crecimiento de la población de 60 años y más presenta, en principio, un proceso ascendente que parte de 28,7 personas por cada mil habitantes en el período 1975-2000 para alcanzar el 37,7 por mil en el ciclo 2000-2025, esto es, tres veces más que la tasa de crecimiento correspondiente a la población total. Aunque las proyecciones para el ciclo 2025-2050 calculan que descenderá a las 28,4 personas por cada mil habitantes, esta cifra será ocho veces más alta que la tasa de crecimiento del total de la población.



Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 72*, *América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población*. 1950-2050. CELADE, 2003

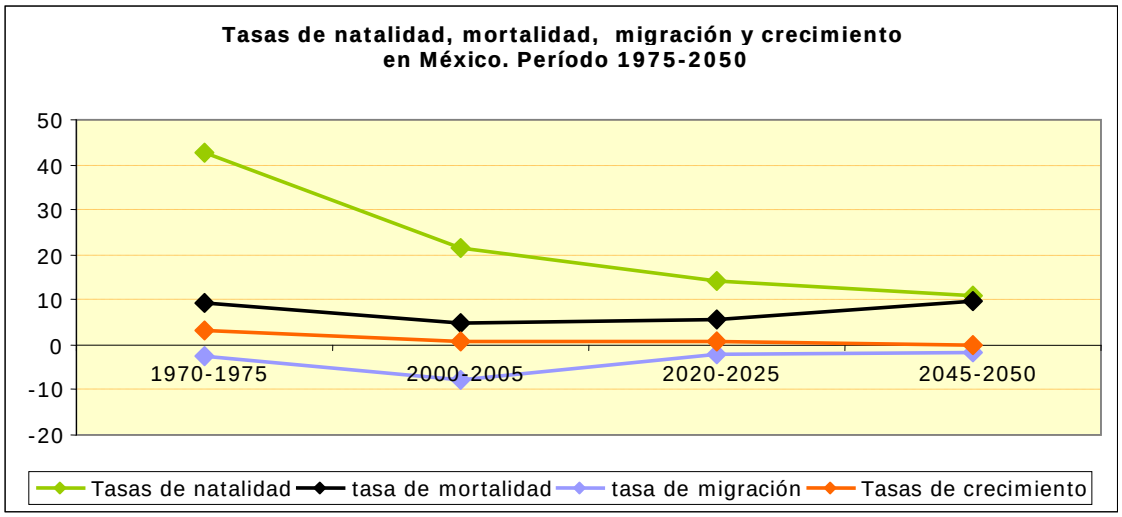
Esta transformación demográfica se encuentra determinada por diversos factores como el descenso en las tasas fecundidad, la disminución de las tasas de mortalidad, el aumento de la expectativa de vida, entre otros.

La tasa global de fecundidad, es decir el número promedio de hijos por mujer, ha disminuido de manera importante: en el quinquenio 1970-1975 esta tasa se situaba en 6,5, para el lustro 2000-2005 esta cifra descendió hasta los 2,4 hijos por mujer. Se estima que para el año 2050 esta tasa puede ubicarse en los 1,85 hijos por mujer. El comportamiento de la tasa bruta de natalidad se caracteriza también por un marcado descenso: para el quinquenio 1970-1975 la cifra de nacimientos por cada mil habitantes era de 45,5, mientras que en el período 2000-2005 la cifra disminuyo casi a la mitad, 21,4 nacimientos. Las previsiones estiman que hacia mitad de siglo la tasa bruta de natalidad se ubicará en los 10,9 nacimientos por cada mil habitantes.

La tasa de mortalidad ha pasado de 9,1 fallecimientos por cada mil habitantes en el quinquenio 1970-1975 a 4,81 defunciones por mil habitantes en el período 2000-2005. Las proyecciones prevén un ligero aumento, que situará el número de decesos en 5,73 por cada mil habitantes en el lustro 2020-2025, y en valores cercanos a 10 fallecimientos por cada mil habitantes para el quinquenio 2045-2050.

La tasa de migración mantiene, en el período estudiado, valores negativos, lo que supone que un número importante de mexicanos sale del país cada año. En el quinquenio 2000-2005 se observa la cifra con -7,82 personas por cada mil habitantes.

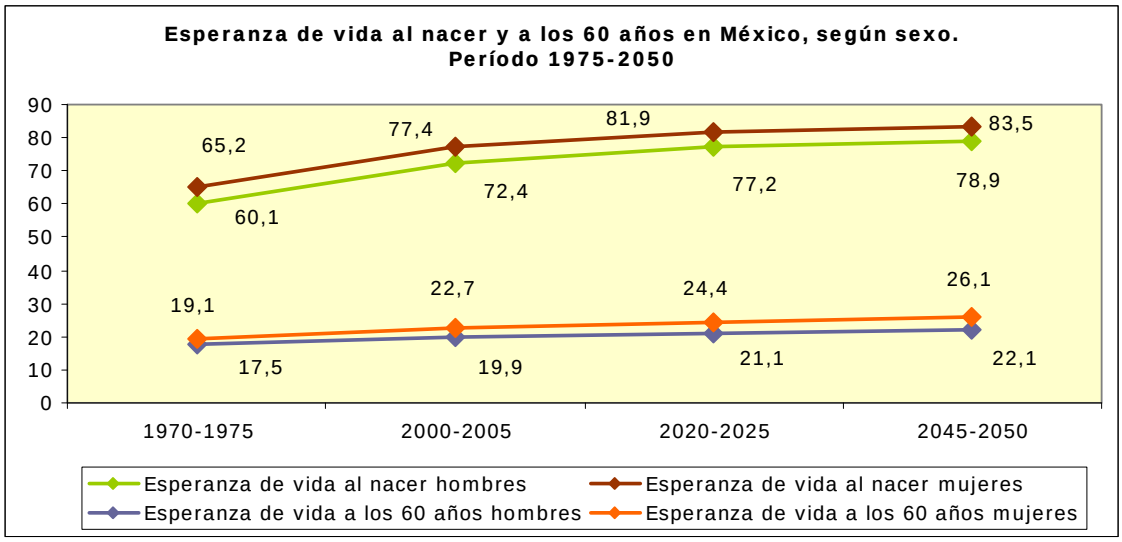
La tasa anual de crecimiento, que en el quinquenio 2000- 2005 ha estado por debajo del 1 por mil, se mantendrá en valores similares en 2020- 2025 y se estima que será negativa para el lustro 2045-2050



Fuente: CEPAL, Base de datos del Boletín Demográfico No. 72. América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950 - 2050. Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025.

La esperanza de vida es otra variable que mantiene una tendencia ascendente. Así se observa en la cifra referida a la esperanza de vida al nacer, que ha pasado de los 62,6 años en el quinquenio 1970-1975 a los 74,8 en el 2000-2005. Se estima que esta cifra alcanzará los 81 años en el 2050. Al diferenciar por género, la esperanza de vida al nacer es más alta en las mujeres que en los hombres. Al considerar la esperanza de vida a los 60 años las diferencias entre hombres y mujeres se mantienen.

Destaca el aumento de la expectativa vital a los 80 años, que para el quinquenio 2000-2005 es de 7,93 años para los hombres y 9,04 años para las mujeres.



Fuente: CEPAL, Base de datos del Boletín Demográfico No. 72. América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950 – 2050. Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025.

Esta esperanza de vida ampliada entre la población en general y entre las mujeres en particular explica el mayor peso de éstas dentro de la población anciana y el proceso de envejecimiento interno que se refleja en el incremento porcentual de la población de 75 años y más respecto a la población total.

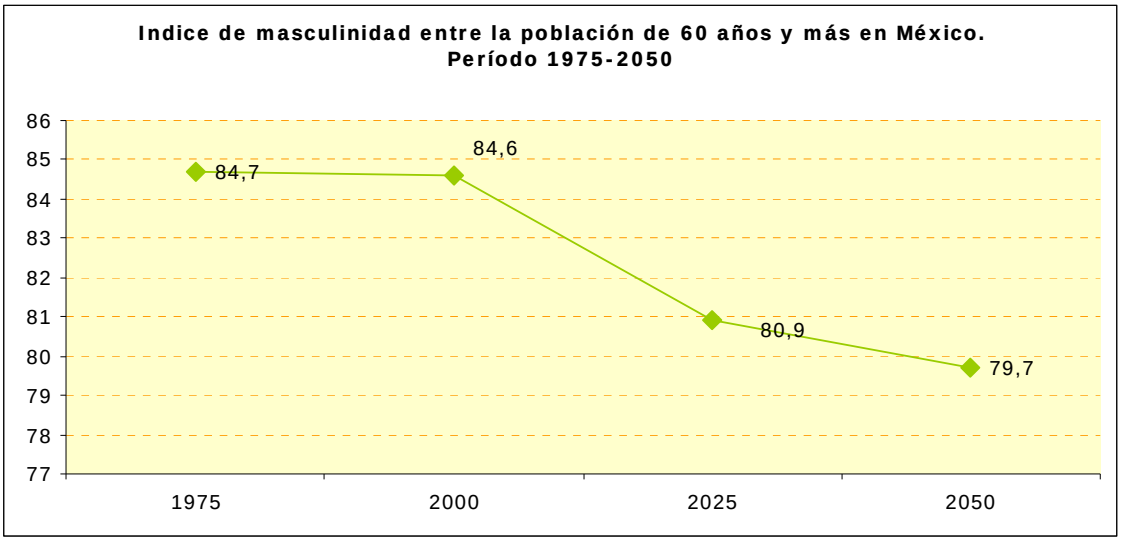
Para el caso mexicano se observa un incremento paulatino pero constante del peso de la población de 75 años y más dentro del grupo de adultos mayores, que para el año 2000 representaban ya el 25,4% de las personas de 60 años y más y el 2% de la población total. Se estima que a mediados del presente siglo la población de 75 años y más constituirá el 10% de la población total.

México - Población de 75 años y más en el período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)

	1975	2000	2025	2050
Total	735	1.864	4.810	13.123
% respecto a la población de 60 y más años	22,1%	25,4%	26,1%	37,2%
% respecto a la población total	1,2%	1,9%	3,9%	10,0%

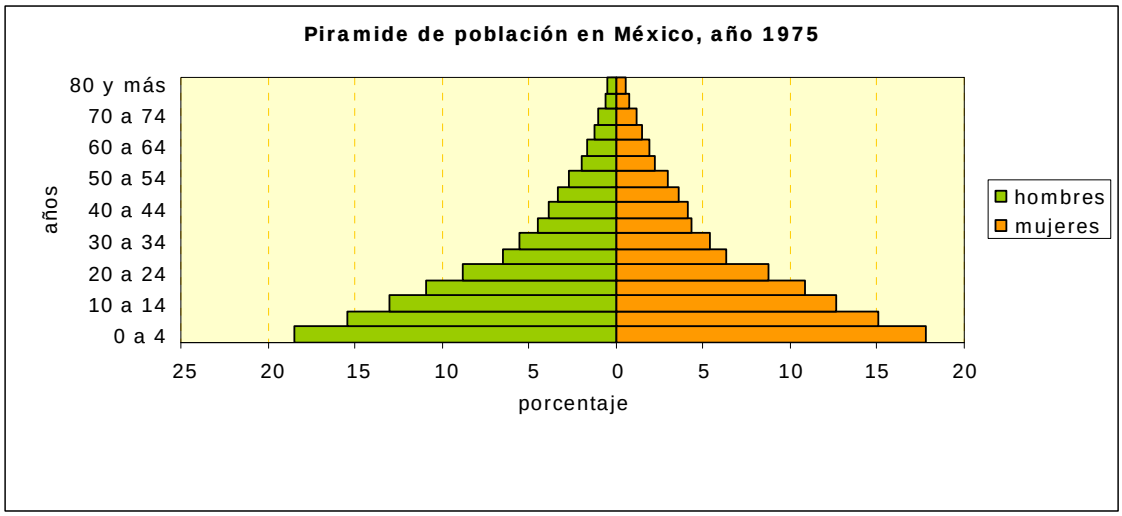
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

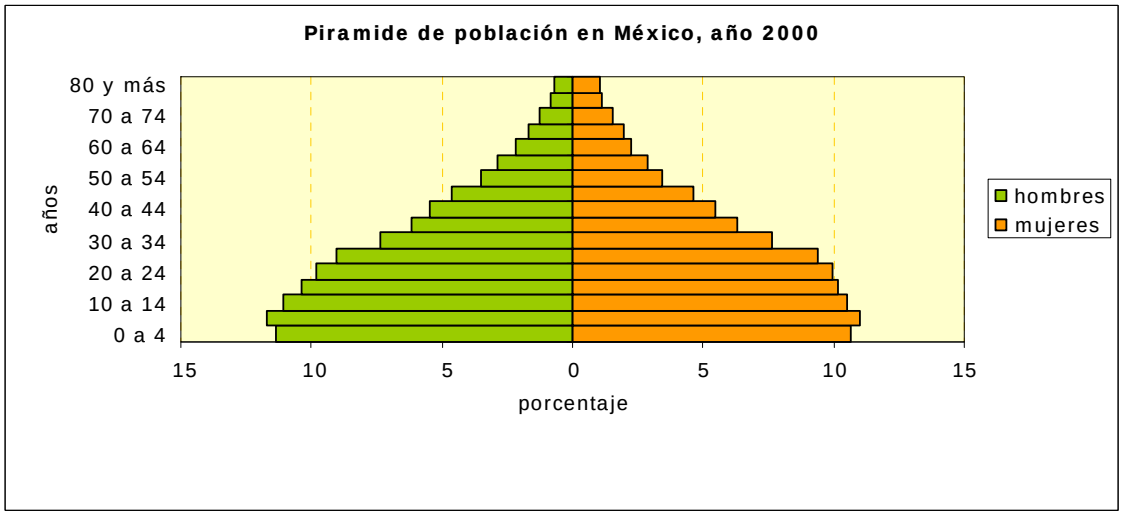
La mayor presencia de las mujeres se puede observar a partir del índice de masculinidad que muestra los siguientes valores: en el año 2000 la relación entre hombres y mujeres se situaba en 84,6 varones por cada cien mujeres. Se calcula que esta relación puede descender hasta 79,7 varones por cada cien mujeres para el año 2050.

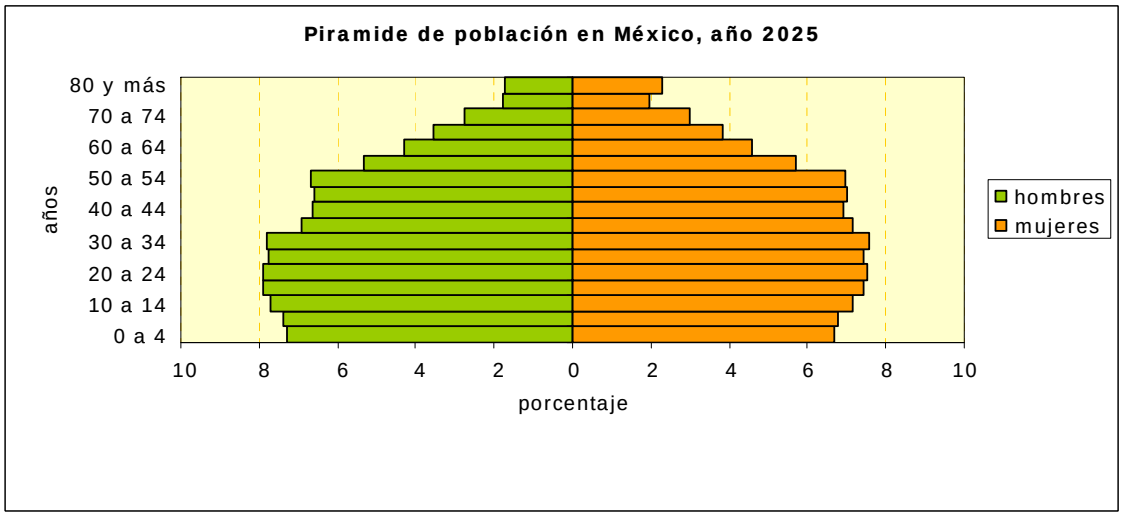


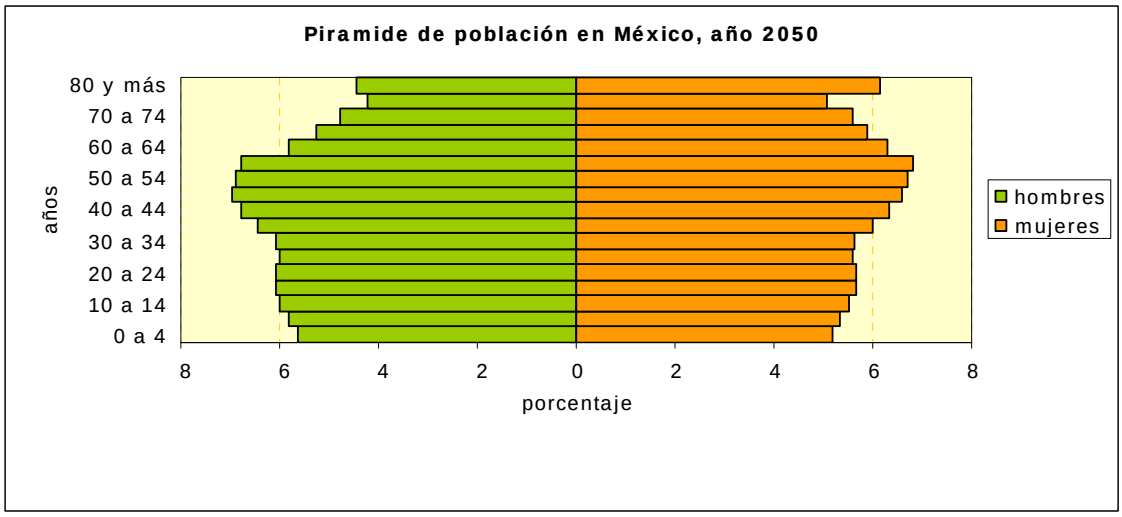
CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Boletín Demográfico No. 72. América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950 - 2050.

Estos cambios demográficos se plasman en la transformación de la pirámide de población tal como expresan los siguientes gráficos:


Piramide de población en México, año 1975
80 y más
70 a 74
60 a 64
50 a 54
40 a 44
30 a 34
20 a 24
10 a 14
0 a 4
años
25 20 15 10 5 0 5 10 15 20
porcentaje
hombres
mujeres


Piramide de población en México, año 2000
80 y más
70 a 74
60 a 64
50 a 54
40 a 44
30 a 34
20 a 24
10 a 14
0 a 4
años
15 10 5 0 5 10 15
porcentaje
hombres
mujeres


Piramide de población en México, año 2025
80 y más
70 a 74
60 a 64
50 a 54
40 a 44
30 a 34
20 a 24
10 a 14
0 a 4
años
10 8 6 4 2 0 2 4 6 8 10
porcentaje
hombres
mujeres



Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población.

1.2.2. Proyecciones XII Censo General de Población y Vivienda 2000

De acuerdo con los datos recogidos por los censos generales de población, en el año 1970 la población mexicana ascendía a 48,2 millones de habitantes, de los que cerca de 3 millones eran mayores de 60 años, lo que en términos porcentuales significaba el 5,6%. Para el año 2000 la población llegó a 97,9 millones, sobreduplicando la cifra anterior en un lapso de solo treinta años. En ese momento, la población de adultos mayores representaba ya el 7,09% de la población total. En 2005 uno de cada trece mexicanos y mexicanas estaba en ese grupo de edad, en 2030 serán uno de cada seis. Las estimaciones apuntan a que el peso de los adultos mayores seguirá creciendo, al punto que para el año 2050 un cuarto de la población mexicana tendrá más de 60 años.

México- Población total y Adultos mayores en 1970, 2000, 2020 y 2050				
	1970	**2000**	**2020**	**2050**
POBLACIÓN TOTAL				
Total	48.225.238	97.925.534	115.440.592	121.978.375
Hombres	24.065.614	47.628.616	56.314.928	58.588.809
Mujeres	24.159.624	50.296.918	59.125.664	63.389.566
Hombres %	49,9	48,6	48,8	48,0
Mujeres %	50,1	51,4	51,2	52,0
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	2.700.613	6.948.457	15.022.860	33.526.200
Hombres	1.253.856	3.252.357	7.521.834	15.135.653
Mujeres	1.446.757	3.696.100	7.680.446	18.390.547
Porcentaje s/la población total	**5,6**	**7,09**	**12,45**	**27,48**
Hombres %	2,6	6,82	5,0	12,00
Mujeres %	3,0	7,34	6,4	15,07

INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000

El crecimiento en el número de personas adultas mayores en México presenta una tasa anual acelerada: pasará de 8,8 millones en 2007 a 12,1 millones en el año 2015; Las proyecciones apuntan que en el año 2030 este grupo de edad ascenderá

a 22,2 millones de personas y podrá alcanzar los 36,2 millones en el 2050. El grupo de adultos mayores en las edades más avanzadas es el que registra un crecimiento superior, lo que representará que la proporción de personas de 70 y más años respecto a este conjunto poblacional aumentará de 43,0% en 2000 a 45,9% en 2030 y a 55,5% en 2050.

Las mujeres mexicanas tienden a vivir más que los hombres, se estima que la esperanza de vida de éstas se incrementará a 83,6 y 79,0 años, respectivamente, en 2050.

El índice de envejecimiento de la población, es decir, la relación entre mayores de 60 años y menores de 15, indica que en 2000 había 20,5 adultos mayores por cada 100 niños; en 2005 la relación era de 25 personas mayores por cada 100 infantes; se espera que habrá la misma cantidad de niños y viejos alrededor de 2034 y, para 2050, en México habitarán 166,5 adultos mayores por cada 100 niños.

La vejez en México tiene un rostro predominantemente femenino: en 2005 había 4,3 millones de mujeres de sesenta años o más frente a menos de 3,7 millones de hombres; para el 2010 se espera que sean 5,3 y 4,5 millones, respectivamente; para 2030 habrá 12 millones de mujeres por 10,2 millones de hombres de la tercera edad y, para el 2050, se espera que las mujeres superen en cerca de tres millones a los varones (19,6 frente a 16,7 millones).

México. Proyección de la población de 60 años y más, según grupo de edad, 2010-2050

Hombres	2010	2020	2030	2040	2050
60-64	11.57	71.59	138.33	172.20	196.50
65-69	10.97	64.04	151.79	221.60	250.07
70-74	11.17	60.07	152.47	259.12	319.37
75-79	11.22	59.15	142.71	284.08	404.73
80-84	10.92	59.11	137.86	290.75	476.79
85-89	14.49	63.97	146.46	297.22	561.29
90-94	5.50	59.17	144.30	293.71	595.20
95-99	5.50	43.63	124.83	273.10	563.07
100 o más	8.69	32.47	120.61	282.27	595.21
Mujeres	**2010**	**2020**	**2030**	**2040**	**2050**
60-64	11.69	71.26	138.56	179.39	198.96
65-69	11.15	64.44	150.99	225.27	257.42
70-74	11.22	60.75	152.32	259.04	328.46
75-79	10.76	58.87	142.54	281.55	408.16
80-84	9.71	55.99	134.86	284.82	468.99
85-89	12.43	56.40	136.58	282.91	534.94
90-94	2.75	46.45	122.84	261.53	536.12
95-99	2.29	28.03	93.78	221.82	471.17
100 o más	8.69	32.47	120.61	282.27	595.21

FUENTE: Conapo, 2005.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO

2.1. Salud

2.1.1. Actividades de la vida diaria

Sobre la base de las Encuestas sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), se aplicó una encuesta a adultos mayores en la Ciudad de México; el estudio reporta que la proporción de adultos mayores que declara tener dificultad en algún tipo de actividad funcional de la vida diaria (AFVD) es del 19%, de ellos el 38% recibe ayuda; en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 28% declaró tener dificultad, recibiendo ayuda el 84%.

En el estudio denominado Ingreso y el bienestar de la población de edad media y avanzada en México, realizado en el año 2003, el 6,9% de la población masculina y el 8% de la femenina sufría una o más dificultades con las actividades de la vida diaria (caminar, bañarse, comer, acostarse, usar el excusado). Por otra parte, el 19% de los hombres y el 11,2% de las mujeres tenían una o más dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria (preparar alimentos, tomar medicamentos, manejar dinero).

De la población mexicana estudiada en la Encuesta Nacional Sociodemográfica sobre el Envejecimiento (ENSE 94) en cuanto a movilidad, es evidente que a mayor edad, mayor limitación funcional. Por ejemplo, 90% de los individuos de la franja de edad de 60 a 64 años puede salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33 por ciento de los que tienen más de 90 años puede hacerlo.

Asimismo, si sólo 0,41% de los más jóvenes (60-64 años) se encuentra paralizado en cama, esto es diez veces más frecuente (4,65%) entre los nonagenarios. El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria[107] se ve con frecuencia comprometido. En cuanto a estas actividades básicas del diario vivir, por ejemplo, 0,68% de los casos no puede de ninguna manera salir de la cama y es, por ende, totalmente dependiente de una tercera persona para sobrevivir. Otro 6,13% puede moverse en su habitación, pero necesita ayuda para bañarse y vestirse lo cual todavía permite considerarlo como altamente dependiente. Un número importante de mujeres (23,4%) cuenta con alguna dificultad para el desempeño de estas actividades en comparación con los hombres (17,5%). El 16% refieren incontinencia urinaria o fecal. En promedio, 7,06% de los mayores tiene necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y depende en consecuencia de una tercera persona para subsistir.

[107] Estimado en función de la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse o permanecer solo en la noche.

América Latina (7 países): Proporción de adultos mayores con dificultad y que reciben ayuda en actividades funcionales (AFVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria (en porcentajes)							
Actividades de la vida diaria	Argentina	Barbados	Brasil	Chile	Cuba	**México**	Uruguay
AFVD							
Tiene dificultad	17	14	19	22	19	**19**	17
Recibe ayuda [a]	32	46	40	52	42	**38**	26
AIVD							
Tiene dificultad	27	24	32	28	26	**28**	17
Recibe ayuda [a]	65	74	92	86	90	**84**	78

Fuente: Encuesta sobre Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE)
[a] Entre los que tiene dificultad

Las actividades instrumentales requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista las incapacidades son, en consecuencia, más frecuentes. Algunas actividades instrumentales como cortarse las uñas de los pies son particularmente difíciles pues ya a los 60-64 años un 18 por ciento necesita auxilio para lograrlo. Para tomar sus medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad son semejantes, casi la totalidad de los jóvenes viejos las realizan, en tanto que sólo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo.

El ejecutar tareas domésticas, tanto ligeras (lavar trastos y barrer) como pesadas (lavar ventanas, trapear el piso o hacer la limpieza general), reviste un mayor grado de complejidad. La necesidad de ayuda para llevarlas a cabo se incrementa de forma considerable con la edad. El 48,2% del total cuenta con algún problema para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Cuando existe bajo riesgo, la diferencia entre hombres y mujeres es de 15 puntos porcentuales (28,12% para los hombres y 43,4% para las mujeres). Según aumenta el riesgo, se iguala entre hombres y mujeres la pérdida de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Así, aproximadamente 40% de los octogenarios y 66 por ciento de los nonagenarios está incapacitado para realizar aun las tareas domésticas más ligeras. Como consecuencia, una parte importante de los adultos mayores dependen, de manera parcial o exclusiva, del apoyo informal prestado principalmente por la familia.

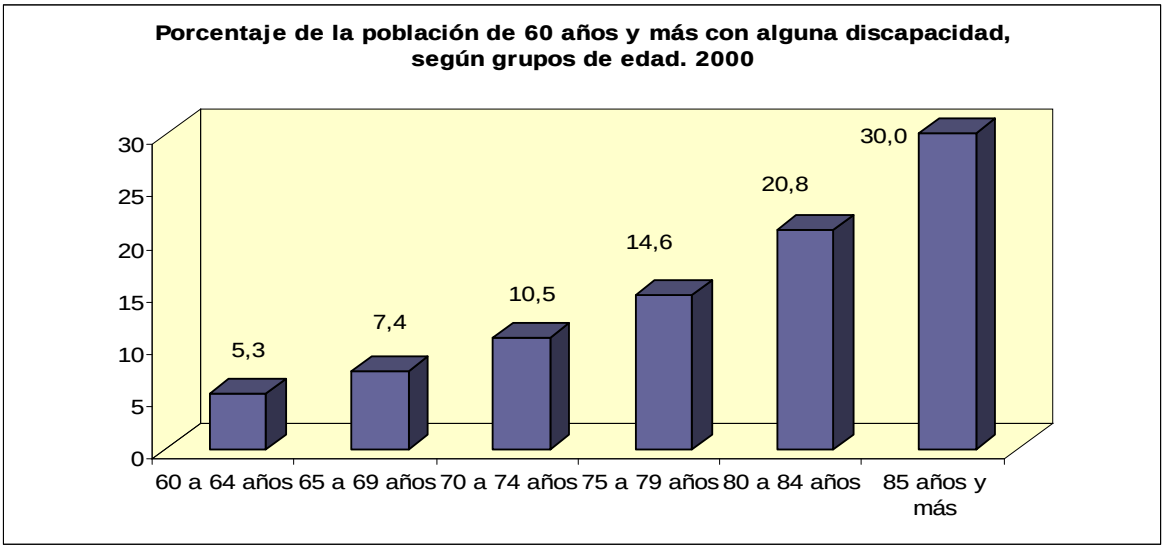
2.1.2. Discapacidad

Los resultados del censo del año 2000 revelaron que en México existen 1,8 millones de personas con discapacidad que representan el 1.8% de la población total. Entre los adultos de 60 años o más, 1 de cada 10 cuanta con alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades normales. Destaca que en todas las edades la proporción de personas con discapacidad es ligeramente mayor entre la población masculina.

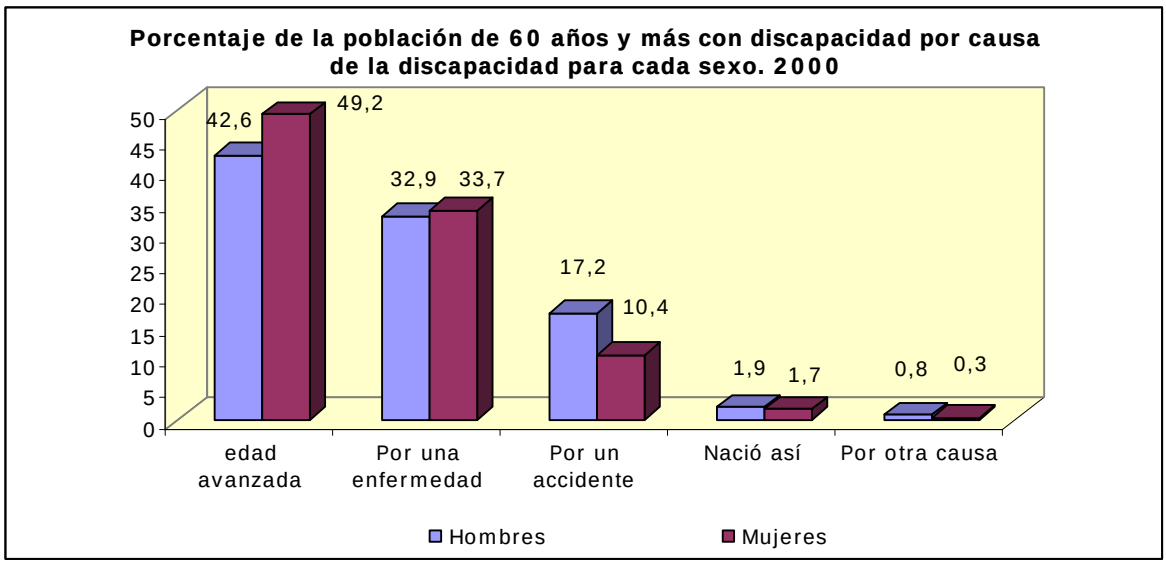
La quinta parte de la población de 80 a 84 años y poco menos de la tercera parte de la población de 85 años o más presenta alguna limitación o deficiencia física o mental.

México. Porcentaje de la población con discapacidad por grupos de edad según sexo. 2000			
Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	1,8	2	1,7
0 a 14 años	0,7	0,8	0,7
15 a 29 años	1,0	1,2	0,8
30 a 59 años	1,9	2,2	1,6
60 años y más	10,7	10,8	10,6

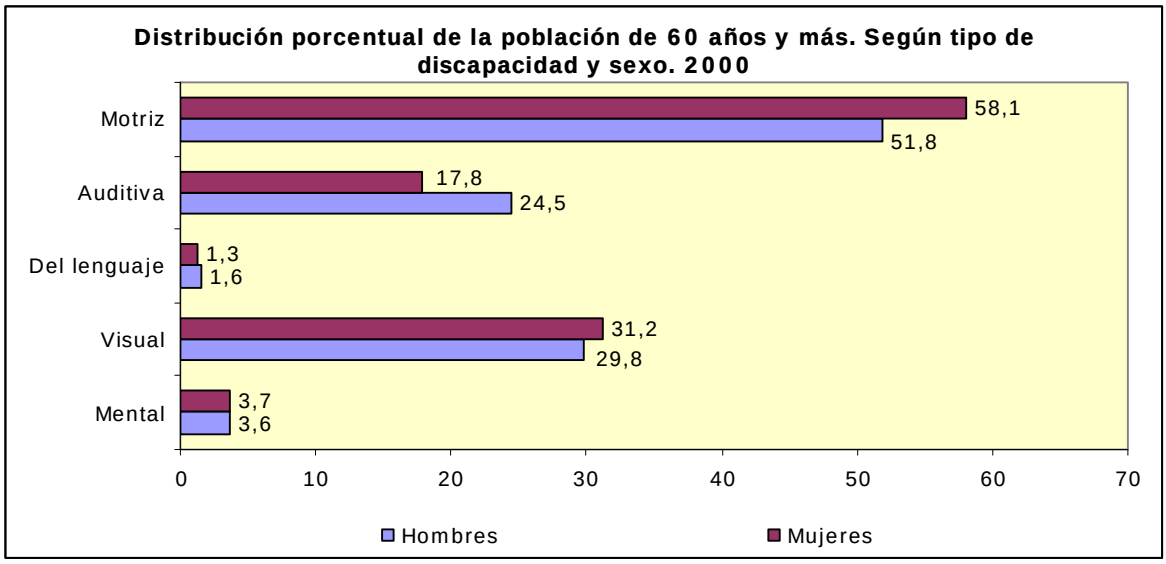
Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados básicos



Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos



Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos de la muestra censal



Nota: El porcentaje puede ser mayor de 100 debido a que la población puede presentar más de un tipo de discapacidad.
Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000

2.1.3. Causas de Morbilidad y tasas

Entre las causas de egresos hospitalarios que afectan a la población de 60 años y más, sobresalen las enfermedades cardiovasculares, del aparato digestivo y del sistema génito-urinario, juntas representan casi 50% del total de los egresos de dicho grupo etario. Las diez causas de morbilidad del sector hospitalario público registradas en el año 2005 de la población adulta mayor se muestran en el siguiente cuadro:

México- diez principales causas de enfermedad en el grupo de 65 años y más .			
No.	Padecimiento	Casos	Tasa (*)
1	Infecciones respiratorias agudas	1.068.401	18.988,91
2	Infección de vías urinarias	318.860	5.667,16
3	Infecciones int. por otros organismos y otras mal definidas	266.966	4.744,84
4	Ulceras, gastritis y duodenitis	156.506	2.781,61
5	Hipertensión arterial	138.848	2467,77
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II)	88.502	1 572,96
7	Amibiasis intestinal	36.528	649,22
8	Gingivitis y enfermedad periodontal	30.961	550,28
9	Neumonías y bronconeumonías	28.641	509,04
10	Enfermedades isquémicas del corazón	26.620	473,12

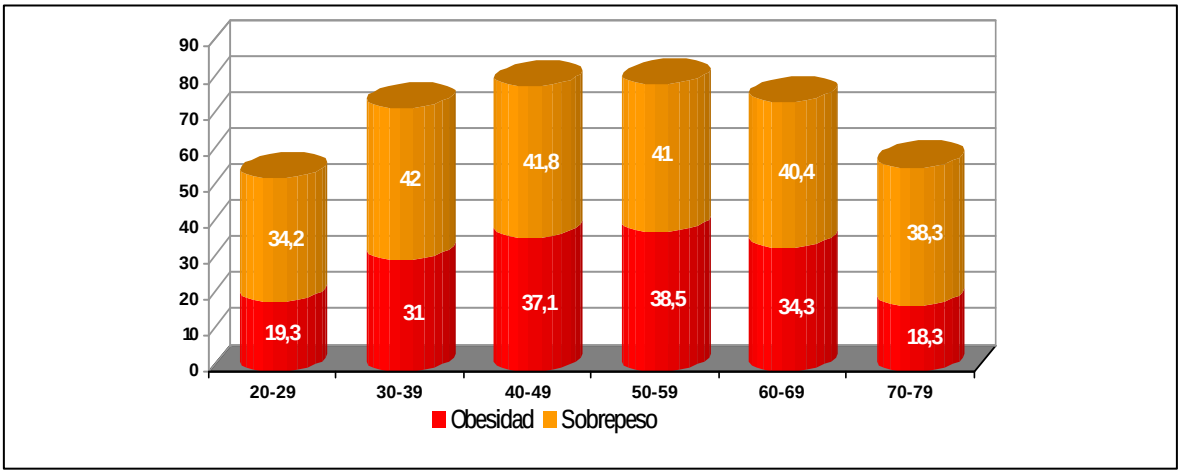
Fuente: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2005
(*) Por 100.000 habitantes

Obesidad y Sobrepeso en la Población Mayor

La Encuesta Nacional en Salud (ENSANUT) 2006 recabó información representativa entre otros, de la población adulta en México. La prevalencia de sobrepeso, pero especialmente la de obesidad, tiende a incrementarse con la edad hasta los 60 años; en edades de 60, 70 y más de 80 años la tendencia de ambas condiciones disminuyó, tanto en hombres como en mujeres.

En el ámbito nacional, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42,5%) que en mujeres (37,4%). En cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34,5%) que en hombres (24,2%). Al sumar las prevalencias de sobrepeso y de obesidad, el 71,9% de las mujeres mayores de 20 años de edad (24.910.507 mujeres en todo el país) y 66,7% de los hombres (16.231.820 hombres) presentan situaciones de sobrepeso u obesidad. La prevalencia de desnutrición en ambos sexos fue menor del 2%.

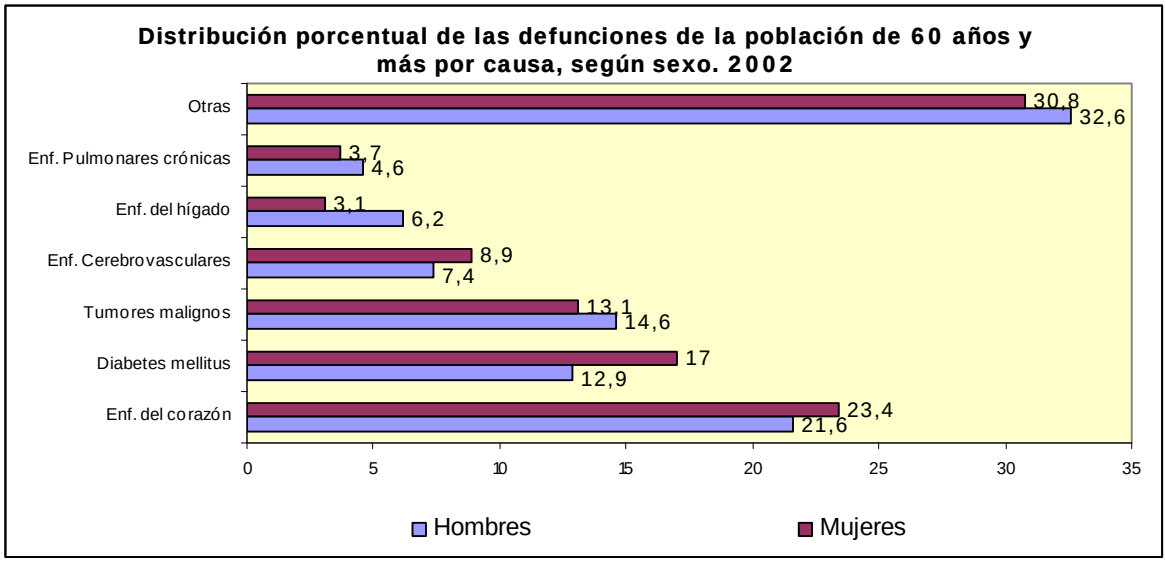
Obesidad y sobrepeso por grupos de edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut2005)

2.1.4. Causas de Mortalidad y tasas

Las principales causas de muerte de la población adulta mayor son las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, los tumores malignos y los padecimientos cerebrovasculares. Para las mujeres se conserva este orden de causas, mientras que para los varones los tumores malignos superan en incidencia a la diabetes. Por sexo, la proporción de muertes fue similar, 50,2% de hombres y 49,8% de mujeres.



Fuente: INEGI. Estadísticas demográficas. 2003. Base de datos

El patrón de causas de mortalidad de los adultos mayores muestra cambios conforme aumenta la edad. Las enfermedades del corazón adquieren un peso relativo significativo en las generaciones más envejecidas (con lo cual se convierte en la causa de muerte de una de cada cuatro personas de 80 años o más). Del mismo modo, la proporción de muertes, como consecuencia de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y de las cerebrovasculares, son más altas cuando aumenta la edad.

En sentido inverso, los porcentajes de defunciones por diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado y por accidentes, son cada vez menores. En conjunto reducen su peso respecto del total de defunciones, al pasar de 53,6% registrado entre los de 60 a 64 años a 17,7% de los fallecimientos de personas de 85 años o más.

Entre los años 2000 y 2002 de cada 100 personas de 60 años o más, 80 fallecieron debido a causas no transmisibles, 16 por enfermedades infecciosas y 4 por lesiones o accidentes. Entre los hombres se observa una mayor proporción de muertes por lesiones y accidentes, mientras que entre las mujeres el peso de las causas transmisibles es ligeramente más alto.

El cambio en el perfil de causas de muerte fue más notorio entre los hombres, ya que las enfermedades del corazón y los tumores malignos reemplazaron a los accidentes como principal causa de fallecimiento entre la población masculina. Sin embargo, para los hombres las lesiones y accidentes mantienen todavía un peso importante entre los de 60 a 64 años de edad, lo cual puede estar relacionado con su todavía alta participación en actividades extradomésticas y que se reduce de forma significativa conforme avanza la edad.

En el siguiente cuadro se observa el cambio que ha tenido la mortalidad en México en poco más de 5 años:

México. Porcentaje de defunciones generales de 65 y más años y principales causas, 2000 - 2005

Causa	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Defunciones generales de 65 y más años	217.084	224.068	235.316	247.215	249.560	264.674
Enfermedades del corazón	23,1	23,1	23,3	23,3	23,1	22,9
Diabetes mellitus	12,7	13,3	13,9	14,4	15,0	15,3
Tumores malignos	13,4	13,4	13,3	13,2	13,3	12,9
Enfermedades cerebrovasculares	8,8	8,6	8,5	8,2	8,1	7,9
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	4,4	4,3	4,5	4,7	4,9	5,2
Enfermedades del hígado	3,9	4,0	3,9	4,0	4,0	4,0
Influenza y neumonía	3,1	2,9	2,8	2,9	2,9	3,0
Accidentes	2,8	2,9	2,8	2,7	2,7	2,7
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2,9	2,8	2,7	2,7	2,5	2,4
Insuficiencia renal	NA	NA	NA	NA	2,3	2,3
Bronquitis crónica, enfisema y asma	2,6	2,5	2,4	2,3	NA	NA
Las demás causas	22,3	22,2	21,9	21,6	21,2	21,2

FUENTE: INEGI. Estadísticas de Mortalidad

2.1.5. Sistema de Salud

En México, el sistema de salud puede clasificarse en dos subsistemas: el de asegurados y el de no asegurados. Dentro de los primeros existen dos modalidades, la seguridad social y los servicios médicos privados. Los ciudadanos

no asegurados o 'población abierta' gozan de los servicios de salud, gratuitos o subsidiados.

Los servicios médicos proporcionados por la seguridad social los encabeza el Instituto Mexicano del Seguro Social[108] (IMSS), responsable de brindar servicios a la población ocupada en el sector privado y a sus familiares. Los empleados de gobierno, a su vez, son atendidos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Con respecto al sector privado, en el que de manera voluntaria las personas o sus empleadores acuerdan la prestación de servicios de salud debe agregarse que en los últimos años ha tenido un crecimiento importante.

Entre las instituciones que proporcionan los servicios de salud gratuitos o subsidiado se incluyen la Secretaría de Salud (SS), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y los institutos dependientes de la Secretaría de Salud[109].

Cobertura de Salud

Los registros de las instituciones de seguridad social mexicanas indican que 49.8% de la población nacional es derechohabiente frente a un 49.2% que no cuenta con ningún tipo de protección por parte de instituciones o programas de seguridad social, lo cual sigue siendo un porcentaje muy alto, a pesar de que se ha observado una disminución con respecto a lo manifestado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSA II), que fue de 59.5%, y en la ENSA 2000, de 58.9%

México. Distribución porcentual de la población total según condición de uso de servicios de salud para cada sexo y grupo de edad, 2000

Sexo y Grupos de edad	Total	Usuaria	No usuaria	No especificado
Hombres	**47.258.265**	**96,0**	**3,0**	**1,0**
0 a 4 años	5.485.973	95,8	2,0	2,2
6 a 14 años	11.268.967	96,7	2,4	0,9
15 a 64 años	28.105.440	95,8	3,4	0,8
65 y más años	**2.246.999**	**95,2**	**4,0**	**0,8**
No especificado	150.886	86,1	6,7	7,2
Mujeres	**49.756.602**	**96,7**	**2,3**	**1,0**
0 a 4 años	5.305.420	95,8	2,0	2,2
6 a 14 años	10.989.851	96,8	2,3	0,9
15 a 64 años	30.721.961	97,0	2,3	0,7
65 y más años	**2.598.697**	**96,1**	**3,2**	**0,7**
No especificado	140.673	88,5	5,8	5,7

Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos de la muestra censal.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encuentra entre las instituciones con mayor porcentaje de aseguramiento, con 27,6% del total de la población, mientras que 5,2% de la población está asegurada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y sólo un 0,7% mencionó contar con un seguro médico pagado por ellos mismos. Las aseguradoras privadas y otras dan cobertura al 2,7 por ciento de la población.

[108] Integrado de manera igualitaria, por los trabajadores, los patrones y el Gobierno Federal.

[109] Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, así como el Instituto Nacional de Rehabilitación.

México. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución para cada sexo y grupo de edad, 2000				
Sexo y Grupos de edad	Población usuaria	Seguridad Social (a)	Servicios médicos privados (b)	Servicios a población abierta
Hombres	**45.352.031**	**38,5**	**34,7**	**26,8**
0 a 4 años	5.256.931	35,6	32,6	31,8
6 a 14 años	10.898.810	35,4	31,2	33,4
15 a 64 años	26.925.920	39,6	36,7	23,7
65 y más años	**2.140.382**	**46,5**	**32,7**	**20,8**
No especificado	129.988	31,3	36,9	31,8
Mujeres	**48.119.229**	**39,4**	**33,7**	**26,9**
0 a 4 años	5.080.100	35,5	32,6	31,9
6 a 14 años	10.632.394	35,1	31,5	33,4
15 a 64 años	29.785.096	41,0	34,6	24,4
65 y más años	**2.497.122**	**45,8**	**34,5**	**19,7**
No especificado	124.517	32,4	37,3	30,3

(a) Incluye a las instancias de seguridad social de los gobiernos estatales.
(b) Incluye a las personas que son atendidas por médicos particulares.
Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos de la muestra censal.

El 53,7% de la población de 65 a 69 años, es derechohabiente, mientras que entre las personas de 85 años o más este porcentaje se reduce alrededor de 12 puntos porcentuales, lo que significa que el 60,5% de los adultos más envejecidos carece de esta prestación, con lo que la atención a sus problemas de salud deberá ser enfrentada por ellos mismos o por sus familiares, a través del uso de servicios médicos en instituciones que brindan servicios de salud a la población abierta o aquéllas de carácter privado. En el último trimestre de 2005 se estimaba que en México, en el caso de los adultos mayores, en relación con la seguridad social:

- Sólo 2 de cada 10 tiene acceso a una pensión del IMSS o del ISSSTE (Conapo, 2004), lo que implica además, acceso al servicio médico.
- 2 de cada 3 pensiones, no son suficientes para cubrir las necesidades básicas.

La utilización de servicios de salud curativos tiene mayores tasas de utilización que los servicios preventivos, pero la utilización de estos servicios disminuye a partir de los 70 años, en contraste con los servicios hospitalarios, cuya utilización muestra un incremento a partir de la edad reproductiva, permanece constante en los grupos menores de 60 años y aumenta en los grupos de adultos mayores.

México. Distribución porcentual de la población de 60 años y más, según condición de derechohabiencia por cada grupo quinquenal de edad			
Grupos quinquenales de edad	Total	Tiene derechohabencia*	No tiene derechohabencia
Total	**100.0**	**50.6**	**49.4**
60 a 64 años	100.0	51.8	48.2
65 a 69 años	100.0	53.7	46.3
70 a 74 años	100.0	50.7	49.3
75 a 79 años	100.0	46.8	53.2
80 a 84 años	100.0	49.2	50.8
85 años y más	100.0	41.2	58.8

*Incluye a las personas que tienen derechohabencia en más de una institución, clasificadas de acuerdo con la declarada en primer término.
Fuente. INEGI. IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004

2.2. Trabajo

En la actualidad en el país residen 8.338.835 personas de 60 años o más, de ellas 3.3 millones realizan alguna actividad económica, lo que equivale a que 36.5% del total de adultos mayores se encuentra en el mercado de trabajo, siendo esta participación entre los hombres de 56.8 y para las mujeres de 19.1%.

A medida que aumenta la edad es más común que las personas no se encuentren en el mercado de trabajo y esto se refleja directamente en sus tasas de participación; entre los 60 y 64 años, 5 de cada 10 personas siguen laborando, las tasas de actividad se reducen en edades posteriores; al llegar a ochenta años de vida todavía 1 de cada 10 personas continúa en el mercado de trabajo.

México. Tasa neta de participación económica de la población de 60 años y más por grupos quinquenales de edad, según sexo. 2004			
Grupos quinquenales de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	**36,5**	**56,8**	**19,1**
60 a 64 años	50,7	74,8	29,1
65 a 69 años	40,1	61,9	20,9
70 a 74 años	31,9	51,4	15,2
75 a 79 años	24,9	40,0	12,3
80 años y más	13,9	25,5	5,2

Fuente: INEGI, STPS. Encuesta Nacional de Empleo, 2004, Segundo trimestre. Base de datos

La población ocupada de entre 60 y 64 años en 2002 alcanzaba un 74,7% para los hombres y 28,5% para las mujeres; mientras que los mayores de 65 años ocupados, un 54% y un 19,9% respectivamente[110]. La edad de retiro de la actividad laboral oscila entre los 60 y los 65 años según la ley que la regule.

México. Condición de empleo según grupo de edad y sexo (porcentajes)			
Condición de empleo	Grupos de edad	Hombres	Mujeres
Ocupados	15-54	82.0	45.5
	55-59	83.3	38.4
	60-64	74.7	28.5
	Más de 65	**54.0**	**19.9**
Desocupados	15-54	3.1	1.0
	55-59	1.4	0.0
	60-64	1.8	1.0
	Más de 65	**0.9**	**0.1**
Inactivos	15-54	15.0	53.4
	55-59	10.3	61.5
	60-64	23.6	70.5
	Más de 65	**45.1**	**80.1**

Fuente: Conferencia Interamericana de Seguridad Social con datos de INEGI_ENIGH 2002

Estas tasas de participación laboral se asocian en buena medida a la baja cobertura de los sistemas de pensiones entre los adultos mayores que obstaculizan la institucionalización del retiro al no ofrecer una fuente de ingresos alternativa al trabajo.

[110] Información recogida de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social con datos de INEGI-ENIGH 2002.

A pesar del incremento en las tasas de participación laboral de las mujeres, sus niveles de participación son aún menores a los de los hombres en todos los grupos de edades; esto también ocurre en las edades avanzadas, donde las tasas de participación de los hombres duplican a todas las mujeres.

En los lugares cuya actividad económica es predominantemente agrícola, por ejemplo, se empieza a trabajar de niño y se termina sólo con el declive de la fuerza física en la edad avanzada, mientras que en las áreas urbanas son frecuentes quienes incluso en edad laboral, dependen de otros por estar desocupados o recibiendo pensiones.

Los motivos de la inactividad laboral de los adultos mayores son diferentes entre hombres y mujeres: más de un 70% de las personas de 60 años o más se declaran como económicamente inactivas (59 % de los hombres y 88 % de las mujeres); los motivos que declaran los hombres y mujeres para no trabajar son distintos; entre los hombres, 35.7% son jubilados o pensionados; 5.0% se declaran incapacitados permanentes; 3.0% se dedica a los quehaceres del hogar; la mayoría declara realizar otro tipo de actividades; entre las mujeres, 68.3 % se dedica a los quehaceres del hogar; 6.3 % son jubiladas o pensionadas; 23.5 % realiza otra actividad.

México. Población económicamente inactiva						
		Distribución según tipo de inactividad				
Grupos de Edad	Población econ. inactiva	Estudiantes	Personas dedicadas a los quehaceres del hogar	Jubilados y pensionados	Incapacitados perm. para trabajar	Otro tipo de inactividad
Estados Unidos Mexicanos	34.808.000	9.252.903	16.295.343	1.105.785	337.383	7.816.586
60 - 64 años	1.318.239	1.226	768.785	198.780	23.718	325.730
65 y más años	3.590.363	6.340	1.502.534	597.906	129.233	1.354.350

FUENTE: INEGI- Encuesta Nacional de Empleo 2004

La encuesta del INEGI refleja que la tasa neta de participación es diferenciada por sexo: 57 de cada 100 hombres de 60 años o más participan en alguna actividad económica y poco menos de 20 de cada 100 mujeres hace lo mismo.

México- Población de 60 años y más según: Clasificación de la PEA y PNEA por urbanización y sexo					
	Total	Más urbanizada	Menos urbanizada	Hombres	Mujeres
Población económicamente activa	3.354.313	1.391.512	1.962,801	2.383.562	970.751
Población no económicamente activa	6.497.562	3.411.806	3.085,756	2.135.484	4.362.078
Total	**9.851.875**	**4.803.318**	**5.048.557**	**4.519.046**	**5.332.829**

PEA: Población económicamente activa, PNEA: población no económicamente activa
Fuente: INEGI, primer trimestre 2007

La mitad de los adultos mayores que trabaja lo hace por su cuenta: 49,9% de los varones y 55,2% de las mujeres; 25,7% de los hombres y 28,6% de las mujeres, son empleados u obreros; 12,6% de los hombres y 3,1 % de las mujeres, son jornaleros y peones; 6.7 % de los varones y 9,5 % de las mujeres, son trabajadores sin pago; 5,2% de los hombres y 3,6 % de las mujeres, son patrones.

El empleo informal es predominante: 79,2 % de los hombres y 85,0 % de las mujeres tienen un trabajo considerado como informal; esta situación continuará reproduciéndose en el futuro, toda vez que en la actualidad poco menos de 1 de cada 4 personas que integran la población económicamente activa está cubierta por la seguridad social.

Casi la mitad de las personas mayores que trabajan lo hacen en actividades primarias: el trabajo de los hombres de edades avanzadas se vincula estrechamente a las actividades agropecuarias; mientras que en el conjunto nacional 1 de cada 6 personas que trabajan lo hacen en el sector primario, entre los adultos mayores varones esta proporción es de casi 1 de cada 2 (44,6%); en el caso de las mujeres de edades avanzadas, el trabajo se concentra en las actividades del sector terciario (74,6%, frente al 55,0 % en el conjunto nacional).

Una buena parte de los adultos mayores que trabaja percibe ingresos laborales muy bajos: los bajos montos de los ingresos laborales son otro indicador de la precariedad del empleo entre los mayores; una cuarta parte de los trabajadores con 60 años o más no recibe ningún ingreso por su trabajo; otra cuarta parte recibe menos de 1 salario mínimo; y otra cuarta parte recibe entre 1 y 2 salarios mínimos; esto es, más de 75% de los adultos mayores que trabajan reciben una remuneración menor a 2 salarios mínimos; entre las mujeres el porcentaje es de 83,0.

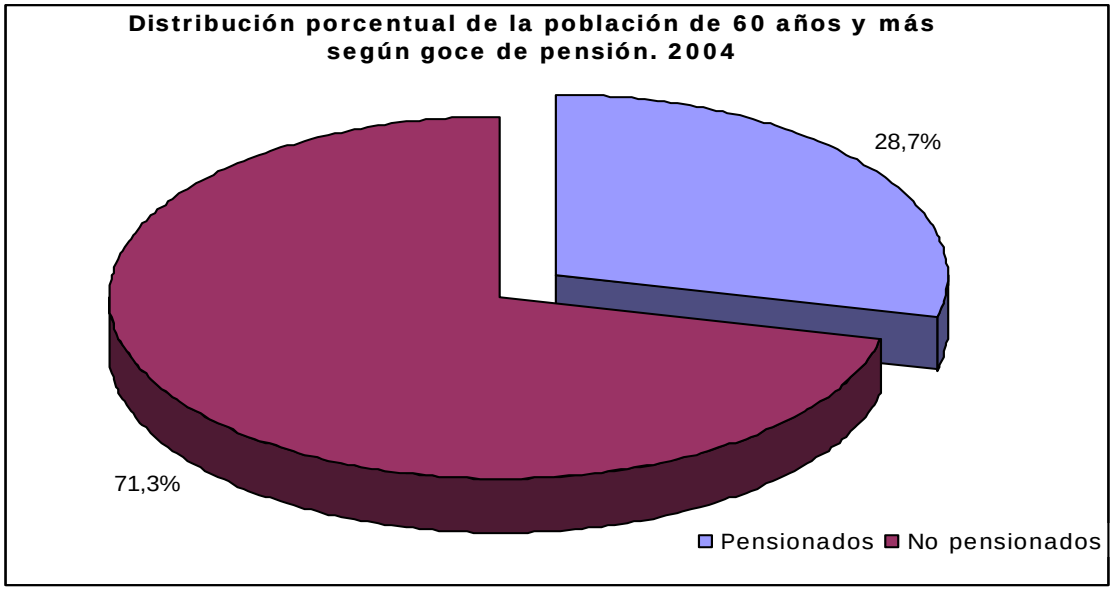
2.2.1. Jubilaciones y pensiones

El 27,4% de los adultos mayores varones de 60 y más años y el 14,4% de las mujeres de 60 y más años cuenta con una jubilación o pensión. Dado que los sistemas públicos de transferencias durante la vejez tienen una cobertura tan limitada, los familiares contribuyen al ingreso de un considerable sector de los adultos mayores: el 10,4% recibe remesas de familiares que residen en México y 5,2% de los parientes que residen en el extranjero. En la mayor parte de los casos los destinatarios de estas remesas son mujeres.

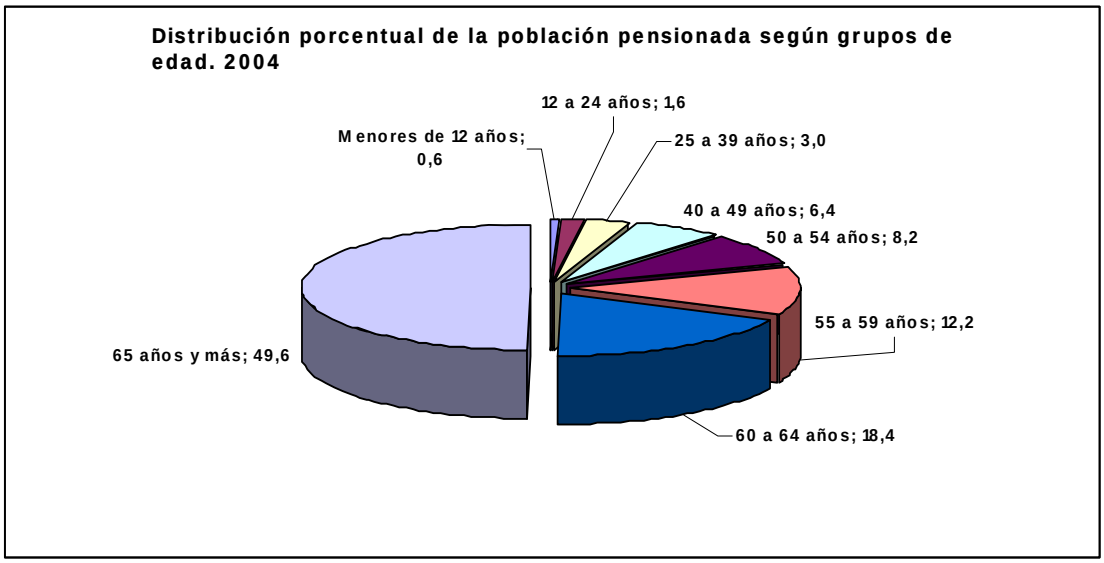
En México la edad de retiro de la actividad laboral se encuentra regida por disposiciones legales y con variaciones según la ley que la regule (oscila entre los 60 y 65 años). Sin embargo, al llegar a estas edades la baja cobertura de la seguridad social y los reducidos montos de las jubilaciones propician que algunos adultos mayores estén obligados a continuar trabajando. Dentro de los que se retiran, hay quienes lo hacen voluntariamente a causa de limitaciones derivadas de su salud o porque desean iniciar su descanso. También están aquellos que necesitan seguir en el mercado laboral para costear su subsistencia, pero se enfrentan a la discriminación sufrida por la edad y las “desventajas comparativas” respecto a personas más jóvenes y con más calificación en un mercado con altos niveles de desocupación.

La causa de retiro no se puede asociar a los programas de jubilación porque la cobertura de la seguridad social es muy limitada y porque los montos de las

pensiones son muy bajos en general, de tal manera que no alcanzan para cubrir las necesidades de los adultos mayores.



Fuente: INEGI. IMSS, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. 2000



Fuente: INEGI. IMSS, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. 2000

2.3. Vivienda

En el 23.1% del total de hogares mexicanos (aproximadamente 5,1 millones de hogares) vive al menos una persona de 60 años o más edad. Asimismo, en 4,3 millones de hogares, una de las personas de 60 años y más es el jefe de hogar, en los restantes son padres, madres, abuelos (las), o algún otro pariente del jefe de familia. De los jefes de familia de este grupo de edad, 67,2% son varones y 32,8%, mujeres. El indicador nacional de hogares dirigidos por mujeres es de 20,6 por ciento.

Por otra parte, poco más de 1,2 millones de hogares se conforman exclusivamente por adultos mayores, 5,4% del total de hogares en el país. De éstos, 4,8% se forman por el jefe y al menos un pariente (el jefe está sin cónyuge ni hijos), 39,6% se encuentran integrados por una pareja de personas de edad (jefe y su cónyuge) y 52,6%, por personas de edad avanzada que viven solas. Esta composición presenta diferencias notables de acuerdo con el sexo del jefe del hogar. En los hogares con jefe varón, 3,3% está formado por el jefe y al menos un pariente, 33,1% por varones solos y 61% por una pareja de ancianos; en caso contrario, cuando el jefe es mujer, 2,6% son monoparentales (exclusivamente la jefa y uno o más hijos –as- de edad avanzada), 4,7% se conforma por una pareja de personas de edad (jefa y su cónyuge), 7,2% por la jefa y al menos un pariente, y en 84,6%, viven solas.

Es importante señalar que el 79,3% de las personas mayores de 60 y más años que residen solas son propietarias de su vivienda.

En el caso de las viviendas donde habitan adultos mayores, cuya propiedad se acredita a alguno de los residentes, la proporción con respecto a otros grupos etarios es superior, siendo del 88,3%[111]. Este aspecto se puede relacionar con el hecho de que, en muchos casos, la propiedad de la vivienda es resultado del esfuerzo invertido durante la etapa productiva de estas personas para hacerse de un patrimonio. Si se distingue el tipo de jefatura y la clase de hogar del adulto mayor, se aprecia que aquellos que son dirigidos por un hombre muestran un porcentaje de tenencia de la vivienda donde residen (89,3%) relativamente superior al de los hogares con jefatura femenina (86%).

Esta diferencia se mantiene en las viviendas donde residen los hogares nucleares, ampliados y compuestos; por el contrario, es menor la proporción de viviendas cuya propiedad es acreditada por alguno de los residentes de las viviendas de personas que viven solas o de los hogares de copresidentes.

En sólo ocho de cada diez viviendas donde residen los hogares unipersonales conformados por adultos de 60 años o más se dispone de agua potable conectada a la vivienda; siete de cada diez dispone de drenaje; 82,6% dispone de excusado y 90,8% cuenta con electricidad.

En cuanto a los materiales de construcción, se observa una mayor precariedad en las viviendas que se encuentran habitadas por adultos mayores: 84,4% de los muros de aquellas donde reside una persona menor de 30 años se hallan construidas con materiales duraderos, porcentaje que se reduce a 67,8% de las viviendas donde reside una persona de 60 años o más; este patrón se repite en el caso de los materiales con los que están construidos techos y pisos, en los primeros el porcentaje disminuye de 70,2% a 53,4% en tanto que en los segundos, la reducción porcentual va de 91,3% a 81,2%.

Las iniciativas de accesibilidad nacionales se han centrado en edificios gubernamentales federales. Las construcciones privadas no son cubiertas por ninguna ley que las obligue a ser accesibles.

[111] En el país, el 77.7% de las viviendas es ocupada por su propietario; de éstas, 83.8% está totalmente pagada y 12.6% continúa pagándose. Del total de las que se identificaron como no propias, 60.5% es rentada.

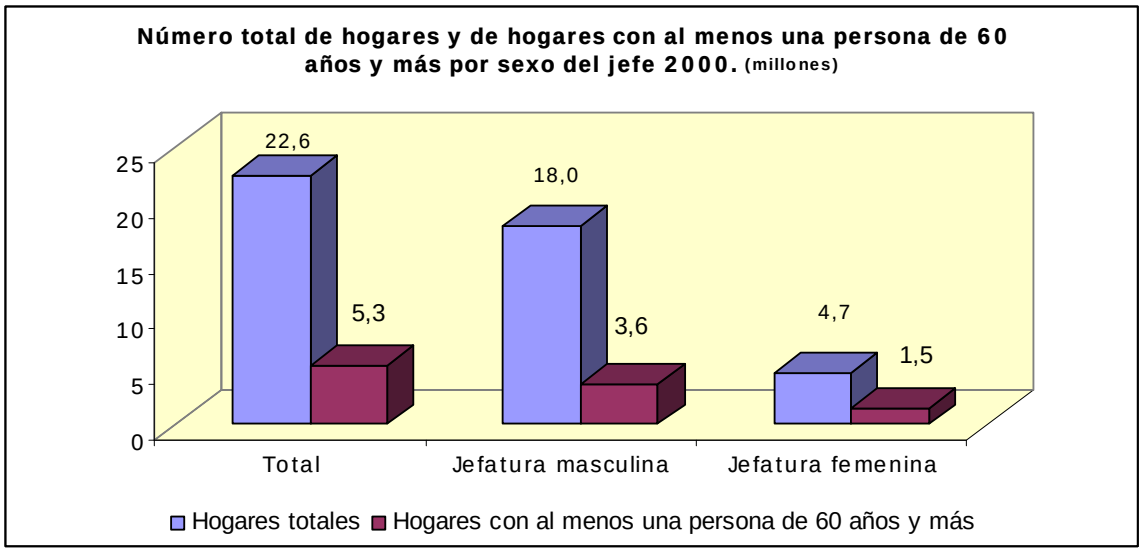
2.4. Formas de convivencia

2.4.1. Estructura de hogares

De acuerdo con los resultados de la muestra censal, en el país existen 22,6 millones de hogares, de los cuales el 51,2% está dirigido por un hombre de 30 a 59 años y 12,7% por un adulto varón de 60 años o más; en cambio, sólo 20,6% del total de hogares reconoce a una mujer como jefa, entre éstas, el 30,3% tiene 60 años o más.

La muestra del censo registró 5,3 millones de hogares con adultos mayores en todo el país, los cuales representan casi la cuarta parte (23,3%) del total de unidades domésticas. En correspondencia con la estructura por edad y sexo de la población, este conjunto de hogares es el que registra la mayor presencia relativa de unidades dirigidas por una mujer (35,2 por ciento).

Aunque es frecuente suponer que el estatus de los individuos de 60 años o más en el hogar se caracteriza por una situación de dependencia o de "carga para la familia", se observa que 86,6% de los varones y 37,2% de las mujeres de 60 años o más son reconocidos como los responsables del grupo.



FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos de la muestra censal.

La mayoría de los hogares en México son de tipo familiar (93,1%) -incluye los hogares nucleares, ampliados y compuestos- donde predominan los de clase nuclear, integrados ya sea por el jefe del hogar y su cónyuge, el jefe y sus hijos, o bien, el jefe, el cónyuge y los hijos, y que equivalen a 73,8% del total de hogares familiares. Por su parte, el peso relativo de los unipersonales dentro del conjunto de hogares del país es de 6,4 por ciento.

México. Distribución porcentual de los hogares con al menos una persona de 60 años y más por clase de hogar según sexo del jefe. 2000			
Clase de hogar	Total	Hombres	Mujeres
Total	100,0	100,0	100,0
Hogar nuclear	39,4	45,4	26,3
Hogar ampliado	46,3	45,6	47,4
Hogar compuesto	1,1	1,1	1,1
Hogar unipersonal	12,1	6,9	23,6
Hogar corresidente	0,4	0,2	0,9

Nota: la distribución no suma 100% por el no especificado.
FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos de la muestra censal.

Dentro del conjunto de hogares con al menos un adulto mayor, la presencia de hogares compuestos por una sola persona se incrementa de forma significativa hasta alcanzar 12,1 por ciento. En consecuencia, las unidades de tipo familiar reducen su importancia relativa a 86,8%, de éstas, los hogares ampliados (formados por el núcleo familiar más otros parientes o un jefe con otros parientes) ganan peso hasta alcanzar los 53,3 puntos porcentuales (equivalente a 46,3% del total de hogares con adultos mayores).

Del total de hogares con adultos mayores, 81,5% es dirigido por una persona de 60 años o más; de éstos 36,9% es ampliado (por la incorporación de yernos, nueras y nietos al hogar) y 46,4% nuclear. En contraste, entre los hogares cuyo jefe tiene menos de 60 años, 87,6% es de tipo ampliado, debido a que, en la mayoría de los casos, el adulto mayor y su cónyuge son los padres o abuelos del jefe.

Con la intención de erradicar valores peyorativos hacia la vejez y de estimular su plena inserción en la vida familiar, social y comunitaria, las diferentes entidades gubernamentales así como asociaciones privadas y religiosas han planteado la necesidad de fortalecer la solidaridad intergeneracional e impulsar la revalorización social de los adultos mayores desarrollando proyectos que favorezcan el desarrollo humano como fundamento de una salud integral, mediante talleres de crecimiento personal.

Algunas organizaciones religiosas realizan visitas de acompañamiento a ancianos que viven solos en su domicilio, así como también, prestan servicio social con calidad y calidez en los asilos necesitados, proporcionan terapias individuales y de grupo a los ancianos y los escuchan con auxilio telefónico. Una parte importante de su trabajo es favorecer el acercamiento del niño con el anciano mediante talleres llevados a cabo en instituciones educativas (alumnos, maestros y padres de familia).

2.4.2. Estado civil

Respecto del estado civil de los adultos mayores, según los resultados de la muestra censal del año 2000, 3 de cada 10 personas son viudas. Aunque esta situación presenta grandes diferencias con respecto al sexo, de cada 100 hombres de 60 años o más, 14 se declaran como viudos, mientras que para el mismo número de mujeres 41 manifiestan la misma condición.

La condición de solteros entre la población mayor de 60 años o más observa diferencias por sexo que no son despreciables, mientras que para los hombres la proporción de célibes es de 1 de cada 20, en las mujeres es 41,7% mayor, es decir,

7 de cada 100 adultas mayores no han tenido una vida en pareja, situación que es poco probable que cambie, entre otras razones por la menor presencia de hombres sin pareja que se encuentre en el mismo tramo de vida, debido, entre otras cosas, a la sobre mortalidad masculina. Cabe mencionar que la proporción de adultas mayores solteras aumenta casi medio punto porcentual conforme se incrementa la edad. Así, mientras que de las del grupo de 60 a 64 años el 6,9% presenta esta situación para las de 85 años o más se alcanza el 7,3 por ciento. Es de destacarse que en el grupo de personas de 85 años o más 4 de cada 10 hombres están en la situación de viudez mientras que para las mujeres esta proporción se incrementa a tres de cada cuatro.

2.5. Uso del tiempo y Participación

2.5.1. Uso del tiempo

Para determinar el uso del tiempo de la población se seleccionaron cuatro actividades que, por el tiempo que se les dedica y por el número de personas que participan en ellas, se consideran como las más representativas para caracterizar los papeles que los diferentes grupos de población desempeñan en la sociedad. Las cuatro actividades seleccionadas son: el trabajo doméstico y cuidado de los niños, el trabajo que se realiza en el mercado laboral o trabajo extra doméstico, la educación y la recreación.

México. Distribuciones porcentuales del tiempo dedicado a las actividades cotidianas por edad (A)

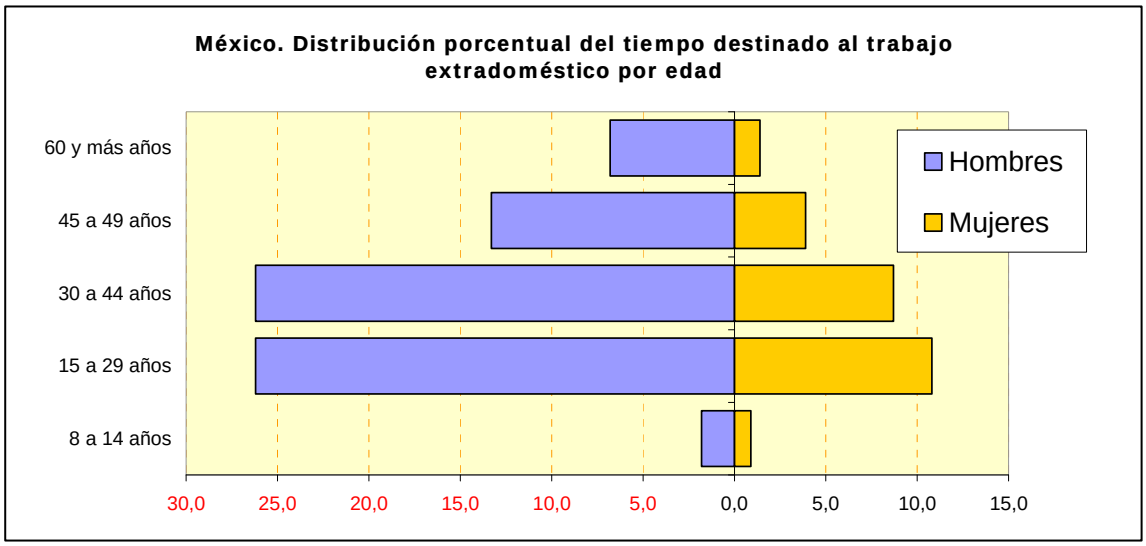
Grupos de edad y sexo	Trabajo doméstico	Cuidado de niños	Trabajo extradoméstico	Actividades educativas	Actividades recreativas	Servicios y trámites a la comunidad	Pagos y trámites bancarios
Total	**17,0**	**7,5**	**25,8**	**11,3**	**23,1**	**0,2**	**0,2**
Hombres	3,8	2,6	41,4	12,4	24,4	0,4	0,2
Mujeres	28,6	11,6	12,3	10,3	22,0	0,1	0,2
8 a 14 años	**6,7**	**2,2**	**3,8**	**40,9**	**33,8**	**0,1**	**0,0**
Hombres	3,4	1,3	5,0	41,8	36,2	0,1	0,0
Mujeres	10,1	3,2	2,5	39,8	31,3	0,0	0,0
15 a 29 años	**15,4**	**10,1**	**27,5**	**10,1**	**22,2**	0,2	**0,1**
Hombres	3,6	2,8	43,3	11,2	23,9	0,2	0,1
Mujeres	25,0	15,9	14,6	9,0	20,7	0,2	0,1
30 a 44 años	**21,2**	**10,5**	**35,2**	**0,3**	**17,2**	**0,3**	**0,2**
Hombres	3,2	4,2	58,2	0,3	17,7	0,5	0,2
Mujeres	35,9	15,8	15,9	0,3	16,8	0,2	0,2
45 a 59 años	**24,1**	**4,7**	**34,4**	**0,3**	**19,1**	**0,5**	**0,3**
Hombres	3,8	1,7	58,8	0,2	18,4	0,8	0,2
Mujeres	41,1	7,0	14,2	0,4	19,7	0,3	0,3
60 años y más	**23,9**	**3,8**	**26,7**	**0,2**	**27,4**	**0,3**	**0,3**
Hombres	7,5	1,9	45,7	0,2	26,6	0,6	0,4
Mujeres	39,2	5,3	8,9	0,1	28,3	0,1	0,2

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre Trabajo, Aportaciones y Uso del Tiempo, 1996

México- Distribuciones porcentuales del tiempo dedicado a las actividades cotidianas por edad (B)								
Grupos de edad y sexo	Tejer o bordar	Hacer compras	Llevar o recoger a algún miembro del hogar	Cuidado de la parcela o animales	Cuidado de enfermos y ancianos	Reparaciones	Arreglo personal	Traslados
Total	**0,7**	**1,9**	**0,3**	**0,7**	**0,7**	**0,3**	**6,4**	**3,9**
Hombres	0,0	1,1	0,2	0,8	0,3	0,6	5,9	5,9
Mujeres	1,3	2,6	0,4	0,6	1,0	0,1	6,7	2,2
8 a 14 años	**0,1**	**1,2**	**0,0**	**0,3**	**0,1**	**0,1**	**6,7**	**4,0**
Hombres	0,0	1,1	0,0	0,5	0,1	0,1	6,3	4,1
Mujeres	0,2	1,3	0,1	0,3	0,2	0,0	7,2	3,8
15 a 29 años	**0,5**	**1,5**	**0,3**	**0,4**	**0,4**	**0,2**	**6,8**	**4,4**
Hombres	0,0	0,8	0,1	0,6	0,2	0,5	6,1	6,5
Mujeres	1,0	2,1	0,5	0,3	0,5	0,1	7,3	2,7
30 a 44 años	**0,8**	**2,3**	**0,6**	**0,7**	**0,8**	**0,3**	**5,7**	**3,9**
Hombres	0,0	1,2	0,4	0,7	0,4	0,7	5,6	6,7
Mujeres	1,5	3,2	0,9	0,7	1,1	0,1	5,8	1,7
45 a 59 años	**1,2**	**2,7**	**0,3**	**1,1**	**1,4**	**0,4**	**5,9**	**3,6**
Hombres	0,0	1,2	0,2	1,4	0,6	0,9	5,4	6,4
Mujeres	2,2	4,0	0,3	0,9	2,1	0,1	6,2	1,2
60 años y más	**1,5**	**2,5**	**0,1**	**1,6**	**2,0**	**0,6**	**6,6**	**2,5**
Hombres	0,0	1,7	0,1	2,0	1,3	1,1	6,1	4,8
Mujeres	2,0	3,4	0,1	1,2	2,7	0,1	7,1	0,4

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre Trabajo, Aportaciones y Uso del Tiempo, 1996

En cuanto a las personas con 60 años y más de edad, los varones destinan 45,7% del tiempo al trabajo extra doméstico y las mujeres 8,9%; al trabajo doméstico 7,5% y 39,2%; y al cuidado de niños 1,9% y 5,3% respectivamente. En actividades recreativas, los hombres destinan 26,6% y las mujeres 28,3% del tiempo, en traslados ellos invierten 4,8% y ellas 0,4% y en hacer compras 1,7% y 3,4% respectivamente. Llama la atención que a mayor edad, las mujeres dedican más tiempo a hacer compras, lo cual podría deberse a que esta actividad en parte es también un vehículo de socialización. Por otra parte, también se debe hacer notar que algunos ancianos ya no participan en el mercado laboral pues se encuentran jubilados o pensionados, por lo que permanecen más en el hogar, lo cual se refleja en que, a diferencia del resto de los varones, los ancianos invierten menos tiempo en traslados y casi el doble en el trabajo doméstico.



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre Trabajo, Aportaciones y Uso del Tiempo, 1996.

2.5.2. Participación

Es importante aclarar que la participación del adulto mayor no surge por autogestión directa, sino por su integración en ciertos programas, con mayor frecuencia del gobierno, existiendo en el país una amplia red de Clubes, gubernamentales, institucionales, delegacionales, municipales, de organizaciones religiosas y de la sociedad civil. A continuación se señalan algunas de las actividades en las que participan los adultos mayores.[112]

En asociaciones culturales

Operan 4 centros culturales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en el Distrito Federal y su objetivo es brindar actividades académicas de formación complementaria y otras opciones para incrementar el nivel cultural de los asistentes, al proporcionarles materias de formación humanística, disciplinas pedagógicas e idiomas. Conjugan actividades recreativas, educativas, culturales y de cultura física, que estimulan las capacidades y conductas del adulto mayor, contribuyendo a su desarrollo humano.

Las artesanías realizadas en los talleres de los centros culturales y clubes de la Tercera Edad a nivel nacional pueden capitalizarse, ya que el producto íntegro de las ventas se canaliza a los adultos mayores participantes, con lo que se fortalece su economía.

En sociedades deportivas

Los Juegos Nacionales Deportivos y Culturales para los adultos mayores se iniciaron en 1985, cuando por primera vez se logró reunir a personas de la tercera edad pertenecientes a los clubes, albergues y residencias del Distrito Federal, con la intención de sensibilizar a la población mayor para mantenerse activa físicamente, como una alternativa para fomentar la convivencia entre este grupo. En las actividades deportivas se encuentran distintas disciplinas como caminata, carrera, natación, atletismo, base ball, cachi ball, etc.

En los juegos deportivos realizados en el año 2005 participaron 3.545 personas mayores de 60 años de 25 estados de la República.

En asociaciones de vecinos

Los grupos organizados de los adultos mayores son creados a iniciativa de la propia población y cuentan en su desarrollo con el apoyo de la comunidad vecinal, algunas instituciones como la iglesia, el gobierno delegacional (municipal) o de la estructura institucional del gobierno federal, por intermedio del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Se cree que no hay grupos organizados de adultos mayores que no estén bajo supervisión de coordinadores de zona,

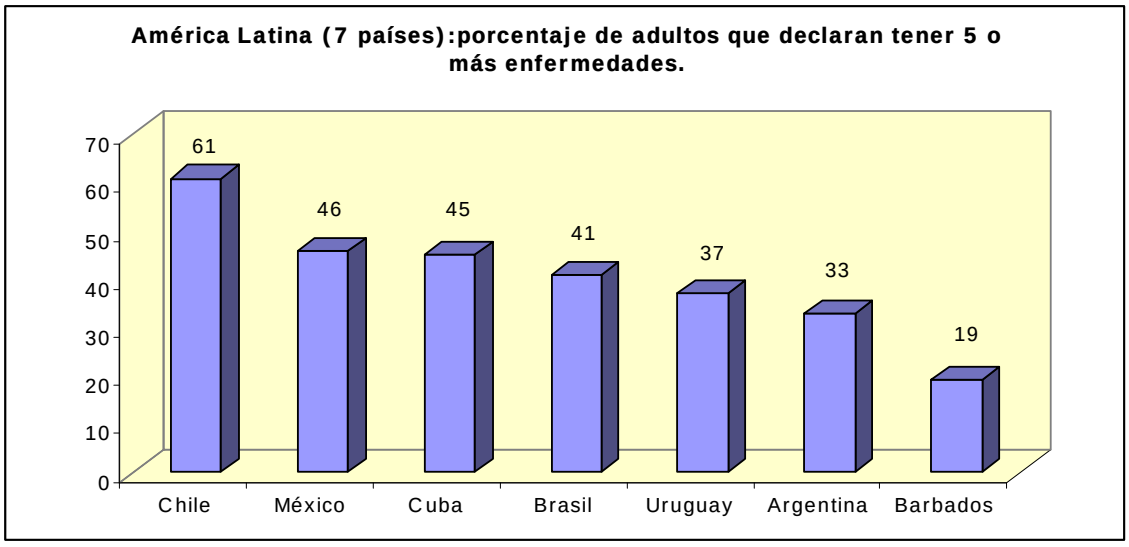
[112] Según la Encuesta Nacional de Cultura Política y Prácticas Ciudadanas del INEGI-SEGOB (ENCUP, 2003), los principales porcentajes de participación de la población mexicana mayor de 18 años son: en asociaciones de Jubilados y Pensionados, 4.7% para los hombres y 2.4% para las mujeres; en asociaciones de Arte y Cultura, 5.9% los hombres y 3.3% las mujeres; en Partidos Políticos, 13.2% de hombres y 7.0% de mujeres. En las asociaciones vecinales el porcentaje de hombres que participan trepa al 20.2% mientras que las mujeres presentan una participación del 14.3%. Las organizaciones religiosas presentan los índices más altos, con un 22.2% para los varones y un 24.5% para las mujeres.

trabajadores sociales o funcionarios de estas instituciones. Algunos Adultos mayores registran una antigüedad de participación de 10 años, lo que manifiesta que esta práctica tiene tiempo y ha fortalecido el desarrollo de las redes comunitarias de la zona.

2.6. La experiencia de envejecer

Se considera que los adultos mayores forman parte de los grupos vulnerables propensos a experimentar diversas formas de daño por acción u omisión de terceros o a tener desempeños deficientes en esferas claves para la inserción social. Todos ellos comparten el atributo básico de la edad, el que se supone genera problemas similares.

Las encuestas SABE aunque sean de carácter subjetivo, son un indicador útil de las condiciones de salud de la población adulta mayor. La proporción de adultos mayores que declaran tener 3 o más enfermedades, es variable dependiendo del país; la probabilidad de enfermarse aumenta naturalmente con la edad, y es de esperarse un número elevado de enfermedades declaradas, en países con estructuras de edad más envejecidas. No es, sin embargo, lo que muestran los datos de la gráfica siguiente, donde Brasil y México, por ejemplo, aparecen con proporciones mayores que Uruguay, Argentina y Barbados.



Fuente**:** Encuesta sobre Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE)

El resumen de algunos estudios realizados en México que mencionan la experiencia del envejecimiento se indica a continuación:

- **Experiencias de envejecimiento en el México rural.** Sandra Treviño-Siller, Dra. en Antropología; Blanca Pelcastre-Villafuerte, Dra. en Psicología Social; Margarita Márquez-Serrano, Magister en Medicina Social. Salud Pública México. 2006; Vol. 48 (1):30-38

Resumen: La experiencia de envejecimiento es radicalmente diferente según la condición de género; esta vivencia resulta ser más positiva para las mujeres. La soledad es un factor que configura la experiencia diferencial del envejecimiento, así como las redes sociales y el estado de salud-enfermedad. Los principales temores

asociados a la vejez fueron la soledad, la enfermedad, la pobreza y la pérdida de independencia.

En el estudio se concluye que la identidad de género desempeña un papel fundamental en la configuración de la experiencia diferencial del proceso de envejecimiento, debido a que las oportunidades de desarrollo y las responsabilidades que se derivan de ella, promueven la desigualdad entre los sexos. Es necesario hacer más eficiente la respuesta institucional, de manera que responda a las necesidades específicas de esta población.

- **La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas.** Robles Silva Leticia. Relaciones 105, Invierno 2006, vol. XXVII

Las evidencias empíricas sobre dimensiones, condiciones y contextos sociales en las cuales se mueven los viejos deben prestar atención a las expresiones microsociales y fenomenológicas de la vejez para comprender el envejecimiento y sus implicaciones sociales, debiéndose asumir una mirada transdisciplinaria que ofrezca un saber del envejecimiento y su dinámica social.

- **Envejecer en Chiapas: etnogerontología zoque**. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Reyes Gómez, Laureano: IEI-UNACH, PROIMMSE-UNAM, 2002.

Es un libro que da cuenta, desde la perspectiva de la antropología médica, de cómo los indígenas zoques del noroeste de Chiapas se explican y viven el último tramo del ciclo de vida, conocido como vejez.

En el estudio se hace un recorrido, primero del registro etnográfico de una vejez idílica (masculina) y homogénea que hipotéticamente viven los viejos indígenas en México, otorgándoles un poder prácticamente gerontocrático. Posteriormente se contrasta la información in situ con la teórica, y se construye un modelo explicativo de la cultura zoque de la vejez donde se hace énfasis de cómo los zoques conciben culturalmente la gradación de la edad, el rol social distinguida entre vejez masculina y femenina, de los estigmas y virtudes, del perfil epidemiológico, entre otros muchos tópicos.

Posteriormente, en el trabajo se discute que la vejez se afronta en forma diferencial, dependiendo de la combinación de muchos factores, tales como las condiciones de salud, económicas, de las redes sociales con las que cuente el individuo, de las relaciones afectivas, la viudez, la soledad, del status social, etc. Que dan marco a vivir una vejez muy heterogénea, especialmente cuando la población de “viejos” (de 60 y más años de edad, criterio estrictamente demográfico), se incrementa considerablemente, como es el caso de los zoques, que se ha sextuplicado en los últimos sesenta años.

- **Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de jubilados**. Hernández Zamora Zoila Edith. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Psicología y Encuentro de Egresados (octubre de 2002) Revista Electrónica de Psicología "La Misión", julio de 2004. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro

Esta investigación tuvo como objetivo principal conocer el grado de incidencia de trastornos depresivos, así como las variables asociadas significativamente a la presencia de éstos en personas jubiladas. Se trabajó con jubilados de varias dependencias de la ciudad de Xalapa y Veracruz, para determinar si asistir a

reuniones y pertenecer a un grupo de jubilados está relacionado con la ausencia de depresión. Se detectó una mayor frecuencia de la misma en las personas que no asisten a reuniones para jubilados, pero sin significancia estadística. Significativamente la depresión estuvo asociada a las actividades cotidianas, el entorno familiar y la salud mental.

2.7. Situación económica y pobreza

La medición oficial de pobreza en México está realizada a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La encuesta más reciente consiste en una muestra de 10.108 hogares (42.535 individuos) y fue levantada entre agosto y diciembre de 2000.

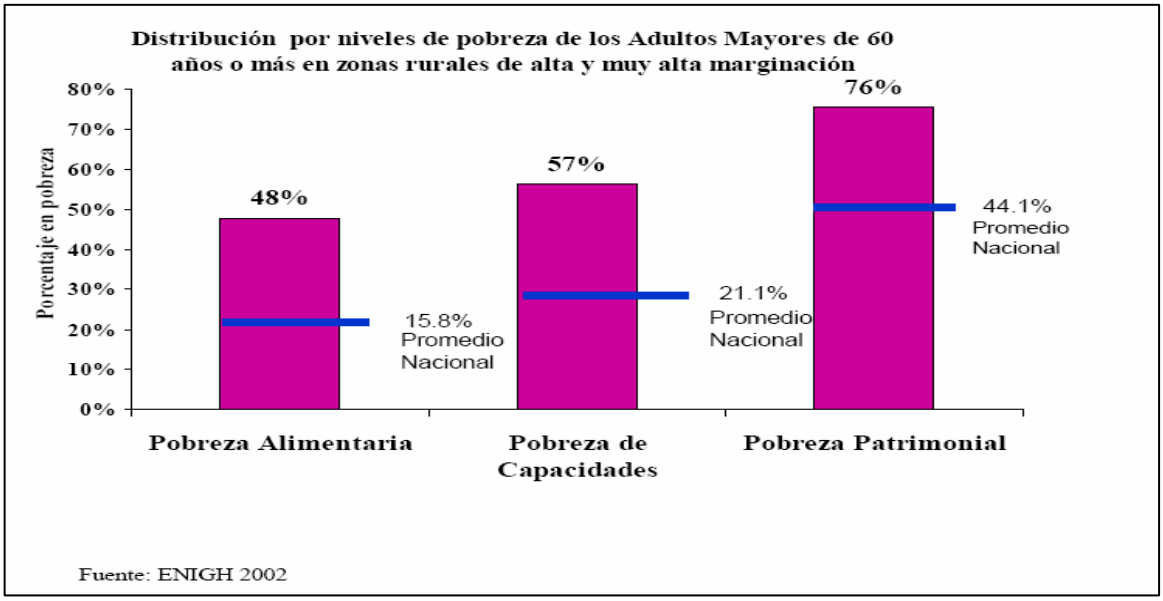
Según los resultados de la muestra del censo del año 2000, en promedio, los hogares con adultos mayores tuvieron un ingreso monetario mensual de poco menos de 5 mil pesos, de los cuales 73% se refiere a las remuneraciones que por trabajo recibieron algunos de sus miembros y el resto a pensiones, ayuda de familiares, transferencias del Estado, becas, rentas, intereses bancarios, etc. En general, tres cuartas partes del ingreso por trabajo de los hogares con Adultos mayores proviene de la persona que lo encabeza, quien labora en promedio 42,6 horas a la semana y tiene un ingreso mensual promedio de 2.741 pesos.

De acuerdo con el tipo de ocupación y tiempo laborado, los ingresos por trabajo de los jefes del hogar muestran diferencias donde, en general, los jefes de 60 años o más reciben menos ingresos por ocupaciones similares. Las personas de 60 años o más que encabezan su hogar trabajan en proporción 11,5% menos tiempo que los jefes de 59 años o menos; sin embargo, reciben un ingreso 40,4% menor.

Las únicas ocupaciones donde la remuneración por trabajo es mayor entre los jefes de los hogares con 60 años o más, son las actividades profesionales, con una diferencia que es 27,1% más alta; también se encuentran los operadores de maquinaria fija y los trabajadores de la educación que muestran diferencias de 25,7 y 2,6 por ciento, respectivamente.

En las demás actividades, los jefes con menos de 60 años obtienen ingresos superiores. Destaca el comercio ambulante, que es tres veces más alto respecto a los jefes de mayor edad, así mismo sobresalen los operadores de transportes y los peones, con diferencias que superan los mil pesos mensuales.

A medida que aumenta el tamaño de la localidad donde se ubica el hogar del adulto mayor, el monto de los ingresos del grupo es más alto, también se incrementa la proporción de los que provienen de la participación en el mercado laboral de los miembros del hogar. Así, el ingreso de los hogares con al menos una persona de 60 años o más en las localidades de 100.000 y más habitantes, es tres veces mayor al que registran los hogares rurales.



La pobreza en la tercera edad en México es un problema muy urgente: se trata de una población vulnerable a la que se había marginado de las políticas sociales, y se sitúa en cifras excepcionalmente altas en relación con América Latina. La pobreza es 70% superior en ese sector que en el resto de la población, por encima de países pobres como Bolivia, Guatemala, El Salvador o Costa Rica.

2.8. Estudios sobre las características sociodemográficas de la población adulta mayor.

- **Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI.** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2005

Brinda un panorama general sobre la situación demográfica, social y económica de la población de 60 años o más, a través del análisis de un conjunto de estadísticas e indicadores seleccionados, presentados en cuadros, gráficas y mapas.

El objetivo de esta publicación es establecer a partir de la información estadística disponible, un entorno de referencia que permita ubicar el contexto y las dimensiones del proceso de envejecimiento demográfico en el país.

- **Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF).** Martha Liliana Giraldo Rodríguez

El cuestionario se aplicó del 19 de abril al 3 de junio de 2006 (38 días). Se seleccionaron un limitado pero estratégico conjunto de variables que son importantes para esta investigación, estas son: maltrato (que agrupa la existencia de al menos una de las cinco tipologías), cada uno de los tipos de maltrato: físico, psicológico, económico, negligencia y abuso sexual, el sexo de la persona adulta mayor, la edad, el estado civil, la dependencia física y el autoinforme del estado de salud.

En el informe técnico se presentan los tabulados de todas las preguntas de las diferentes secciones que integraron el cuestionario de la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores (EMPAM-DF), algunos de ellos se presentan a continuación.

Cabe señalar que el estudio no hace análisis de los resultados.

- **Envejecimiento de la población en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS).** Reyes Frausto Sandra, Funsalud 2001

Se resumen los datos importantes del artículo:

  - Las condiciones sociales, económicas y de salud fueron de pobreza entre las mujeres ancianas, a pesar de recibir apoyo de sus familias.

  - Los cambios en las condiciones económicas y sociales entre las mujeres pueden proporcionar oportunidades para promover un envejecimiento saludable si se controlan los factores de riesgo ambientales y de conducta con programas de promoción y prevención.

  - Independientemente de la dirección de las reformas del sector salud, se deberá limitar la participación del sector privado que atiende las necesidades de gente adulta mayor.

  - El apoyo familiar juega un papel importante en la vida del adulto mayor, especialmente cuando hay más necesidades de atención a la salud.

  - Algunos factores de riesgo pueden ser más susceptibles de ser modificados con intervenciones de costo-efectividad. Se debe poner atención en la gran proporción de Adultos mayores sedentarios, ya que este factor puede influir en el nivel de dependencia.

  - Deben atenderse los problemas de salud de forma preventiva y con programas educativos adecuados y programas que prevengan la morbilidad observada en los Adultos mayores.

  - Los cuidados de plazo prolongado deben se valorados, usando las alternativas que se han probado en los países desarrollados.

  - El crecimiento de la infraestructura del IMSS no tiene la misma tendencia que la población adulta mayor necesita, lo que causa problemas en la atención ya que la demanda excede a la oferta de servicios.

- **Diagnóstico de salud de las personas de 70 años y más con pensión alimentaria en el Distrito Federal.**

Resultados Generales de la Cédula de Identificación de Riesgos de las personas adultas mayores. Porcentaje de población de Adultos mayores en riesgo de acuerdo al área evaluada.

Área evaluada	Sin riesgo	Bajo	Medio	Alto
Estado cognitivo	70,6	18,1	7,3	4,0
Seguridad social y acceso a servicios	52,7	21,2		26,0
Enfermedades	20,9	1,7	27,0	50,3
Depresión	19,5	32,5	5,5	42,5
Disfunción	50,4	25	20,7	3,9
ABVD	78,8	18,0	3,1	0,1
AIVD	51,8	37,6	10,5	0,1
Riesgo nutricional	10,9	24,2	41,2	23,7
Redes sociales y situación familiar	15,2	49,3	28,3	7,2
Socioeconómico	6,3	14,7	21,3	57,4

Fuente: Diagnóstico de salud de las personas de 70 años y más con pensión alimentaria en el Distrito Federal.

- **Adultos mayores: aportes para una Estrategia Regional de Intervención en América Latina y El Caribe.** Díaz Dumenez Lucio E. Tomado del texto presentado en la Reunión Regional Sociedad Civil, Santiago de Chile, Noviembre de 2003. Informando & Reformando Oct/Dic 2003 N18

Realiza un estudio donde analiza la situación de los Adultos mayores en América Latina y el Caribe, su condición social y los problemas de salud del envejecimiento, identificando estos elementos en los países involucrados en el estudio.

Recomienda:

- Realizar programas de capacitación en salud en todos los niveles de la educación formal (primario, secundario y universitario), promocionando el auto-cuidado de y para los Adultos mayores y educando a la población joven en las enfermedades crónicas y su evolución.

- Apoyar el fortalecimiento y organización de redes de apoyo social (familiares, comunitarias, institucionales, etc.) en salud mediante la creación de espacios de diálogo y consenso.

- Realizar difusión y capacitación de los agentes de desarrollo de las comunidades urbanas y rurales sobre los derechos de la personas mayores y que la toma de decisiones en el campo de la Salud Pública debe siempre incluir una reflexión bioética.

- **Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos.** Katia Gallegos-Carrillo, Juan Luis Duran-Arenas, Lizbeth Lopez-Carrillo, Malaquías López-Cervantes. REV. INVEST. CLIN, Vol. 55, Nom. 3, Pags. 260-269, Año 2003

Objetivo: Este estudio tuvo como meta identificar una serie de factores relacionados a calidad de vida a través de las dimensiones de funcionamiento físico, social, emocional y percepción general de salud en una población de Adultos mayores del estado de Morelos, México.

Conclusiones: Los factores asociados con calidad de vida (género, edad, morbilidad reportada, nivel de actividad, contacto con el médico y hospitalización en el último año, consumo de tabaco e ingreso familiar) varían de acuerdo con cada dimensión. Sin embargo, género, morbilidad, contacto con el médico y actividad son comunes para la mayoría de las dimensiones estudiadas. Esto nos sugiere que estos aspectos

deberían ser considerados en la planeación de intervenciones para mejorar la calidad de vida de los Adultos mayores.

- **"No hacen viejos los años, sino los daños": envejecimiento y salud en varones rurales.** V Nelly Salgado De Snyder, Tonatiuh T González, Berenice Jauregui, Pastor Bonilla. SALUD PUBLICA MEX,Vol. 47, Nom. 4, Pags. 294- 302, Año 2005.

Objetivo. Analizar los factores sociales asociados al estado de salud de hombres mayores de 60 años que viven en contextos de pobreza en áreas rurales de México.

Las variables de estudio incluyeron características sociodemográficas, bienestar generalizado, problemas de salud, consumo de algunos alimentos y algunos indicadores de salud mental, fuerza personal y apoyo social.

Los resultados de este estudio sugieren que el proceso de envejecimiento entre los hombres participantes es percibido como una carga, fundamentalmente debido al contexto de pobreza en que viven. La falta de ingresos suficientes y acceso a servicios de salud a través de planes de pensión y jubilación adecuados para los ancianos que viven en pobreza, es un problema que requiere de atención inmediata.

- **Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes**. Sergio Sesma-Vázquez, M en C,[(1)] Raymundo Pérez-Rico, Act,[(1)] Carlos Lino Sosa-Manzano, M en C,[(2)] Octavio Gómez-Dantés, MC, MSP. Salud Pública Méx 2005; Vol. 47(sup 1):37-46

Objetivo. Describirla magnitud, distribución y determinantes del gasto catastrófico por motivos de salud.

Resultados. El 3,8% de los hogares incurrieron en gastos catastróficos. Las diferencias por entidad federativa son enormes. Los hogares pobres, no asegurados y rurales presentaron un mayor riesgo de empobrecimiento. El 60% del gasto catastrófico fue atribuible al gasto en atención ambulatoria y medicamentos. Si aumenta el número de hogares asegurados en 10%, disminuyen los hogares con gastos catastróficos en 9,6%. La presencia de discapacidad, Adultos mayores de 60 años de edad y ocurrencia de parto en el hogar incrementa la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos.

Conclusiones. El aseguramiento público en población abierta, particularmente en adultos mayores, embarazadas y personas con discapacidad, puede reducir los gastos catastróficos.

- **Envejecimiento de la población de México. Reto del Siglo XXI. Consejo Nacional de Población**. Primera edición: noviembre del 2004.

Aborda una variedad de temas que cubren la agenda demográfica relacionada con los Adultos mayores: el envejecimiento de la población mundial; el envejecimiento de la población en México; transición demográfica de México; estructura por edad de la población de México; género; educación; participación económica; salud; desarrollo social; familia y hogares.

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de los derechos de los adultos mayores

3.1.1. Derechos Constitucionales

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

TITULO PRIMERO
CAPITULO I DE LAS GARANTÍAS INDIVIDUALES

La Constitución Política de México, establece dentro del Capítulo I de las garantías individuales la igualdad de género, la protección a la salud, derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar, familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa, derecho a la satisfacción de las necesidades de los niños y las niñas, sin hacer mención especial a los derechos de los adultos mayores.

Artículo 4:
"El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. (Reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1974).

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (Reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1974).

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (Adicionado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de febrero de 1983).

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar. (Adicionado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 1999).

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo. (Adicionado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1983. El decreto dice que es reforma)."

Iniciativa de Reforma que adiciona El Articulo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para elevar a rango constitucional el derecho a una vida digna de los Adultos mayores, de los senadores José Natividad González Paras y Fidel Herrera Beltrán, del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional. Julio 29, 2002. No se ha incorporado.

3.1.2. Leyes específicas

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 25 de junio de 2002

Decreto del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veinticinco días del mes de junio de dos mil dos. *Última Reforma DOF 26-01-2006*

La Ley de las Personas Adultas Mayores es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos.

Dicha normativa fija la edad y los criterios para definir qué es un adulto mayor, a la vez que establece criterios para el otorgamiento de los beneficios según la edad. Se entiende por personas adultas mayores, aquellas que cuenten con 60 años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

El objetivo de la Ley es garantizar el ejercicio de los derechos de los adultos mayores, así como de establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento mediante la regulación de la política pública nacional. Establece los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional.

Fija los derechos preferentes en cuanto a integridad, dignidad y preferencia para una vida de calidad, a recibir trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial, a tener acceso a satisfactores necesarios considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral, a recibir de manera preferente el derecho a la educación, a gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo, a ser sujetos de la asistencia social, a participar en la planeación integral del desarrollo social, a denuncia todo hecho, acto u omisión que pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece esta Ley; de tener acceso preferente a los servicios públicos y privados, obtener descuentos en los precios de los bienes y servicios que los gremios de comerciantes, industriales o prestadores de servicios profesionales independientes que presten a la comunidad, entre otros.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal

Aprobada ante el pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, I Legislatura el 30 de diciembre de 1999.

- Acuerdo por el cual la Secretaría de Salud Federal crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de agosto de 1999.

- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Secretaria de Desarrollo Social, texto vigente, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de Junio de 2002, (En vigor a partir del 25 de Julio de 2002). Artículo 2o. La aplicación y seguimiento de esta Ley, corresponde a: II. La familia de las personas adultas mayores vinculada por el

parentesco……III. Los ciudadanos y la sociedad civil organizada, y IV. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

- Ley Federal de Los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el año 2002, el Estado Mexicano crea el INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores), confirmándose como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones.

- Comisión de Atención a Grupos Vulnerables.- Ley de los derechos de las personas adultas mayores y Ley que establece el derecho a pensión alimentaría para los adultos mayores.

Leyes en los Estados de la Federación

Campeche:
Comisión de Atención a Grupos Vulnerables. Ley de protección de Adultos mayores.

Chiapas:
Comisión de Atención a Grupos Vulnerables. Ley para la protección de los derechos de las personas Adultos mayores.

Chihuahua:
Ley Integral de los Adultos mayores en el Estado de Chihuahua, que realizó modificaciones a la Ley Estatal de Salud, a la ley Estatal para Personas con Discapacidad, a la Ley Orgánica del Ministerio Público del Estado, a la Ley de Educación del Estado, y al Código Penal del Estado.

Baja California Sur:
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Baja California Sur.

Coahuila:
Ley de las Personas Adultas Mayores para el Estado de Coahuila de Zaragoza, la cual protege, reconoce y garantiza los derechos y obligaciones de los Adultos mayores al igual que cualquier ciudadano coahuilense.

Guanajuato:

- En la Constitución Política del Estado de Guanajuato, Articulo 5º, fracción VI, inciso C, se encuentra señalada La Ley de los Derechos de las personas adultas mayores.

- En el articulo 27º en las siguientes fracciones: I) Promover el desarrollo, bienestar físico y social del adulto mayor; II) Coadyuvar con autoridades Federales, Estatales y Municipales en la implementación y ejecución de los programas institucionales que benefician al adulto mayor; III) Modelos de atención integral del Adulto mayor que favorecen el ejercicio de sus facultades.

- En el Articulo 4º contenido en el Periódico Oficial del 6 de octubre del 2006, Tomo CXLIV, inciso del I al X, se menciona la aplicación de la Asistencia Social para Grupos Vulnerables. Para ello en el DIF del Estado de

Guanajuato, se encuentran varios programas establecidos para la atención del adulto mayor, redes sociales, atención integral del adulto mayor, atención gerontológica.

Guerrero:
Reglamento de Protección al Adulto Mayor del Municipio de Acapulco de Juárez, Guerrero.

Hidalgo:
Decreto por el cual el gobierno del Estado crea el Instituto para la Atención de los Adultos mayores del Estado de Hidalgo, dicho Decreto cuenta con 5 capítulos y transitorios.

Jalisco:
Constitución Política del Estado de Jalisco, Artículo 15, fracción II. Código de Asistencia Social del Estado de Jalisco, promulgado el 11 de diciembre de 1997 por el H. Congreso del Estado; actualizado el 12 de julio de 2006, con la publicación del decreto 21353.

Estado de México:
Ley de Desarrollo Social del Estado de México, Articulo 12°, II.- A la población indígena, mujeres, niños, adolescentes, Adultos mayores, personas con capacidades diferentes o que se encuentren en situación de vulnerabilidad social.

Nayarit:
La Constitución Política del Estado no contempla alguna previsión especial o específica que aluda a las personas adultas mayores. En el estado no existen leyes de protección a los Adultos mayores.

Quintana Roo:
Ley del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Quintana Roo

Tabasco:
Comisión de atención a grupos vulnerables, personas con características especiales y adultos en plenitud.

Tamaulipas:

- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores que tiene como objetivo: proteger, garantizar y difundir los derechos de las personas adultas mayores, sin distinción alguna, para propiciarles una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural.

- Decreto núm. LIX-55, mediante el cual se reforman algunas Artículos y Fracciones de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, con el propósito de reforzar la vigilancia en la atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores.

- Propuestas de iniciativa de decreto para reformar por adición la Ley de los Derechos de las Personas Adultas en el Estado de Tamaulipas en relación a otorgar Pensión Alimenticia a los Adultos mayores de 70 años.

Tlaxcala:

- Ley de Salud del Estado de Tlaxcala, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 28 de noviembre del 2000.

- Ley de Atención a las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tlaxcala. Esta ley tiene como finalidad, establecer los derechos, las garantías, la protección y la atención de las personas adultas mayores cuya residencia en el Estado no sea menor a cinco años y que tengan sesenta y cinco años o más, para propiciarles una mejor calidad de vida y su integración óptima al desarrollo social, económico, político, cultural y laboral. Esta ley tiene 5 títulos y transitorios.

Veracruz:
Ley de Asistencia Social, la cual menciona la atención sin profundizar las necesidades de la población senecta.

Yucatán:
Comisión de los derechos humanos.-Ley para la protección social de las personas en edad senescente.

Otras normativas específicas

Acuerdo Mediante el cual se Emite el Programa de Visitas Médicas Domiciliarias para Adultos mayores de 70 Años en el Distrito Federal. (2005)
26 de septiembre de 2005. Gaceta Oficial del Distrito Federal.

Reglamento de la Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos mayores de Setenta Años Residentes en el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 11 de noviembre del 2003.

Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos mayores. Diario Oficial de la Federación, el 14 de septiembre de 1999.

Reglamentos y lineamientos nacionales en materia de derechos de las personas Adultas Mayores

El crecimiento demográfico de la población de mas de 60 años de edad en nuestro país, ha generado una serie de preocupaciones en torno a los servicios que se requieren para atender a este grupo poblacional, dicho fenómeno tiene efectos políticos, sociales, culturales, económicos y de salud, que han preocupado a las instancias de investigación médica y social, así como a organismos públicos y privados y asociaciones académicas.

INAPAM. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

El 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores-INAPAM. Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones.

Sus principales objetivos son: proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Por ello dirige sus esfuerzos a fomentar la asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.

Marco legal

A causa de la relación y dependencia que el INAPAM tiene con respecto a los diversos sectores, el INAPAM, cuenta con una amplia base jurídica de leyes y reglamentos, pero los principales enfocados directa o indirectamente a los derechos de las personas adultas mayores son los siguientes:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Diario Oficial de la Federación 5-II-1917. Ref. 3-II-1983. Reformas 7-IV-1986. 10-VIII-1987, 6-IV-1990, 27-VI-1990,6-I-1992, 28-II-1992, 5-III-1993, 20-VIII-1993, 3-IX-1993, 19-IV-1994,0 31-XII-1994, 3-VII-1996, 22-VIII-1996, 20-III-1997, 26-II-1999, 8-III-1999, 11-VI-1999, 28-VI-1999, 29-VII-1999, 30-VII-1999, 30-VII-1999, 13-IX-1999,23-XII-1999.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores; D.O.F.25-06-02.
- Ley General de Salud; D.O.F. 7-II-1984, Ref. D.O.F. 27-V-1987, 23-XII-1987,14-VI-1991, 7-V-1997 Fe de Erratas D.O.F. 6-IX-1984 23-VII-1986, 18-II-1988, 12-VII-1991. Adiciones D.O.F.21-X-1988, 24-X-1994, 26-VII-1995, 9-VII-1996.
- Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. D.O.F. 9-I-1986 Ref. D.O.F. 24-VII-1992.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado; D.O.F. 28-XII-1963 y todas sus reformas.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; D.O.F. 14-V-1986.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; D.O.F. 6-VIII-1997 Ref. D.O.F.4-VIII-1999.

3.1.3. Leyes sectoriales

Son muchas las leyes sectoriales que, aunque no se dirigen específicamente a los Adultos mayores, contienen previsiones al respecto. A continuación se detallan las más importantes en las áreas de salud, lucha contra la pobreza y protección contra la violencia familiar.

Ley General de Salud

Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 (En vigor a partir del 1 de julio de 1984).

Establece un Sistema Nacional de Salud que tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud colaborando al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, con el propósito de fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.

En mayo de 2003 fue establecido el Sistema de Protección Social en Salud, a partir de una reforma a la Ley General de Salud, que entró en vigor en enero de 2004 para implantar, en forma gradual, en siete años, un sistema que busca dar efectividad creciente al derecho a la protección de la salud de los mexicanos.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el Miércoles 11 de junio de 2003. (En vigor a partir del 12 de junio de 2003).

Ley de Asistencia Social

Fecha de Publicación: 2 de septiembre de 2004

Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 1986.

La presente Ley rige en toda la República, sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto establecer las bases y procedimientos de un sistema nacional de asistencia social que promueva la prestación de los servicios de asistencia social que establece la Ley General de Salud y coordinar el acceso de los mismos, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades Federativas y los sectores social y privado.

En los términos de esta Ley, son sujetos de la recepción de los servicios de asistencia social preferentemente aplicables a la población de Adultos mayores, los siguientes:

I. Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato;
II. Indigentes;
III. Personas que por su extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales;
IV. Victimas de la comisión de delitos en estado de abandono;
V. Habitantes del medio rural o del urbano marginados que carezcan de lo indispensable para su subsistencia.
VI. Inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuro-musculoesquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje y otra deficiencias;

Ley General de Desarrollo Social

Nueva Ley DOF 20-01-2004

La Ley es de orden público e interés social y de observancia general en todo el territorio nacional y tiene por objeto garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, asegurando el acceso de toda la población al desarrollo social.

La aplicación de la Ley corresponde al Ejecutivo Federal por conducto de sus dependencias y organismos, a los poderes ejecutivos de las entidades federativas y a los municipios en el ámbito de sus respectivas competencias; así como las que les competen, de acuerdo a sus atribuciones, al Poder Legislativo.

Establece como derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Determina que toda persona o grupo social en situación de vulnerabilidad tiene derecho a recibir acciones y apoyos tendientes a disminuir su desventaja (Grupos sociales en situación de vulnerabilidad: aquellos núcleos de población y personas que por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar).

Otras normativas en relación con los adultos mayores

Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la Atención Integral a Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación, el 5 de Abril de 2004.

Reglamentos y lineamientos nacionales en relación con los derechos de las personas adultas mayores

CONAPRED. Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación

Además del INAPAM, otro órgano encargado de velar por los derechos de las personas adultas mayores es el CONAPRED, que es un órgano de Estado creado por la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, aprobada el 29 de abril de 2003, y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de Junio del mismo año. El CONAPRED es la institución rectora para promover políticas y medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social y avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la igualdad, que es el primero de los derechos fundamentales en la Constitución Federal.

El CONAPRED desarrolla acciones para proteger a todos los ciudadanos y las ciudadanas de toda distinción o exclusión basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, que impida o anule el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas[113].

Esta entidad cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propios, y está sectorizada a la Secretaría de Gobernación.

Además, goza de autonomía técnica y de gestión, adopta sus decisiones con plena independencia, y no está subordinado a ninguna autoridad para sus resoluciones en los procedimientos de reclamaciones o quejas[114].

El CONAPRED y los adultos mayores

[113] Artículo 4º Ley Federal para Prevenir la Discriminación.

[114] Artículo 16 de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

La situación de los adultos mayores es preocupante. Sobre ellos pesan todavía una serie de estereotipos que menosprecian sus capacidades y experiencias: se les atribuye improductividad, enfermedad y decadencia. Las prácticas discriminatorias de que son objeto tienen un impacto considerable en su calidad de vida. Muchas personas de la tercera edad no pueden ejercer cabalmente sus derechos y son víctimas de abusos y tratos injustos e indignos por parte de la comunidad o hasta de sus propios familiares que, en ocasiones, llegan a abandonarlos a su suerte.

Las personas mayores enfrentan, entre otros, los siguientes problemas:

- Falta de oportunidades para continuar su vida de manera productiva. En una época en que el desempleo afecta a una parte significativa de la población, conseguir un trabajo es aún más difícil para los Adultos mayores.
- Empobrecimiento progresivo, que se agrava particularmente en el caso de mujeres y personas con alguna discapacidad. En su gran mayoría no cuentan con una pensión o jubilación, y cuando la tienen resulta insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas.
- Restricción de su derecho a la salud por servicios médicos inadecuados e insuficientes. Aquí hay que tomar en cuenta el deterioro de las capacidades físicas, mentales y sensoriales que suele haber en esta etapa de la vida. Además, de acuerdo al INEGI, 15% de este grupo de población enfrenta alguna discapacidad.
- Quienes se encuentran en un asilo padecen hacinamiento, falta de higiene y atención médica, mala alimentación y maltrato físico y emocional.

Por todas estas cuestiones el CONAPRED cuanta con un marco jurídico especializado y enfocado directamente a los adultos mayores el cual se compone de las siguientes leyes:

- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ley General de Desarrollo Social.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

El compromiso del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia con el grupo de la tercera edad es lograr dignidad e integración social del adulto mayor, su compromiso forma parte de las políticas del nuevo gobierno, establecidas con el Plan Nacional de Desarrollo en los capítulos de política social, compromiso con la salud y política económica.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2007.

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República y se aplicará a las Dependencias, Entidades, Trabajadores al servicio civil, Pensionados y Familiares Derechohabientes, de:

- La Presidencia de la República, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto;

- Ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores, así como los Trabajadores de la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación;
- El Poder Judicial de la Federación, incluyendo a los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, magistrados y jueces, así como consejeros del Consejo de la Judicatura Federal;
- La Procuraduría General de la República;
- Los órganos jurisdiccionales autónomos;
- Los órganos con autonomía por disposición constitucional;
- El Gobierno del Distrito Federal, sus órganos político administrativos, sus órganos autónomos, sus Dependencias y Entidades, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, incluyendo sus diputados, y el órgano judicial del Distrito Federal, incluyendo magistrados, jueces y miembros del Consejo de la Judicatura del Distrito Federal, conforme a su normatividad específica y con base en los convenios que celebren con el Instituto, y
- Los gobiernos de las demás Entidades Federativas de la República, los poderes legislativos y judiciales locales, las administraciones públicas municipales, y sus Trabajadores, en aquellos casos en que celebren convenios con el Instituto en los términos de esta Ley.

Artículo 3. Se establecen con carácter obligatorio los siguientes seguros:

I. De salud, que comprende:
a) Atención médica preventiva;
b) Atención médica curativa y de maternidad, y
c) Rehabilitación física y mental;

II. De riesgos del trabajo;

III. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y

IV. De invalidez y vida.

La principal función del ISSSTE es la seguridad social, se sustenta en el derecho constitucional de la protección de la salud de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes; contribuye al mejoramiento de los niveles de bienestar integral, mediante el otorgamiento de los servicios médicos, prestaciones económicas, sociales y culturales, vivienda, tiendas y farmacias y servicios turísticos.

Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995. Última reforma publicada DOF 11-08-2006.

La Ley es de observancia general en toda la República, en la forma y términos que la misma establece, sus disposiciones son de orden público y de interés social. Tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. El IMSS atiende a los trabajadores sujetos al apartado "A" del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 11. El régimen obligatorio comprende los seguros de:
- Riesgos de trabajo;

- Enfermedades y maternidad;
- Invalidez y vida;
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y
- Guarderías y prestaciones sociales.

Leyes o reglamentos que limiten los derechos de los adultos mayores

No existen instrumentos legales o reglamentos que limiten los derechos de los adultos mayores en México, sin embargo el Gobierno Mexicano tiene un reto para lograr un equilibrio en el alcance de las acciones, decisiones y maduración de una política pública nacional para los Adultos mayores. Esta debe ser consensuada con todos los niveles de gobierno y los sectores sociales para que el principio de rectoría que la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores le otorga al INAPAM sea una realidad bajo los criterios de transversalidad, federalismo y vinculación con los poderes legislativo y judicial.

Convenios y tratados ratificados por méxico a favor de los derechos de los adultos mayores

México ha tratado de responder a las demandas nacientes en materia de las personas mayores, pero, ante la no existencia de una legislación específica de carácter internacional; la atención de los ancianos prácticamente se ha enfocado en programas apoyados por institutos nacionales, en el caso de México el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores –INAPAM-.

Los Organismos Internacionales o Regionales, de los que México es país miembro y que han buscado impulsar una mayor atención a los adultos mayores alrededor del mundo, mediante la realización de foros o convenciones, constituyen, el principal marco normativo de carácter internacional, en materia de derechos para las personas adultas mayores.

Se mencionan los siguientes:

- Organización de las Naciones Unidas.
- Organización de Estados Americanos.
- Sistema Interamericano de promoción y protección de los Derechos Humanos.
- Cooperación Internacional en materia de Derechos Humanos.

I. Organización de las Naciones Unidas. Convenciones y declaraciones de carácter internacional con incidencia en México en materia de derechos de las personas adultas mayores.

- 1979, La Organización Mundial de la Salud, aprobó La Primera Resolución Específica Relativa a la Atención de la Salud del Anciano[115].

[115]-No sólo por el sentido de los sinónimos, equivalencias y palabras conectadas con las personas de edad, sino también por las connotaciones que esto conlleva, en abril de 1994, la Organización Panamericana de la Salud decidió emplear el término ancianos, para referirse a personas de 65 años o más de edad (Centro,1995).

- 1982, Viena, Austria, 26 julio a 6 de agosto; La Organización de las Naciones Unidas realizó La Primer Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que promueve y aprueba el "Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento".

- 1991, en el Décimo Aniversario de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se aprobó el proyecto "Declaración de Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad", presentado por La Federación Internacional de la Vejez-FIV.

- 1994, se realizó La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, con el fin de discutir el impacto poblacional y promover las políticas que permitieran prever oportunamente las consecuencias socioeconómicas a nivel mundial, especialmente en los países en desarrollo.

- 1995, Copenhague, Dinamarca, del 6 a 12 de marzo; Se llevó a cabo La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social o Declaración de Copenhague.

- 1999, Montreal, Canadá, septiembre; Se realizó la Cuarta Conferencia Internacional de La Federación Internacional de la Vejez-FIV o "Declaración de Montreal".

- 2002, Madrid, España; del 8 al 12 de abril; se llevó a cabo La Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de donde emana el "Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento".

- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer-CEDAW (por sus siglas en inglés), con el fin de examinar los progresos realizados en la aplicación de sus disposiciones. Este Comité fue establecido por el artículo 17 de la "Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer de 1979".

- 2006, 13 de diciembre, Resolución 61/106 de Naciones Unidas, mediante la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad" y el Protocolo Facultativo de la dicha Convención, que están abiertos a la firma en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, desde el 30 de marzo de 2007;

Cada uno de los eventos mencionados establecía puntos en particular, pero, también cuentan con puntos en común, en cuanto a los derechos de las personas mayores.

Los más importantes son:
Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad
Principios de las Naciones Unidas establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

II. Organización de Estados Americanos. Instancias regionales con incidencia en México en materia de las personas adultas mayores.

- En abril de 1948, la OEA aprobó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en Bogotá, Colombia, el primer documento internacional de derechos humanos de carácter general.

- 1959 se crea la Comisión Interamericana de Derechos Humanos-CIDH, reuniéndose por primera vez en 1960.

Las principales disposiciones son:

- "Convención Americana sobre Derechos humanos"- Pacto de San José de Costa Rica, del 7 al 22 de noviembre de 1969.
- "Protocolo de San Salvador", Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- "Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas Discriminación contra las Personas con Discapacidad de 1999".
- Convención Interamericana de 1948, "Concesión de los derechos civiles a la mujer".
- Convención Interamericana de 1948, sobre "Concesión de los derechos políticos a la mujer".
- "Convención de Belem do Pará 1994", "Convención Interamericana para Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer"

Esta última puede considerarse la más importante ya que ha sido la mas aplicada o a la que la mayoría de los países recurren, como es el caso de México, para poder establecer lineamientos a nivel nacional.

Los puntos más relevantes de las disposiciones anteriores son y se destacan en la Convención Americana Sobre Derechos Humanos de 1969.

III. Sistema Interamericano de Promoción y Protección de los Derechos Humanos en las Américas

El Sistema Interamericano de Promoción y Protección de los Derechos Humanos en las Américas, es parte de la OEA, pero es autónomo por lo cual es reconocido como un sistema aparte.

Está conformado por solo dos entes, los cuales son:
1. **La Comisión Interamericana de Derechos Humanos-**CIDH; que es un órgano relacionado la OEA, pero autónomo.
2. **Corte Interamericana de Derechos Humanos**, con sede en San José, Costa Rica.

IV. Cooperación Internacional en Materia de Derechos Humanos

- Programa de Cooperación Técnica con la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El cual abarca el Proyecto de cooperación sobre los derechos de los Pueblos Indígenas.

- Programa de Cooperación Técnica sobre Derechos Humanos México - Comisión Europea

Convenios internacionales

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Jerarquía Constitucional. Art. 25.1.

- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

- Jerarquía Constitucional. Art. 2.2 y 9.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Jerarquía Constitucional Art. 2.1 y 26.

- Carta Constitutiva de los Estados Americanos. Art. 3.

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Jerarquía Constitucional. Art. XIV y XVI.

- Convención Americana sobre los Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) Art. 1.1.

- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos. (Protocolo de San Salvador) Art. 3,9 y 17.

- Ley 11.722 Aprueba el Pacto de la Sociedad de las Naciones contenido en los 26 primeros artículos del Tratado de Paz firmado en Versalles el 28/06/1919.

- Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur. MERCOSUR

- Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica (RIICOTEC). México es miembro desde 1998 y Vocal Ejecutivo para la zona del Caribe desde el 2001, con las funciones de promover la formación de recursos humanos para la planeación, diseño y ejecución de políticas sociales para las personas adultas mayores, intercambiar experiencias técnicas en el ámbito de la cooperación multilateral de la región y generar sistemas de información que documenten los avances en las materias objetivo de la Red.

- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en 2002

  Los países participantes, incluido México adoptaron el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades.; resueltos a adoptar medidas a todos los niveles, inclusive a nivel nacional e internacional, en tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez y el logro de entornos emancipadores y propicios.

  México participó en reuniones para la implementación de la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 2003 y participa en el Primer Examen y Evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2007.

- Convenio de colaboración con la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) Junio 2006.

  El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) firmó un convenio para la organización y desarrollo de actividades de investigación, científicas y culturales que beneficien a la población sujeta de asistencia

social. Se proyecta optimizar esfuerzos y sumar a la sociedad civil a fin de ampliar el impacto de los programas en la comunidad para adultos mayores.

En este marco de corresponsabilidad entre el gobierno y la sociedad, se ejecutan proyectos de asistencia social para dar valor y contenido al concepto de desarrollo de capital humano y reconocer la experiencia, talento, vocación e innovación de las acciones en beneficio de las personas adultas mayores.

México ha participado en el I Encuentro Intergeneracional Internacional Jóvenes y Adultos Mayores de Países Latinos, Santander-España, los días 7 y 12 de octubre de 2003; en el II Encuentro Intergeneracional Internacional de Jóvenes y Mayores celebrado en octubre de 2005 en México, organizado por la Universidad de Orizaba y el II Foro Centroamericano y del Caribe de Políticas de Mayores que tuvo lugar en El Salvador.

3.2. Políticas, planes y programas

3.2.1. Política nacional a favor de los adultos mayores

La política nacional hacia las personas de la tercera edad incluida en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores tiene por objeto propiciar acciones en favor de la población de sesenta años y más.

Son objetivos de la Política Pública Nacional sobre Adultos mayores los siguientes, contemplados en el Título Cuarto; Capítulo I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Artículo 10. Son objetivos de la Política Nacional sobre las personas adultas mayores los siguientes:

I. Propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y de la sociedad, incrementando su autoestima y preservando su dignidad como ser humano;

II. Garantizar a las personas adultas mayores el pleno ejercicio de sus derechos, sean residentes o estén de paso en el territorio nacional;

III. Garantizar igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa y representación de sus intereses;

IV. Establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas, para lograr un funcionamiento coordinado en los programas y servicios que presten a este sector de la población, a fin de que cumplan con las necesidades y características específicas que se requieren;

V. Impulsar la atención integral e interinstitucional de los sectores público y privado y de conformidad a los ordenamientos de regulación y vigilar el funcionamiento de los programas y servicios de acuerdo con las características de este grupo social;

VI. Promover la solidaridad y la participación ciudadana para consensar programas y acciones que permitan su incorporación social y alcanzar un desarrollo justo y equitativo;

VII. Fomentar en la familia, el Estado y la sociedad, una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social, así como procurar una mayor sensibilidad, conciencia social, respeto, solidaridad y convivencia entre las generaciones con el fin de evitar toda forma de discriminación y olvido por motivo de su edad, género, estado físico o condición social;

VIII. Promover la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y ejecución de las políticas públicas que les afecten;

IX. Impulsar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores observando el principio de equidad de género, por medio de políticas públicas, programas y acciones a fin de garantizar la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres así como la revalorización del papel de la mujer y del hombre en la vida social, económica, política, cultural y familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer;

X. Fomentar la permanencia, cuando así lo deseen, de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario;

XI. Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que permitan al país aprovechar su experiencia y conocimiento;

XII. Impulsar el fortalecimiento de redes familiares, sociales e institucionales de apoyo a las personas adultas mayores y garantizar la asistencia social para todas aquellas que por sus circunstancias requieran de protección especial por parte de las instituciones públicas y privadas;

XIII. Establecer las bases para la asignación de beneficios sociales, descuentos y exenciones para ese sector de la población, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables;

XIV. Propiciar su incorporación a los procesos productivos emprendidos por los sectores público y privado, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes;

XV. Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional;

XVI. Fomentar que las instituciones educativas y de seguridad social establezcan las disciplinas para la formación en geriatría y gerontología, con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulta mayor;

XVII. Fomentar la realización de estudios e investigaciones sociales de la problemática inherente al envejecimiento que sirvan como herramientas de trabajo a las instituciones del sector público y privado para desarrollar programas en beneficio de la población adulta mayor;

XVIII. Promover la difusión de los derechos y valores en beneficio de las personas adultas mayores, con el propósito de sensibilizar a las familias y a la sociedad en general respecto a la problemática de este sector;

XIX. Llevar a cabo programas compensatorios orientados a beneficiar a las personas adultas mayores en situación de rezago y poner a su alcance los servicios sociales y asistenciales así como la información sobre los mismos, y

XX. Fomentar la creación de espacios de expresión para el adulto mayor.

La finalidad de la política social de esta Administración es lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012).

3.2.2. Ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores

Contempladas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Título Cuarto:

Seguridad económica: Establecer las bases para la asignación de beneficios sociales, descuentos y exenciones para ese sector de la población, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables (Capítulo 1, Art. 10, Frac. XIII).

Propiciar su incorporación a los procesos productivos emprendidos por los sectores público y privado, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes (Capítulo 1, Art. 10, fracc. XIV)

Servicios sociales: Establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas, para lograr un funcionamiento coordinado en los programas y servicios que presten a este sector de la población, a fin de que cumplan con las necesidades y características específicas que se requieren (Cap. 1, Art. 10, fracc. IV);

Promover la solidaridad y la participación ciudadana para consensar programas y acciones que permitan su incorporación social y alcanzar un desarrollo justo y equitativo (Cap. 1, Art. 10, fracc. VI);

Fomentar la permanencia, cuando así lo deseen, de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario (Cap. 1, Art. 10, fracc. X);

Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional (Cap. 1, Art. 10, fracc. XV);

Salud: Impulsar la atención integral e interinstitucional de los sectores público y privado y de conformidad a los ordenamientos de regulación y vigilar el funcionamiento de los programas y servicios de acuerdo con las características de este grupo social (Cap. 1, Art. 10, fracc. V);

Impulsar el fortalecimiento de redes familiares, sociales e institucionales de apoyo a las personas adultas mayores y garantizar la asistencia social para todas aquellas que por sus circunstancias requieran de protección especial por parte de las instituciones públicas y privadas (Cap. 1, Art. 10, fracc. XII);

Vivienda y Transporte: En el Artículo 6º, la Ley establece como deber del Estado promover la existencia de condiciones adecuadas para las personas adultas mayores tanto en el transporte público como en los espacios arquitectónicos. Así mismo, en el Artículo 21, asigna a las instituciones públicas de vivienda de interés social, garantizar las acciones necesarias a fin de concretar programas de vivienda que permitan a las personas adultas mayores la obtención de créditos accesibles para adquirir una vivienda propia o remodelarla en caso de ya contar con ella, y el acceso a proyectos de vivienda de interés social que ofrezcan igual oportunidad a las parejas compuestas por personas adultas mayores, solas o jefes de familia.

Participación: Promover la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y ejecución de las políticas públicas que les afecten (Cap. 1, Art. 10, fracc. VIII)

Impulsar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores observando el principio de equidad de género, por medio de políticas públicas, programas y acciones a fin de garantizar la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres así como la revalorización del papel de la mujer y del hombre en la vida social, económica, política, cultural y familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer (Cap. 1, Art. 10, fracc. IX)

Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que permitan al país aprovechar su experiencia y conocimiento (Cap. 1, Art. 10, fracc. XI);

Fomentar la creación de espacios de expresión para las personas adultas mayores (Cap. 1, Art. 10, fracc. XX);

Violencia, discriminación y maltrato: Promover la difusión de los derechos y valores en beneficio de las personas adultas mayores, con el propósito de sensibilizar a las familias y a la sociedad en general respecto a la problemática de este sector (Cap. 1, Art. 10, fracc. XVIII)

3.2.3. Acciones específicas

Las acciones públicas dirigidas a los adultos mayores en México cuentan con planes y programas que asignan la función de coordinar, elaborar y aplicar dichas acciones a diversas entidades:

- **El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012** establece los siguientes enunciados relevantes para la población adulta mayor:

Focalizar el apoyo a la población de 70 años y más, dando prioridad a quienes habitan en comunidades de alta marginación o que viven en condiciones de pobreza. Mediante esta estrategia, se otorgará un apoyo económico bimestral a los ancianos de 70 años o más que vivan en áreas rurales con menos de 2,500 habitantes.

Aprovechar la experiencia de los adultos mayores, generando las oportunidades que les permitan desarrollarse en actividades productivas de relevancia para su comunidad.

Con el propósito de estimular la generación de empleos para este sector de la población, se ofrecerán estímulos fiscales a las empresas que den empleo a Adultos mayores que desean continuar su vida de manera productiva.

Además, se impulsarán acciones que permitan aprovechar la experiencia de estos adultos y que, al mismo tiempo, les generen un ingreso adicional para que puedan hacerle frente al empobrecimiento progresivo que padecen, producto del desempleo o de la insuficiencia de su pensión o jubilación.

Procurar el acceso de personas en condiciones de vulnerabilidad a redes sociales de protección.

Sin que el Estado descuide sus responsabilidades y obligaciones con las personas en condiciones de vulnerabilidad, se promoverá su atención por organizaciones de la propia sociedad civil.

Dar prioridad a las vertientes de apoyo alimentario y nutricional de los programas del gobierno con responsabilidades en esta materia.

Se consolidarán las políticas públicas de apoyo alimentario con acciones integrales y articuladas que permitan atender con más oportunidad y eficacia a la población vulnerable en el campo y las ciudades: personas en condición de pobreza alimentaria, niños en situación de calle, Adultos mayores de 70 años en desamparo. En este esfuerzo los niños serán el objetivo más importante, pues la desnutrición infantil, además de ser origen de daños que pueden durar toda la vida, genera un círculo vicioso de enfermedades.

- **El Consejo Nacional de Población (CONAPO)**

Contribuye con la política nacional en relación con los adultos mayores a la promoción de los valores de solidaridad, comprensión y respeto hacia las personas mayores mediante el diseño, producción y difusión de campañas de comunicación. En ellas se fomentará una mayor conciencia de sus derechos y se promoverá la erradicación del maltrato, el abuso y la violencia hacia ese segmento de la población.

- **La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF)**

En el marco de la Campaña Por la No Discriminación hacia las Personas Adultas Mayores, la CDHDF divulgó el Manual de Derechos Humanos y No Discriminación del Adulto Mayor en coordinación con la Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, el cual está dirigido a formar a voluntarios educadores que orienten a los adultos para luchar contra la discriminación y maltrato.

3.2.4. Institución que coordina las medidas a favor de los adultos mayores

De acuerdo a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) es el organismo público rector de la política nacional a favor de las personas de este grupo etario, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley referida.

Así mismo, procura el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, incluyendo a los pueblos indígenas, para brindar a ambos sectores de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas, previniendo y eliminando la discriminación y las inequidades de género, que aseguran sus necesidades básicas y desarrollan su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.

En el ejercicio de sus atribuciones, el INAPAM atiende a los siguientes criterios:

I. Transversalidad en las políticas públicas a cargo de las distintas dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; a partir de la ejecución de programas y acciones coordinadas;

II. Federalismo, por lo que hace al desarrollo de programas y actividades para el fortalecimiento institucional de las dependencias responsables de la aplicación de las disposiciones jurídicas que regulen la materia en las entidades federativas y los municipios, y

III. Coadyuvar en el fortalecimiento de vínculos con los poderes Legislativo y Judicial en los ámbitos federal y estatal, con el fin de cumplir con los objetivos de esta Ley.

Durante más de dos décadas, el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), creado por Decreto Presidencial el 22 de agosto de 1979, se dedicó a proteger y atender a las personas de 60 años y más. Esencialmente su actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial. Sin embargo, las necesidades de nuestra Gente Grande fueron cada vez mayores por lo que el 17 de enero del 2002, también por Decreto Presidencial, pasó a formar parte del sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social y modifica su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN).

El 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones.

La aplicación y seguimiento de la Ley corresponde I. Al Ejecutivo Federal, a través de las Secretarías de Estado y demás dependencias que integran la Administración Pública, así como las Entidades Federativas, los Municipios, los Órganos Desconcentrados y paraestatales, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicción; II. La familia de las personas adultas mayores vinculada por el parentesco, de conformidad con lo dispuesto por los ordenamientos jurídicos aplicables; III. Los ciudadanos y la sociedad civil organizada, y IV. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

El Órgano de Gobierno del Instituto está conformado por los titulares de las siguientes dependencias:

- Secretaría de Desarrollo Social.
- Secretaría de Gobernación.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Secretaría de Educación Pública.
- Secretaría de Salud.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Sistema Nacional DIF, IMSS e ISSSTE.
- Cinco representantes de la sociedad civil.

3.2.5. Instituciones/ entidades gubernamentales responsables de la implementación de actuaciones a favor de los adultos mayores.

- **Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)** Presupuesto de 218 millones de pesos.

La misión del INAPAM es promover el desarrollo humano integral de los Adultos mayores, brindándoles empleo, ocupación, retribuciones, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, reduciendo las desigualdades extremas y las inequidades de género.

- **Secretaría de Salud (SS)**

Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

- **Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)**

Misión principal de la institución

Formular y coordinar la política social solidaria y subsidiaria del gobierno federal, orientada hacia el bien común, y ejecutarla en forma corresponsable con la sociedad.

- **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)**

Contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los servicios: médicos, prestaciones económicas, sociales y culturales; vivienda; servicios turísticos.

- **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**

Misión principal de la institución

1) En la organización social del trabajo y en la previsión social:

Administrar los riesgos que se expresan en la Constitución y que se especifican en los distintos ramos de seguro que regula la Ley del Seguro Social, para lo cual se requiere de la adecuada administración de las contribuciones y los recursos financieros para garantizar las prestaciones en especie y en dinero, y lograr la estabilidad en el bienestar del asegurado.

2) En la provisión de servicios:

Cuidar y fomentar de manera integral la salud de la población trabajadora, pensionada, asegurada voluntariamente, y de sus familias, así como de la atendida

en esquemas de solidaridad social. Lo anterior, a través de proveer los servicios preventivos y curativos médicos con niveles de oportunidad y calidad, y ofrecer a la madre trabajadora servicios de guarderías que permitan un cuidado adecuado de sus hijos pequeños, contribuyendo así a un círculo virtuoso de mejoras en la calidad de la atención y en la productividad de los trabajadores y de sus hogares.

3) En la administración de las contribuciones a la seguridad social:

En su carácter de organismo fiscal autónomo, fomentar la competitividad de las empresas, la transparencia de la información que genera su función fiscal, y una recaudación más eficaz.

- **Desarrollo Integral de la Familia (DIF)**

Conducir las políticas públicas de asistencia social que promuevan el desarrollo integral de la familia y la comunidad, combatan las causas y efectos de vulnerabilidad en coordinación con los sistemas estatales y municipales e instituciones públicas y privadas con el fin de generar capital social.

- **Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición**

Alcanzar la excelencia en asistencia, docencia e investigación, mediante la aplicación de métodos científicos y recursos tecnológicos con libertad y subordinación a una ética, que nos lleve a ser modelo como institución médica al servicio del hombre y su medio ambiente.

- **Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).**

Proporcionar prestaciones de carácter social, económico y de salud a los militares en activo, situación de retiro, a sus derechohabientes, pensionistas y beneficiarios, con un alto grado de calidad y conforme a las normas legales vigentes.

- **Organizaciones de la Sociedad Civil.**

3.2.6. Mecanismos de coordinación y/o cooperación entre las instituciones gubernamentales.

De acuerdo a las disposiciones que regulan el funcionamiento de las instituciones gubernamentales y académicas, así como organizaciones de la sociedad civil, existe coordinación y asignación de funciones según las materias y acciones que se realizan en los diversos ámbitos de competencia en la atención de los Adultos mayores (Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud, Instituciones Públicas del sector salud, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Instituciones Públicas de la Vivienda, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Secretaría de Turismo).

En cumplimiento a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y a la participación en la Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento, llevada a cabo en Madrid en el año 2002 y en Santiago de Chile en 2003, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) convocó y promovió la colaboración interinstitucional entre los organismos gubernamentales y de la sociedad civil que

atienden Adultos mayores, con el propósito de adaptar en México las recomendaciones internacionales en materia de envejecimiento.

Para ello, a principios del 2003, invitó a 38 instituciones del gobierno federal, así como a organizaciones civiles, responsables de programas y acciones para personas adultas mayores, a constituir el Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el Tema de Adultos mayores. El Consejo decidió instaurar ocho comisiones de trabajo:

a) Educación

b) Cultura y recreación

c) Legislación

d) Participación social y política

e) Pueblos indígenas

f) Salud

g) Seguridad social

h) Servicios sociales y asistencia social

Cada una de las comisiones de trabajo del Consejo identificó y definió asuntos de política pública para elaborar una Agenda sobre el tema a nivel nacional. Esta Agenda es un resultado importante en materia de coordinación interinstitucional que fortalece el carácter transversal de la acción de gobierno mexicano a favor de los Adultos mayores.

Cabe destacar que en 1999, la Secretaría de Salud, integró el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) como un mecanismo interinstitucional para abordar de una manera integral y con criterios comunes la problemática de los Adultos mayores en todo el país. Su función principal es elaborar y vigilar el desarrollo del Programa de Acción de Atención al Envejecimiento. Los miembros del CONAEN representan los diversos sectores e instituciones responsables de la atención de los Adultos mayores.

3.2.7. Mecanismos de coordinación y/o cooperación entre las instituciones gubernamentales y la sociedad civil, y/o instituciones intermedias.

El Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), órgano desconcertado de la Secretaría de Desarrollo Social, con la misión de generar condiciones para reducir la pobreza, vulnerabilidad o marginación opera el Programa de Coinversión Social (PCS) que brinda apoyo financiero complementario a proyectos dirigidos a fomentar el desarrollo social de la población en situación de pobreza, exclusión, marginación, desigualdad por género o vulnerabilidad social, a través de la coinversión y corresponsabilidad del gobierno y la sociedad civil, así como la promoción de igualdad de condiciones y oportunidades entre hombres y mujeres; dentro de estos proyectos se encuentran los que se dirigen a atender a la población adulta mayor.

Los actores que pueden participar presentando proyectos son las organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas de educación superior, centros de investigación y gobiernos municipales.

En este sentido, también el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), instrumentó en el año 2002 el proyecto Fondo Proequidad, cuyo objetivo es otorgar financiamiento a las organizaciones de la sociedad civil, a fin de favorecer el desarrollo de diversos proyectos cuyo propósito es mejorar las condiciones de vida de la población femenina, considerando a la de sesenta años y más.

El compromiso del INMUJERES no se limita al otorgamiento de un recurso financiero, sino que va más allá, siendo propósito fundamental coadyuvar para que estos proyectos se difundan, se promuevan y sirvan de ejemplo para el desarrollo de nuevos programas que beneficien a un número mayor de mujeres en todo el territorio nacional.

3.2.8. Principales planes y/o programas para personas mayores

Modelo de Atención Gerontológico

Es responsable del programa el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)

Objetivos:

Los programas del Modelo de Atención Gerontológico abordan cada uno en lo particular diferentes aspectos prioritarios de atención al adulto mayor y, en su conjunto, proporcionan una amplia gama de alternativas que satisfacen las necesidades e intereses de esta población y promueven su participación de manera activa, independiente y digna.

El objetivo del Modelo es establecer una política pública de vejez que considera fundamentalmente aquellos factores que elevan la calidad de vida de las personas adultas mayores bajo un enfoque de derechos y con perspectiva de envejecimiento.

Horizonte temporal:

El INAPAM implementa este Modelo desde hace más de 25 años, con una visión de largo plazo que considera que las acciones dirigidas a esta población deben tener relación directa con el propósito de mejorar su calidad de vida y garantizar el pleno y cabal disfrute de sus derechos sociales, económicos, culturales, civiles y políticos, mejorar su condición y posición, así como garantizarle el acceso de recursos y servicios que le aseguren una vida digna.

Ámbito territorial de actuación:

Para ello, el INAPAM cuenta con una infraestructura de: 31 delegaciones estatales; 1 mil 376 representaciones municipales; 4 mil 720 clubes de la tercera edad a nivel nacional; 4 centros culturales en la Ciudad de México; 4 centros de atención integral en la Ciudad de México; 13 unidades gerontológicas en la Ciudad de México, Guanajuato, Zacatecas y Oaxaca.

Destinatarios:

Las acciones del Modelo están dividas en cuatro Ejes Estratégicos que marcan sus líneas de acción y que se traducen en actividades dirigidas, tanto a la población adulta mayor, como a los profesionales interesados en el área gerontológica y a familiares que desean saber sobre el proceso de envejecimiento.

Estos Ejes Estratégicos y sus programas son:

1.- Eje Transmisión de valores: Campaña de revalorización; Abuelas y Abuelos Cuenta cuentos; Abuelos en busca de amigos; Programa Nacional de Derechos Humanos.

2.- Eje Empleo y Apoyo a la Economía: Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre; Centros de Capacitación en Cómputo; Promoción del Empleo; Tarjeta de Afiliación; Fondo Tercera Llamada.

3.- Eje Salud, Investigación y Formación del Recurso Humano en Gerontología: Educación para la Salud; Enseñanza; Servicios Médicos Especializados; INAPAM va a tu barrio; Certificación en Competencias Laborales.

4.- Eje Desarrollo Social y Comunitario: Asesoría Jurídica; Actividades Socioculturales; Turismo y Recreación; Servicios Educativos; Servicios Psicológicos; Desarrollo Comunitario; Cultura Física.

Todas las acciones de los programas aquí descritos se desarrollan en diferentes espacios del propio INAPAM, articulándose de tal manera que abarcan de manera integral las necesidades y demandas básicas de esta población. Estos espacios son:

Clubes de la Tercera Edad: son espacios comunitarios donde se reúnen e interactúan personas de 60 años y más, en los que se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social. La finalidad de generar estos espacios es promover la participación de las personas mayores, fomentando la organización e intervención en la solución de sus problemas, al tiempo que propicia su permanencia en la comunidad. Para su funcionamiento cuentan con un reglamento específico, que hace que integrantes de los clubes, formen grupos autogestivos, capaces de tomar decisiones y participar activamente en la vida de su comunidad, decidiendo acciones a favor del beneficio colectivo, siempre bajo la orientación y asesoría de la Institución.

Dentro de los clubes, los adultos mayores pueden recibir actividades deportivas, culturales, sociales y los servicios del Programa El INAPAM va a tu barrio.

Centros Culturales: espacios donde se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano a las personas de 60 años y más. Las materias y talleres que se imparten se dan a través de un sistema formal de enseñanza, pero flexible y acorde a las características del aprendizaje de las personas adultas mayores, que abarca áreas como: humanidades, psicología, lenguas extranjeras, iniciación artística, talleres de artesanías y artes plásticas, labores artesanales, educación para la salud, cultura física y educación para adultos, que le permiten a la persona recibir información, actualización, capacitación y adiestramiento.

Centros de Atención Integral: ofrecen a los Adultos mayores alternativas de atención donde se brindan servicios multidisciplinarios, buscando mantener y mejorar la salud a través de programas sanitarios preventivos y propiciar su permanencia en la vida familiar y social. Los servicios que ofrecen son: Orientación sobre higiene personal, mental y bucal; servicios de consulta externa de primer nivel en medicina general y especialidades como: nutrición, otorrinolaringología, oftalmología, optometría, odontología, cardiología, clínicas de diabetes, hipertensión arterial y memoria, psicología, dermatología, gastroenterología, ginecología, ortopedia, estudios de laboratorio clínico, laboratorio de prótesis dental y estudios de gabinete (electrocardiograma, ultrasonido, audiología y rayos X), además de otros servicios como afiliación, bolsa de trabajo, asesoría jurídica y trabajo social.

Albergues y Residencias Diurnas: el INAPAM ha puesto en funcionamiento albergues y residencias diurnas, que proporcionan asistencia integral a los Adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que les permitan cubrir sus necesidades básicas y de independencia. Reciben alojamiento

permanente o temporal, alimentación balanceada, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social.

Centro de Documentación: con el propósito de apoyar la labor de estudio e investigación, el INAPAM formó un Centro de Documentación que cuenta con material documental, bibliográfico y audiovisual en gerontología, geriatría y temas afines.

El presupuesto asignado es de 218 millones de pesos

Evaluación:

Los resultados de estos programas se evalúan a través de dos unidades de medida: personas atendidas –población general base y población externa- y servicios.

Población general base: compuesta por el número de personas asistentes a residencias diurnas, albergues, centros de atención integral, clubes y centros culturales de la tercera edad del INAPAM, que se encuentran registradas hasta el corte de cada mes.

Población externa: es aquella que asiste a alguna actividad de los programas de Cultura Física, Actividades Socioculturales, Enseñanza o Educación para la Salud y que no se encuentran registradas en la base de datos de la población general base.

Servicios: se considera el número de veces que una persona determinada utiliza por lo menos un servicio determinado de los diferentes programas de gerontología.

Programa de Atención a Adultos mayores en Zonas Rurales

La entidad responsable es la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).

Su objetivo es contribuir a que los adultos mayores de 60 años o más, logren superar las condiciones de pobreza alimentaria en que se encuentran y accedan a mejores condiciones de vida. Opera en los 31 estados de la República Mexicana.

Está destinado para adultos mayores que tengan 60 años o más y que vivan en localidades rurales de alta y muy alta marginación (con menos de 2,500 habitantes), y que no reciban apoyo del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, del Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, o del Programa de Apoyo Alimentario a cargo de Diconsa o del Programa de Atención a los Adultos mayores de 70 años y más en Zonas Rurales, y que no sean beneficiarios de programas estatales para Adultos mayores.

El apoyo se otorga mediante la transferencia anual de $2,100.00 (dos mil cien pesos 00/100 M.N.) en efectivo, que se entrega en un máximo de tres exhibiciones.

Programa de Atención a adultos mayores de 70 años y más

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) es la responsable de este programa.

El objetivo es mejorar las condiciones de vida de los Adultos mayores de 70 años y más que habitan en localidades de hasta 2,500 habitantes.

El programa inició el 2 de mayo del 2007 y opera en las 31 estados de la República Mexicana.

El grupo objetivo son los Adultos mayores de 70 años y más, que vivan en localidades de hasta 2,500 habitantes y que no reciban apoyo del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en su componente de Atención a Adultos

Mayores, del Programa de Atención a los Adultos Mayores, ni de otros programas federales con beneficios similares a los de este programa.

Los beneficiarios reciben un apoyo mensual de $500.00 (quinientos pesos 00/100 M.N.), el cual se entrega de manera bimestral y de acuerdo a la accesibilidad de las localidades se podrá espaciar la entrega de los apoyos de manera cuatrimestral. Por única ocasión los beneficiarios podrán recibir los apoyos correspondientes a todos los bimestres anteriores a su incorporación al Programa, siempre y cuando hayan cumplido 70 años o más antes del 1 de enero de 2007.

El Presupuesto asignado es de seis mil 250 millones de pesos.

Programa Nacional de Atención al Envejecimiento

Este Programa de Atención al Envejecimiento es elaborado por la Secretaría de Salud, en conjunto con el Seguro Social, el ISSSTE y otras instituciones.

El objetivo es contribuir a la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años, así como al desarrollo de estrategias para su prevención oportuna.

Los programas son elaborados anualmente y el ámbito de aplicación es todo el territorio nacional.

Considera entre sus prioridades la atención al envejecimiento; las estrategias que emanan de este programa de atención al envejecimiento son:

- Promoción de la salud y comunicación Social
- Detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas
- Tratamiento y control de enfermedades
- Modelo integrado de atención a la salud

Se cuenta con un esquema básico de atención a los adultos mayores mediante la Cartilla Nacional del Adulto mayor, con ella se pretenden lograr intervenciones de salud para las enfermedades más comunes como la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer, así como los problemas visuales, de la boca y de la memoria.

En las jornadas de la Semana Nacional de Salud del Adulto Mayor, se redoblan esfuerzos para que los adultos mayores no olviden que hay que visitar el médico periódicamente para que les tomen la presión arterial, midan el azúcar en sangre, los pesen, los midan y practiquen una revisión bucal, además de que pueden orientarlos en aspectos nutricionales.

Se promueve la aplicación de nueve millones de vacunas, durante los meses de agosto, septiembre y octubre, para evitar la pulmonía, el catarro y el tétanos.

Seguro Popular

El Seguro Popular de Salud (SPS) creado en 2001 por la Secretaría de Salud, con el propósito de brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud. Es un seguro público y voluntario con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud.

Al primer semestre del año 2006, se han incorporado al Seguro Popular 3.756.791 familias en todo el país, que incluyen a los miembros adultos mayores.

Como todo esquema de aseguramiento, el SPS ofreció una serie de beneficios explícitos a los cuales el asegurado tuvo acceso en caso de padecer algún evento que lesionará su salud, siempre y cuando dicho evento este comprendido en la cobertura otorgada y sus derechos estuvieran vigentes.

Para este año, 2006, el CASES, fue sustituido por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que cubre 249 intervenciones médicas y 307 claves de medicamentos.

La reforma a la Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento, publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, respectivamente, reforman, adicionan y dan vida al Sistema de Protección Social en Salud mediante el cuál se convierte en Ley el Seguro Popular

Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional) es el responsable de este programa.

Entre los objetivos del DIF se encuentran acciones específicas para proporcionar atención gerontológica a personas adultas mayores sujetas de asistencia social que se encuentran en desamparo, incapacidad, marginación o sujetas de maltrato, ofreciendo servicios integrales multi e interdisciplinarios para satisfacer las necesidades de los usuarios en los diferentes programas, así como a sus familiares; entre estas acciones se encuentran la de proveer alojamiento en los Centros Gerontológicos del DIF, educación continua gerontológica a la población en general y formar profesionales en el ámbito gerontológico. Establece corresponsabilidad con organizaciones civiles e instituciones públicas y privadas para la atención a las personas adultas mayores y colabora con el Programa de Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud.

El DIF apoya a los adultos mayores en la solución de sus problemas biopsicosociales para prevenir que sufran males mayores, mejorando sus condiciones de vida y ayudándoles a su reintegración social y productiva. Se promueve que existan prioritariamente servicios integrales para los más vulnerables, pero que, además, existan opciones de apoyo y acciones preventivas para que los ancianos en su contexto familiar tengan garantizada su estabilidad física y mental, su integración social y la satisfacción de sus necesidades individuales.

Los servicios que se proporcionan son:

- Centros Gerontológicos y Casas Hogar
- Atención a la Comunidad
- Rehabilitación e Integración Social
- Formación y Capacitación de Recursos Humanos
- Sensibilización y Difusión

Las líneas de acción son:

- "Programa de Hogares Específicos" atención integral a personas adultas y adultas mayores que por sus condiciones de vulnerabilidad extrema requieren atención especializada promoviendo su canalización a Instituciones de la Sociedad Civil con convenio de colaboración.

- Programa Nacional para la Atención Integral de los Adultos Mayores Vulnerables DIF.
- Programa Nacional de Atención Gerontológica.

Para atender de forma integral a la población vulnerable cuentan con 2 Centros Nacionales Modelo de Atención, Capacitación e Investigación Gerontológica en el Distrito Federal, "Arturo Mundet" y "Vicente García Torres" y 2 Casas Hogar para Ancianos "Olga Tamayo" y "Los Tamayo" ubicadas una en Cuernavaca Morelos y otra en Oaxaca, Oaxaca; se proporcionan alternativas de atención integral a personas que por sus condiciones de vulnerabilidad extrema no pueden ingresar en dichos Centros.

Se proporcionan los 365 días del año, servicios como albergue, atención médica, psicológica, odontológica, actividades culturales, deportivas, recreativas, terapia ocupacional y de rehabilitación, atención social, jurídica y de nutrición, entre otros, a personas mayores de 60 años en estado de desamparo o desventaja social, garantizando su seguridad, autosuficiencia y subsistencia para una vida digna, o bien proporcionar los cuidados paliativos necesarios para un buen morir.

Servicios que se otorgan en lo Centros Nacionales y Casas Hogar para ancianos:

- Alojamiento
- Alimentación
- Vestido
- Actividades Socioculturales, Recreativas y Deportivas
- Atención Médica
- Atención Psicogerontológica
- Asistencia Jurídica
- Atención Psiquiátrica
- Atención de Día

Presupuesto asignado $ 562,482,890.00

Programa de Protección al Adulto Mayor en el Gobierno del Distrito Federal

- Para la Ciudad de México existen dos programas implementados por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (GDF 2001-2006) y que tienen continuidad en la presenta administración:
    a) El Programa de Apoyo Alimentario.
    b) Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para adultos mayores, como un primer paso para instituir la Pensión Universal Ciudadana.

Este programa, inicia en el 2001 incorporando a los adultos mayores de 70 años de las zonas consideradas como de muy alta y alta marginalidad; en el primer año de funcionamiento conforma un padrón de 150 mil beneficiarios a los que se les proporcionaron apoyos económicos para la adquisición de alimentos y medicinas por un monto de 600 pesos mensuales. Dada la perspectiva universalista de la política social del GDF, este programa se extiende progresivamente a toda la ciudad

y para el 2004 la cobertura fue de 95%, cubriendo a 370 mil adultos de 70 y más años, residentes en el DF, cifra que equivale aproximadamente al 98% de la población mayor de 70 años que se estima radica en el Distrito Federal, sin hacer distinciones de su condición económica, social y de pertenencia a algún sistema de seguridad social, siempre y cuando así lo soliciten; el 2% restante lo constituye la población de baja o muy baja marginación que rehúsa el apoyo. Reciben un apoyo monetario mensual equivalente a medio salario mínimo (688 pesos mensuales, 3.0% más que en el 2003) (SSDF, 2005).

En 2003, el programa recibe un mayor respaldo político y una cobertura legal, al ser aprobado el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos mayores de 70 años, por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal; con ello, ha sido posible garantizar que los Adultos mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal, recibirán una pensión diaria no menor a la mitad del salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

Los adultos mayores constituyen hoy día cerca del 10% de la población del Distrito Federal. De ellos, cerca de 400 mil personas tienen 70 años o más y dos tercios son mujeres. El ingreso promedio de este grupo es de alrededor de un salario mínimo, pese a que más de un 40% reciben una pensión de parte de las instituciones de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE. Lo anterior, implica una dependencia económica de sus parientes que en su mayoría tienen también serias restricciones económicas.

Asimismo, este grupo de personas sufren además en un porcentaje elevado de padecimientos crónicos (presión alta, diabetes, afecciones en las articulaciones, enfermedades del corazón, molestias estomacales y depresión), lo que los obliga a gastar una parte importante de sus ingresos en la compra de medicamentos.

Es por ello que el Gobierno del Distrito Federal fijó como un objetivo importante avanzar en la construcción de los derechos e instituciones de un estado de bienestar que les garantice una vida digna y segura.

Para la dignificación de las personas de la tercera edad, se llevaron a cabo 36 acciones:

Revisión del programa *"Vive Tu Ciudad"*, para que organizaciones e instituciones que atienden a personas mayores puedan efectuar recorridos a espacios turísticos y culturales del D.F.; elaboración de un programa de sensibilización para que servidores públicos brinden una atención preferencial a estas personas; curso-taller sobre programas de crédito y micro crédito, a fin de integrar a grupos solidarios de personas adultas mayores; se organizó el cuarto encuentro de personas adultas mayores, donde la temática fue *"Vivir en familia para una vida mejor"*; se celebró la feria del "Día Nacional del Anciano", cuyo objetivo fue fomentar una cultura de la vejez a través de la convivencia intergeneracional; se realizó el taller sobre la ley de los derechos de los adultos mayores; y se integraron 1,142 expedientes para la regularización de actas de nacimiento, entre las más relevantes.

Programa de Atención a la Salud y el Envejecimiento.

La entidad responsable es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores el Estado (ISSSTE).

La población adulta mayor consume el 30% de los presupuestos de la seguridad social en pensiones y jubilaciones que todos reconocemos insuficientes. También consumen el 30% del presupuesto de salud, ocupan hasta el 60% de las camas de hospital y desafortunadamente tampoco se ha logrado una salud ni calidad de vida.

La población de trabajadores amparados del ISSSTE asciende a 2.398.308 que junto con sus familiares, los pensionistas y los familiares de estos dan un total de 10.608.209 distribuidos en todo el territorio nacional, conforman el grupo de adultos mayores poco más del 13.3% de la población del Instituto, haciendo notar que la población adulta mayor de México es poco más de 8%.

Igualmente tiene un grupo que se ha denominado jubilados jóvenes entre 45 y 60 años, que aunque con menor edad se comportan desde el punto de vista psicosocial y de salud como viejos. Igualmente el grueso de la demografía institucional corresponde a personas entre 40 y 49 años lo que hace vislumbrar una gran cantidad de personas en proceso de envejecimiento que requerirán servicios y atención aún no prevista.

El ISSSTE estableció el Programa Integral de Atención al Adulto Mayor y en materia médica se encuentra en marcha un programa de atención preferencial; se adoptaron las medidas aconsejadas por las organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud.

El ISSSTE desarrolla programas interdisciplinarios para favorecer el desarrollo físico, psicológico, social y afectivo de los adultos mayores.

Las estrategias del programa incluyen Módulos de Atención Gerontológica.

El módulo gerontológico tiene por objeto la atención preventiva de asuntos relacionados con la salud y el envejecimiento en el primer nivel de atención.

Para la atención de las personas se elaboró la ficha epidemiológica de geroprofilaxis y la cartilla preventiva correspondiente para el paciente “Plan individualizado de salud para un buen envejecimiento”, que permitirá ejercer una medicina preventiva adaptada a cada persona de acuerdo a sus riesgos y dará información sobre el comportamiento de la salud entre la derechohabiencia para poder planear con bases, las estrategias para un buen envejecimiento. La ficha de geroprofilaxis explora con preguntas, en su mayoría cerradas, los aspectos de mayor riesgo en el envejecimiento. El objetivo de la ficha de geroprofilaxis es monitorear la salud de los adultos, no ancianos, para encaminarlos hacia un buen envejecimiento.

Se ha iniciado el funcionamiento de 139 módulos gerontológicos en las instalaciones de primer nivel del Instituto, con una homogenización de los procedimientos con base en el manual de normas y las guías terapéuticas correspondientes a los problemas del envejecimiento más comunes, de los cuales 83 se han acreditado con base en el Manual de Normas y Guías Terapéuticas; asimismo se han nombrado líderes regionales y responsables de la capacitación básica en 30 centros del país (hasta 2001 sólo existía un centro de capacitación).

Todos los médicos del primer nivel de atención deberán aplicar la ficha a los pacientes de 40 años y más que acudan a su consulta con base en una cartilla institucional, este programa de atención preventiva individualizado, considerando recomendaciones internacionales, permite realizar un tamizaje para acceder a la atención gerontológica y geriátrica que el Instituto tiene establecida para este universo, obteniendo un logro durante 2006 de 168.881 Cédulas de Gerontoprofilaxis.

Para la atención de segundo nivel se facultaron 10 centros de segundo nivel, a la fecha se han establecido 40 servicios interconsultantes de esta especialidad en igual número de unidades hospitalarias.

En cuanto a tercer nivel se irán implementando servicios completos en hospitales regionales, en la actualidad sólo hay dos servicios de hospitalización geriátrica.

Se ha planteado la Atención a Sectores Sensibles de la Población Derechohabiente, que contempla acciones como las siguientes: un programa especial para generar estancias de bienestar para el adulto mayor, vía la subrogación de este servicio; asignación de horarios y adecuación de instalaciones de acuerdo a necesidades de los grupos especiales de derechohabientes y promoción de talleres que permitan optimizar el tiempo libre de niños, jóvenes, Adultos mayores y personas con capacidades diferentes en actividades tanto recreativas como formativas.

Tomando en cuenta que el problema del envejecimiento aumentará el Instituto deberá tener una visión hacia el futuro y planear nuevas modalidades de servicio. Un modelo sería una Clínica de Cuidados Subagudos que se considera una instancia de transición entre el hospital y el hogar. Otro proyecto es un Centro Gerontológico que podría ser de alta referencia para investigación y capacitación, donde se concentre la información para una adecuada planeación estratégica.

Se considera que resultaría inevitable la institución de cuidados a largo plazo que mejorarían la atención, disminuirían los costos económicos, de salud y sociales.

Programas estatales de salud

Las dependencias de salud, implementan acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población adulta, por medio de la adopción de los programas nacionales de atención al adulto mayor, como el del INAPAM, de la Secretaría de Salud, Secretaría de Desarrollo Social, Sistema Nacional de Desarrollo Integral para la Familia, del ISSSTE y otros.

Existen planes y programas públicos y privados, de acuerdo a las necesidades particulares de los estados que promueven el acceso de los Adultos mayores a los servicios sanitarios, la prevención de enfermedades relacionadas con la vejez, la capacitación y el apoyo a los familiares para el cuidado de este grupo de personas.

3.2.9. Sistema de protección social en relación con adultos mayores.

La seguridad social en México tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Es un sistema de derechos adquiridos, previamente legislado; tiene carácter obligatorio bajo relaciones formales de trabajo, y voluntario mediante la celebración de un contrato con las instituciones responsables.

Las instituciones encargadas de la seguridad social en México son, entre otras: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) donde se brindan servicios a los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a los empleados del gobierno.

Asimismo, la seguridad social es para garantizar la protección del ingreso del trabajador ante los riesgos que enfrenta durante su existencia. Las prestaciones económicas tales como las pensiones, permiten proteger a los trabajadores y a sus familias al final de su vida laboral. El derecho a gozar de una pensión se adquiere al ser titular o beneficiario de un esquema de aseguramiento, por lo que existen pensionados de diferentes edades: hijos, viudas y padres del asegurado, entre otros.

Las instituciones han reformado su sistema de pensiones que sustituyen el sistema de reparto por uno de capitalización en cuentas individuales, con la idea de mejorar los resultados financieros del sistema de seguridad social y en consideración a aspectos como el envejecimiento de la población mexicana, los crecientes subsidios estatales que los sistemas de pensiones demandan y que afectan las finanzas públicas y los equilibrios macroeconómicos de nuestra economía; la precaria estructura del mercado laboral, que se refleja en el ámbito de la seguridad social contributiva por medio de bajas tasas de aporte y una estrecha relación entre el tipo de incorporación laboral y la capacidad contributiva de quienes trabajan.

Con el fin de dar un panorama amplio de los alcances de este nuevo esquema, se anexan las leyes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Asimismo, se desglosa la población de Adultos mayores por sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabiencia a servicios de salud.

México-Distribución porcentual de la población según condición de derohabencia para cada sexo y grupos de edad. 2004

Sexo y grupos de edad	Total	Tiene derechohabencia	No tiene derechohabencia
Total	**100,0**	**44,0**	**56,0**
Menores de 15 años	100,0	39,6	60,4
15 a 29 años	100,0	42,0	58,0
30 a 59 años	100,0	48,0	52,0
60 años y más	**100,0**	**50,6**	**49,4**
Hombres	**100,0**	**43,3**	**56,7**
Menores de 15 años	100,0	39,9	60,1
15 a 29 años	100,0	42,4	57,6
30 a 59 años	100,0	46,0	54,0
60 años y más	**100,0**	**49,9**	**50,1**
Mujeres	**100,0**	**44,6**	**55,4**
Menores de 15 años	100,0	39,3	60,7
15 a 29 años	100,0	41,6	58,4
30 a 59 años	100,0	49,7	50,3
60 años y más	**100,0**	**51,2**	**48,8**

*Incluye a las personas que tienen derechohabencia en más de una institución, clasificadas de acuerdo con la declarada en primer término.
Fuente. INEGI. IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004

México-Distribución porcentual de la población de 60 años y más, según condición de derechohabiencia por cada grupo quinquenal de edad

Grupos quinquenales de edad	Total	Tiene derechohabencia	No tiene derechohabencia
Total	100,0	50,6	49,4
60 a 64 años	100,0	51,8	48,2
65 a 69 años	100,0	53,7	46,3
70 a 74 años	100,0	50,7	49,3
75 a 79 años	100,0	46,8	53,2
80 a 84 años	100,0	49,2	50,8
85 años y más	100,0	41,2	58,8

*Incluye a las personas que tienen derechohabencia en más de una institución, clasificadas de acuerdo con la declarada en primer término.
Fuente. INEGI. IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004

México- Distribución porcentual de la población derechohabiente[1], según institución para cada sexo y grupos de edad. 2004					
Sexo y grupos de edad	Total	IMSS	ISSSTE[2]	Otras instituciones públicas[3]	Instituciones privadas[4]
Total	**100,0**	**74,5**	**16,3**	**6,9**	**2,4**
Menores de 15 años	100,0	72,5	16,0	9,1	2,4
15 a 29 años	100,0	79,8	11,8	6,0	2,4
30 a 59 años	100,0	72,1	19,3	6,0	2,6
60 años y más	**100,0**	**75,4**	**17,6**	**5,5**	**1,5**
Hombres	**100,0**	**75,0**	**15,5**	**6,9**	**2,6**
Menores de 15 años	100,0	72,5	15,9	9,1	2,5
15 a 29 años	100,0	80,6	11,6	5,5	2,3
30 a 59 años	100,0	73,0	17,7	6,2	3,1
60 años y más	**100,0**	**76,2**	**16,5**	**5,7**	**1,6**
Mujeres	**100,0**	**74,0**	**17,0**	**6,8**	**2,2**
Menores de 15 años	100,0	72,4	16,2	9,2	2,2
15 a 29 años	100,0	79,1	12,0	6,4	2,5
30 a 59 años	100,0	71,3	20,5	5,9	2,3
60 años y más	**100,0**	**74,8**	**18,5**	**5,4**	**1,3**

1. Incluye a las personas que tienen derechohabencia en más de una institución, clasificadas de acuerdo con la declarada en primer término.
2. Incluye ISSTE federal y estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.)
3. Incluye Pemex, SDN, SM y SSA (Seguro Popular)
4. Incluye a la población que adquirió el derecho a prestaciones y servicios médicos en instituciones privadas contratadas por el empleador en forma personal mediante prepago.
Fuente. INEGI. IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004

México- Distribución porcentual de la población derechohabiente[1] de 60 años y más, según institución por grupos quinquenales de edad. 2004					
Grupos quinquenales de edad	Total	IMSS	ISSSTE[2]	Otras instituciones públicas[3]	Instituciones privadas[4]
Total	**100,0**	**75,4**	**17,6**	**5,5**	**1,5**
60 a 64 años	100,0	75,6	17,4	5,6	1,4
65 a 69 años	100,0	77,3	15,5	5,5	1,7
70 a 74 años	100,0	75,2	18,8	4,9	1,1
75 a 79 años	100,0	73,2	18,5	7,2	1,1
80 a 84 años	100,0	72,3	20,6	4,4	2,7
85 años y más	100,0	75,5	18,7	5,2	0,6

1. Incluye a las personas que tienen derechohabencia en más de una institución, clasificadas de acuerdo con la declarada en primer término.
2. Incluye ISSTE federal y estatales (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.)
3. Incluye Pemex, SDN, SM y SSA (Seguro Popular)
4. Incluye a la población que adquirió el derecho a prestaciones y servicios médicos en instituciones privadas contratadas por el empleador en forma personal mediante prepago.
Fuente. INEGI. IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004

México- Población total por sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabiencia a servicios de salud y tipo de institución										
	Condición de derechohabencia a servicios de salud									
Sexo y grupos quinquenales	Población total (1)	Total (2)	en el IMSS	en el ISSSTE	en PEMEX, SEDENA o SEDEMAR	Seguro Popular	en institución privada (3)	otra institución (4)	no derecho-habiente	no especifi-cado
60 a 64 años	2.622.476	1.463.240	977.852	222.764	38.837	172.507	44.109	28.151	1.148.748	10.488
65 a 69 años	1.958.069	1.126.708	768.746	168.900	30.348	130.578	28.504	20.192	824.121	7.240
70 a 74 años	1.496.691	849.997	577.018	130.065	22.600	100.911	20.878	14.402	640.871	5.823
75 años y más	2.261.599	1.192.431	790.820	197.617	32.168	143.499	31.966	19.863	1.059.965	9.203
Hombres										
60 a 64 años	1.243.788	669.198	445.546	101.587	18.210	79.923	22.258	12.403	569.769	4.821
65 a 69 años	922.592	520.204	356.849	74.010	14.353	60.964	13.829	8.700	399.179	3.209
70 a 74 años	703.277	394.097	270.457	55.998	10.574	47.716	9.711	6.321	306.630	2.550
75 años y más	1.023.334	541.023	364.909	81.226	14.248	68.672	13.228	8.478	478.554	3.757
Mujeres										
60 a 64 años	1.378.688	794.042	532.306	126.177	20.627	92.584	21.851	15.748	578.979	5.667
65 a 69 años	1.035.477	606.504	411.897	94.890	15.995	69.614	14.675	11.492	424.942	4.031
70 a 74 años	793.414	455.900	306.561	74.067	12.026	53.195	11.167	8.081	334.241	3.273
75 años y más	1.238.265	651.408	425.911	116.391	17.920	74.827	18.738	11.385	581.411	5.446

(1) Incluye una estimación de población de 2.625.310 personas que corresponden 647.491 viviendas sin información de ocupantes. La estimación está distribuida en los renglones de no especificada de edad.

(2) La suma de población derechohabiente en las distintas instituciones de salud puede ser mayor a este total, ya que hay población que tiene derecho a más de una institución de salud.

(3) Comprende a la población que cuenta con seguro para acceder a los servicios médicos de instituciones privadas

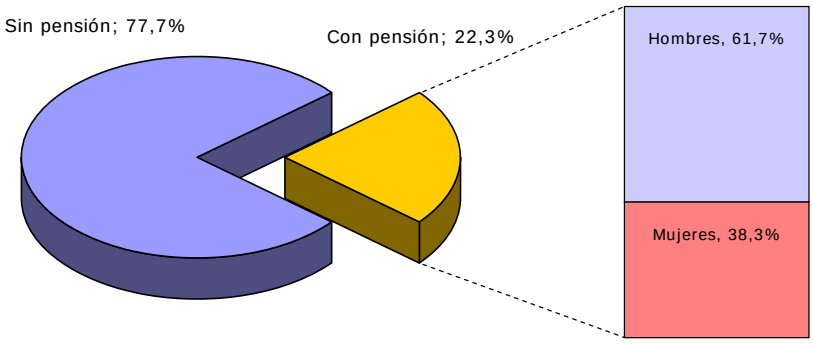
(4) Comprende a la población que tiene derecho a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública.

Fuente: II Conteo de Población y Vivienda 2005. Resultados definitivos. Tabulados básicos.

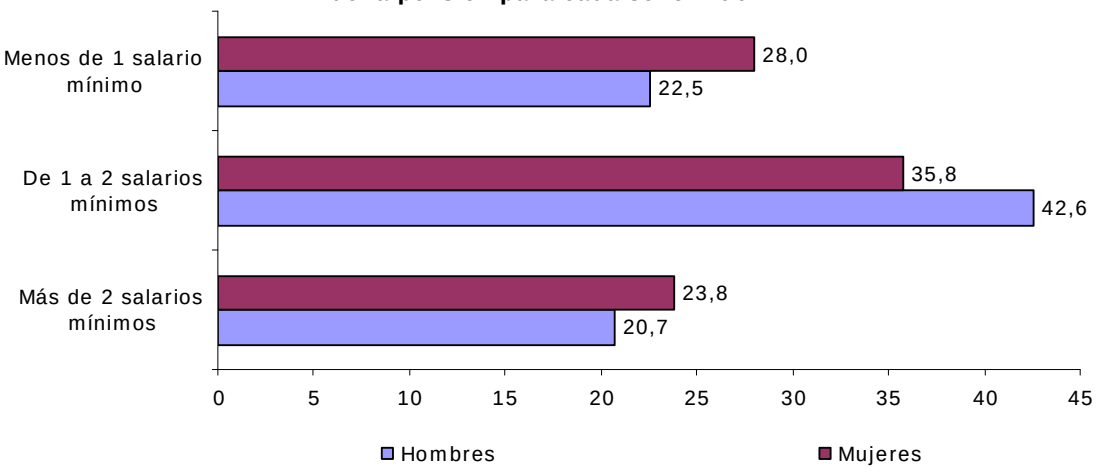
México- Población pensionada por grupos de edad y sexo			
Grupos de edad	Población pensionada	Hombres	Mujeres
Total	2.997.181	1.721.036	1.276.145
Menores de 12 años	0,6	0,4	0,9
dic-24	1,6	1,3	2,1
25-39	3,0	2,1	4,2
40-49	6,4	5,0	8,2
50-54	8,2	6,7	10,3
55-59	12,2	11,5	13,2
60-64	18,3	19,2	17,2
65 y más años	49,5	53,8	43,8
No especificado	NS	0	NS

NOTA: Incluye a la población pensionada en todos los programas de pensión laboral (Retiro, Invalidez, Vejez o Cesantía e incapacidad por riesgos de trabajo, así como otras pensiones Análogas) y no laboral (Invalidez, Viudez, Orfandad y ascendencia).
NS No significativo. FUENTE: "SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 11, 13, 15, 17, 19, 21 y 22. México, D.F.

México. Distribuciones porcentuales de la población de 60 años y más por condición de pensión y de la población de 60 años y más con pensión para cada sexo, 2004



Distribución porcentual de la población pensionada por monto mensual de la pensión para cada sexo. 2004



NOTA: El monto de la pensión se presenta por rango de salario mínimo mensual. Incluye a las personas que declararon más de una institución que les dio la pensión, clasificadas de acuerdo con la declarada en primer término. No se grafica 12.4% de mujeres y 14.2% de hombres pensionados que no especificaron el monto de su pensión.
FUENTE: **INEGI,** IMSS. *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004*

3.2.10. Programas de pensiones no contributivas para adultos mayores.

Programa de Atención a Adultos mayores en Zonas Rurales

Con este Programa, el Gobierno Federal apoya a los Adultos mayores que viven en localidades rurales de alta y muy alta marginación, con menos de 2,500 habitantes, y que no estén inscritos a otros programas, a quienes se entrega una cantidad anual de $2,100.00 (dos mil cien pesos 00/100 M.N.) en efectivo, que se entrega en un máximo de tres exhibiciones.

Programa de Atención a los Adultos mayores de 70 años y más

Este programa, a cargo del Gobierno Federal, cuenta con un presupuesto de seis mil 250 millones de pesos para el año 2007, para apoyar a los adultos mayores residentes en comunidades de menos de dos mil 500 personas a quienes se les entregan mil pesos cada dos meses.

Pensión Alimentaria para los Adultos mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal

El presupuesto del componente de apoyo alimentario del programa de Adultos mayores del Gobierno del Distrito Federal (GDF), provino de los ahorros obtenidos con el plan de austeridad republicana de este Gobierno. En 2001, se destinaron $1,164.5 millones y para 2002 se dedicaron 1,908 millones, esta pensión actualmente es de setecientos cincuenta y siete pesos mensuales, pensión diaria no menor a la mitad del salario mínimo vigente en el Distrito Federal. El procedimiento utilizado liberó al GDF de gastos de administración por lo que la totalidad del presupuesto destinado al componente de apoyo alimentario se orientó en beneficio de los Adultos mayores. Para los medicamentos geriátricos gratuitos la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) asignó 22 millones. Es importante subrayar que el gasto en personal y administrativo del Programa corre a cargo del gasto ordinario de la SSDF.

3.2.11. Reformas del sistema provisional que tienen incidencia en la situación de adultos mayores

Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Decretada el 31 de marzo del 2007, sienta las bases para la conformación de un sistema nacional de seguridad social, aplicado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), encaminada a otorgar protección integral a los servidores públicos y sus familias, no sólo durante el tiempo en que presten sus servicios, sino, cuando por edad, separación del cargo, invalidez, vejez o muerte, más lo requieran.

El ISSSTE atiende a los trabajadores sujetos al apartado "B" del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Publicada el 14 de diciembre del 2005, agrupa seguros, servicios y prestaciones relacionados con la seguridad social de los trabajadores sujetos al apartado "A" del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, quienes son atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Dentro de los seguros que esta Ley establece están los de cesantía en edad avanzada y vejez, cuando el asegurado queda privado de trabajos remunerados a partir de los sesenta años de edad.

3.2.12. Actuaciones para proteger la salud de los adultos mayores

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) ha implementado servicios médicos de primer nivel de atención dentro en los que se brindan consultas de medicina general, especializada y odontológica, así como estudios de laboratorio y gabinete dirigidos a la población objetivo. Dentro de estos servicios, se han creado también clínicas para la atención de enfermedades crónico-degenerativas entre las que se pueden destacar la Clínica de Hipertensión Arterial, Clínica de Diabetes Mellitus, Clínica de la Memoria y Clínica de Adicciones.

Su Programa de Servicios Psicológicos, se enfoca al mejoramiento del entorno grupal, familiar y social, impulsando su participación en actividades que apoyen sus conductas de auto cuidado y propicien el desarrollo de relaciones interpersonales gratificantes.

Con el Programa de Educación para la Salud atiende dos líneas de acción: aquellas dirigidas a las personas adultas mayores y en edad prejubilatoria, con el propósito de prevenir y mejorar sus condiciones de vida por medio de cursos, talleres y pláticas que abordan temas sobre el cuidado de la salud y desarrollo humano; y acciones dirigidas a otros grupos de edad con una perspectiva de envejecimiento y un eminente sentido preventivo.

Los cursos que se ofrecen son: Plan de Vida Futura; Desarrollo Personal y Auto cuidado; Expresión Corporal y Movimiento; Vejez, Nutrición y Salud; Sexualidad en la Tercera Edad, Prevención de la Violencia Intrafamiliar y del Maltrato hacia el Adulto Mayor, Familia y Vejez; Taller de la Mano del Abuelo y diversas pláticas sobre temas para propiciar el desarrollo en esta etapa de la vida.

Con la certeza de que los beneficios de la actividad física, progresiva y sistemática, ayudan a mantener y desarrollar el funcionamiento corporal a cualquier edad, los servicios del Programa de Cultura Física del INAPAM inciden en los hábitos, usos y costumbres de los Adultos mayores al concientizarlos sobre la importancia del movimiento, el ejercicio físico, la recreación y la práctica deportiva en el mantenimiento de la salud integral.

Las acciones de este Programa tienen como objetivo favorecer la disposición corporal del adulto mayor, a través del diseño y ejecución de actividades físicas que estimulan y activan la capacidad psicomotriz de las personas e incluye los grandes aspectos de la cultura física: recreación física, educación física, cultura cívica y deporte adaptado, llevando a cabo clases en todos estos aspectos y la organización de eventos especiales como los Juegos Nacionales de las Personas Adultas Mayores.

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dentro del proceso de mejora de atención médica, ha diseñado e implantado la estrategia de Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes; uno de sus programas esta enfocado al adulto mayor de 60 años y más en donde se atienden procesos de la salud, nutrición, prevención, detección y control de enfermedades y se entregan cartilla de citas médicos y de salud

El modelo de atención a la salud que el IMSS ha desarrollado es de carácter integral, con base en la prevención, curación y la rehabilitación; esta es una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad.

La definición de estos grupos y el contenido de los programas de salud correspondientes, se hizo con base en la transición demográfica y epidemiológica, y en el cambio de enfoque los programas orientados hacia la prevención de

enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) opera el Programa de Atención a la Salud y el Envejecimiento (Envejecimiento Exitoso) por medio de los módulos de atención gerontológica y servicios de geriatría localizados en las unidades médicas del Instituto, referido con anterioridad; también operan áreas de acondicionamiento funcional y rehabilitación física.

3.2.13. Servicios de salud que se ofrecen a adultos mayores

El Sistema Nacional de Salud en México está integrado por las dependencias y entidades de asistencia social, de seguridad social, servicios privados y beneficencias los cuales tienen como características fundamentales la forma de integrar sus recursos financieros, el tipo de servicios que prestan y el tipo de población que acude a ellos.

Los servicios proporcionados por instituciones de asistencia social y beneficencias están disponibles para toda la población en general, aunque la mayoría de los usuarios son los que no cuentan con ningún otro tipo de servicios médicos, por lo que están dirigidos a la población de escasos recursos. Entre estas instituciones están: Secretaría de Salud (SS), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) e instituciones de asistencia privada (IAPs).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) establece requisitos para el ingreso de las personas adultas mayores como residentes a los Centros Nacionales Modelo o Casas Hogar para Ancianos los siguientes: tener 60 años o más al momento de su ingreso, del sexo femenino o masculino, ser sujeto de asistencia social en desamparo, incapacidad, marginación o sujetas a maltrato conforme a la Norma; no ser portador de enfermedades infectocontagiosas; que los resultados de la evaluación psicológica y psiquiátrica (esta última de ser necesaria) arrojen información de que la persona adulta mayor candidata para ingreso sea capaz de interactuar adecuadamente con los beneficiarios y personal del Centro; aceptar y presentarse a las valoraciones social, médica y psicológica; expresar su deseo manifiesto de incorporarse a los Programas desarrollados en el Centro, signando la solicitud de ingreso; funcionales física y mentalmente para el desarrollo de las actividades de la vida diaria; estado de salud físico, psicológico y si presentan alguna discapacidad que esta les permita incorporarse a los programas de atención integral del Centro y la vida en comunidad.

Por lo anterior, las personas adultas mayores que presenten trastornos psiquiátricos, de personalidad o con discapacidad, que requieran una atención altamente especializada, una vez valorados serán orientados sobre la atención en otra institución.

La persona Adulta Mayor candidata a Atención de Día debe cubrir el perfil señalado anteriormente. Se deberá presentar el Candidato para la valoración social, médica, psicológica. La Junta Interdisciplinaria del Centro deberá emitir un dictamen favorable para ser admitido.

Los servicios proporcionados por instituciones de seguridad social se proporcionan a los trabajadores al servicio del Estado y del sector privado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes. En este rubro se encuentran el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como también organismos que otorgan

estos servicios a los trabajadores de sus propias dependencias: Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Marina (SM) y Secretaría de la Defensa Nacional (SDN). El requisito de acceso a los servicios que prestan estas instituciones es el de acreditar la vigencia de la derechohabiencia.

Los servicios de organismos privados se proporcionan a la población que sufraga el costo de los servicios con bajas cuotas de recuperación, en algunos casos.

La atención que se brinda es de primero, segundo y tercer nivel; estos servicios en su mayoría se encuentran ubicados en los lugares de concentración poblacional.

Cabe anotar que recientemente se puso en marcha el Seguro Popular de Salud (SPS), que se caracteriza por ser un seguro público y voluntario, dirigido a las familias sin seguridad social en materia de salud, con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud.

El SPS ofrece una serie de beneficios que cubren intervenciones médicas y medicamentos, señalado anteriormente, a los cuales el asegurado tiene acceso en caso de padecer algún evento que lesione su salud, siempre y cuando dicho evento este comprendido en la cobertura otorgada y sus derechos estén vigentes.

Entre los requisitos para inscribirse al SPS está el de no ser derechohabiente de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.).

Como partes de los programas de fomento a la salud se ha brindado atención integral a los pacientes en la que confluye el trabajo coordinado de geriatría, enfermería, trabajo social y psicología. Asimismo, resalta la conformación de clubes para orientación y apoyo de los Adultos mayores acerca de padecimientos como diabetes, hipertensión, entre otros aspectos.

3.2.14. Programas, planes y/o actividades de salud tendientes a asegurar los cuidados de larga duración a los adultos mayores.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), cuenta con el Programa Albergues y Residencias Diurnas, estancias que tienen el objetivo de ofrecer con calidad y calidez la protección física, mental y social a personas mayores de 60 años en estado de desamparo o desventaja al proporcionarles los servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, rehabilitación y trabajo social, así como actividades ocupacionales, recreativas y culturales; manteniendo su integridad y autosuficiencia, retrasando su deterioro y favoreciendo su integración familiar y social, garantizando su seguridad, autosuficiencia y subsistencia para una vida digna.

Por su parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuenta con el Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social, con el que promueve la protección y la atención integral de las personas adultas mayores sujetas de asistencia social que se encuentran en desamparo, incapacidad, marginación o sujetas de maltrato.

En sus Casas Hogar para Ancianos les brinda atención integral con acciones como alojamiento, alimentación, vestido, actividades socioculturales, recreativas y deportivas, atención médica, atención psicogerontológica, psiquiátrica, jurídica y el respeto a la integridad de los Adultos mayores.

Además ofrecen a personas adultas mayores de población abierta Atención de Día.

El programa considera los siguientes subprogramas:

- Centros Gerontológicos y Casas Hogar
- Atención a la Comunidad
- Rehabilitación e Integración Social
- Formación y Capacitación de Recursos Humanos
- Sensibilización y Difusión

3.2.15. Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopédicas

Las instituciones dedicadas a la atención de la seguridad social, las organizaciones de la sociedad civil así como grupos de voluntarias que operan programas dirigidos a la atención de los Adultos mayores proporcionan este tipo de apoyos a sus afiliados y derechohabientes.

3.2.16. Programas de formación/ investigación en gerontología y geriatría.

En México hay Instituciones de Educación Superior, públicas y privadas, que imparten especialidades, diplomados o cursos relacionados con la geriatría y gerontología. Hasta el momento se tiene conocimiento de 13 programas de formación, los cuales son coordinados e impartidos por las instituciones educativas siguientes:

- Especialidad en Geriatría (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)
- Especialidad en Geriatría (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia)
- Especialidad en Geriatría (Instituto Politécnico Nacional)
- Especialidad en Geriatría Clínica (Universidad Autónoma de Nuevo León)
- Especialidad: Modelos de Intervención con Adultos mayores (Universidad Nacional Autónoma de México)
- Maestría en Geriatría (Universidad Autónoma de Querétaro)
- Diplomado en Gerontología (Universidad Nacional Autónoma de México)
- Diplomado en Geriatría y Gerontología HGZ No. 8 de Córdoba, Veracruz. IMSS.
- Licenciatura en Gerontología (Universidad del Valle de Ecatepec)
- Licenciatura en Gerontología (Universidad Mesoamericana de San Agustín)
- Curso Problemas Actuales en Geriatría y Gerontología, diplomados que apoyan las acciones en el campo de la formación de los recursos humanos que atienden a la población adulta mayor (Universidad Iberoamericana de México)
- Curso Auxiliar Geriátrico en línea (Divulgación Dinámica México España)

- Curso Metodología de Intervención con Personas Mayores en línea (Formación Integral Corbera Networks México)
- Capacitación en Geriatría y Gerontología (INAPAM)
- Diplomado en Geriatría y Gerontología (IMSS del Estado de Veracruz)
- Diplomado en Geriatría y Diplomado en Gerontología (Centro de Investigación y Enseñanza de Gerontología y Geriatría, S. C.)

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) cuenta con el Programa de Enseñanza, que tiene como objetivo la capacitación y actualización de los recursos humanos en las áreas de Gerontología y Geriatría por medio de cursos, seminarios y conferencias. Los cursos que ofrece son: Psicología de la Vejez, Terapia Ocupacional en la Tercera Edad, Servicios Asistenciales para Adultos mayores, Prevención del Maltrato hacia el Adulto Mayor. Además acciones de educación continua.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ha establecido un Centro Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento (CENESAEN), en el desarrolla acciones de enseñanza y educación continua.

Con respecto al área de la investigación, la *Unidad de Investigación en Gerontología,* de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la UNAM, actualmente tiene como líneas de investigación:

- Estrés oxidativo y enfermedades crónico-degenerativas
- Nutrición y envejecimiento saludable
- Odontogeriatría y calidad de vida
- Funciones cognitivas y calidad de vida durante el envejecimiento
- Hiperleptinemia y enfermedades crónico-degenerativas
- Ejercicio físico y envejecimiento saludable
- Modelo de atención de núcleos gerontológica
- Enseñanza de la Geriatría y Gerontología en la FES ZARAGOZA

También se han desarrollado algunas investigaciones en el país, cuya característica general es que son realizadas a nivel estatal o local y que se enfocan a una problemática muy específica y particular de la región en que se desarrolla la misma; por ejemplo:

- Redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres Adultos mayores en la Ciudad de México
- Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud por el adulto mayor Tampico, Tamaulipas; México 2003-2004
- Selectividad residencial de los adultos mayores en la Ciudad de Córdoba

Asimismo, encontramos algunos estudios con temáticas en general, tales como:

- A las puertas de la longevidad: ¿autonomía o dependencia? Reflexiones y alternativas desde la educación

- Informe de avances. México. Del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

3.2.17. Buenas prácticas.

Incentivar y fortalecer la solidaridad intergeneracional

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), consciente de que incorporar la perspectiva de envejecimiento en acciones destinadas a otras cohortes de edad, implica, en el mediano y largo plazo, impulsar cambios culturales profundos que incidan en la prevención de riesgos de conductas no saludables y eleven las probabilidades de que las personas disfruten de un envejecimiento activo y saludable. Ha desarrollado cursos, pláticas y conferencias dirigidas a niños, jóvenes y familiares de Adultos mayores con dos objetivos fundamentales: fomentar una cultura a favor de la vejez que mejore las relaciones intergeneracionales, así como hacer conscientes a estas poblaciones sobre su propio proceso de envejecimiento.

En el mismo sentido, se planean encuentros intergeneracionales recreativos, deportivos y culturales que facilitan el contacto entre generaciones y la desmitificación de la imagen de la vejez ante la sociedad en general, creando a su vez conciencia de ésta como un proceso individual inherente al ciclo vital humano.

Promover una imagen positiva de la vejez

El INAPAM ha realizado campañas encaminadas a promover el envejecimiento activo y saludable; así como una imagen positiva de la vejez a través de los medios de comunicación, con las que se sensibiliza a la población en general sobre la atención que requieren los Adultos mayores en todos los ámbitos de la sociedad.

Detectar y prevenir situaciones de malos tratos hacia las personas mayores

La Secretaría de Desarrollo Social junto con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, creó el Programa Nacional de Derechos Humanos encargándole al INAPAM la operación de las acciones a favor de los derechos humanos de las personas de edad.

El INAPAM se ha dedicado a la promoción de estos derechos, así como también al reconocimiento de la capacidad de esta población para aprovechar su experiencia para que participe como promotora no sólo de sus propios derechos sino de los derechos de los jóvenes, a través del Programa Nacional de Promoción y Difusión de los Derechos Humanos y el Programa de Transmisión de Valores de las Personas Adultas Mayores, a los Jóvenes Infractores que reciben tratamiento en internación, los cuales han generado que ambas poblaciones estén informadas y además se fomente la convivencia intergeneracional, que a su vez prepara doblemente a los jóvenes para la consecución y respeto de sus derechos como jóvenes ahora y a su preparación para una vida futura digna como Adultos mayores.

Ofrecer atención jurídica directa a los Adultos mayores

El INAPAM proporciona apoyo gratuito, orientación jurídica, gestoría administrativa y representación legal ante los tribunales a las personas mayores de sesenta años. En este programa el resultado al período, refleja que la meta se superó en un 14.7% respecto de lo programado, al atender el organismo a un total de 10.610 personas adultas mayores, que en asuntos civiles, administrativos y mercantiles solicitaron asesoría, habiéndose programado en el período una meta de atención por un total de 9,248 personas adultas mayores

3.2.18. Programas de formación y apoyo para los cuidadores formales e informales de adultos mayores.

Con el fin de que los servicios que el personal técnico y profesional que labora en los espacios de atención gerontológica mantenga un nivel de atención óptimo de calidad y calidez, con sus correspondientes estándares, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) se constituyó en un Centro de Evaluación y Certificación de Competencia Laboral, encaminado a establecer y ejecutar mecanismos de capacitación, evaluación y certificación de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes de todos aquellos interesados cuyo campo de trabajo sea la atención al adulto mayor, independientemente de la forma y lugar en que los hayan adquirido y con base en una Norma Técnica de Competencia Laboral.

Este Centro comenzó sus funciones el 1° de Octubre de 2004 con la capacitación y evaluación en la Norma de Competencia Laboral “Diseño e Impartición de Cursos”, así como de los Evaluadores y Verificadores para esta Norma; de manera paralela, se revisó la Norma Institucional de Competencia Laboral “Cuidado del Adulto Mayor” y se elaboraron manuales de capacitación e instrumentos de evaluación.

En México el ISSSTE, con el apoyo de la Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos y del Departamento de Estudios y Atención al Envejecimiento, a través del Centro Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento, en sus programas de capacitación, refiere acciones de capacitación y adiestramiento para familiares de derechohabientes envejecidos y para cuidadores informales, a fin de que adquieran las capacidades y los conocimientos básicos que les permitan mantener a la persona envejecida que está bajo su cuidado en las mejores condiciones funcionales posibles, con calidad de vida y en armonía familiar y social.

En las acciones educativas intervienen los esfuerzos del ISSSTE y el de las familias derechohabientes para el cuidado y atención de los ancianos, con el objeto de preservar la salud y mejorar su calidad de vida. Sus principales acciones son: la habilitación de instructores de cuidadores, la formación de cuidadores de personas envejecidas, la capacitación y actualización del personal de las unidades médicas del ISSSTE en aspectos geriátricos y el desarrollo de estudios e investigaciones acerca de la vejez, que aporten elementos teórico prácticos para la promoción del auto cuidado de las personas envejecidas.

En los cursos para cuidadores se enseña cómo asistir al adulto mayor, de tal manera que no se desgaste la dinámica familiar y se mantenga la atención positiva para el abuelo; se orienta sobre cómo distribuir responsabilidades entre los parientes, cómo moverlo y la forma de acondicionar los espacios en el hogar para facilitar su desplazamiento, reduciendo los riesgos de accidentes.

Los problemas a que responde son como consecuencia del incremento del número de personas envejecidas, que impacta, no sólo en la atención que se les brinda,

sino también a los recursos institucionales y ofrece alternativas para coadyuvar en la solución del problema, capacitando a los familiares de los derechohabientes envejecidos y a la población abierta para que participen activamente en el cuidado y preservación de la salud de sus ancianos y en la mejora de su calidad de vida. Las actividades del Centro Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento, responden al desconocimiento que tienen los familiares ó demás personas que cuidan adultos de la tercera edad sobre el tipo de atención que requieren los ancianos sobre: cuidados básicos de enfermería, higiene, nutrición, ejercicio, entre otros.

Debido al escaso personal especializado en la atención médica geriátrica y la creciente demanda de este tipo de servicios en las clínicas familiares, se constituye en un problema en la calidad de los servicios que se prestan a esta población, por lo que es necesario actualizar y reforzar los conocimientos geriátricos en un mayor número de personas, del equipo médico, técnico y de apoyo, así como en competencias pedagógicas que les permitan diversificar sus acciones educativas con el anciano y sus familiares.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), ofrece cursos para cuidadores tanto de pacientes institucionalizados como para los que se encuentran en su hogar.

4. RED DE RECURSOS

4.1. Red de recursos sociosanitarios

En organismos como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SS), Petróleos Mexicanos (PEMEX) existen salas o áreas especializadas para la atención de los adultos mayores.

Entre los hospitales que cuentan con servicios de Geriatría se encuentran: en el caso de la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Nutrición, el Hospital General de México, el Hospital Fray Bernardino Álvarez, para Adultos mayores con padecimientos psiquiátricos; en el caso de PEMEX, el hospital de Petróleos Mexicanos; en el caso del ISSSTE, el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, el Hospital Adolfo López Mateos en la Ciudad de México y el Hospital General Valentín Gómez Farías en el estado de Jalisco; el IMSS cuenta con el Centro Médico Nacional La Raza, el Hospital Magdalena de las Salinas y el Hospital General y Regional Gabriel Mancera.

El sector privado también proporciona estos servicios en el Hospital ABC, el Hospital de la Beneficencia Española y Hospitales Ángeles.

No existe registro de las unidades médicas que proporcionan servicios a adultos mayores, ni el numero de plazas.

EL Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) cuenta con albergues en los que se proporciona asistencia integral a los Adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que les permitan cubrir sus necesidades básicas y de independencia. Reciben alojamiento permanente, alimentación balanceada, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social.

Actualmente funcionan cuatro de estas unidades en el Distrito Federal y tres en los estados de Guanajuato, Oaxaca y Zacatecas.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) cuenta con dos Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Arturo Mundet” y “Vicente García Torres” ubicados en el Distrito Federal; y dos Casas Hogar para Ancianos “Olga Tamayo y “Los Tamayo”, una ubicada en Cuernavaca, Morelos y la otra en Oaxaca, Oaxaca.

En los estados de la República Mexicana existen Casas Hogar establecidos por el Gobierno, Asociaciones No Gubernamentales y privados, no contándose con un censo.

México. Residencias para Adultos mayores		
Titularidad	Número de centros	Número de plazas
Vivienda colectiva, asilo de ancianos	1.338	34.122
Públicos (incluye mixtos; con autarquía)	11	568*
Sinaloa	5	195
Tabasco	1	
Hidalgo	2	

* 430 del DIF

EL Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) tiene en funcionamiento 6 residencias diurnas en el Distrito Federal y una en el Estado de Zacatecas, en donde los Adultos mayores reciben servicios de alimentación balanceada, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) también cuenta con Centros de Día en sus instalaciones.

México. Centros de atención diurna para Adultos mayores		
Titularidad	Número de centros	Número de plazas
Públicos (incluye mixtos; con autarquía)	11	196
Hidalgo	9	
Sinaloa	4	97
Clubes	18	222
Gobierno del Distrito Federal		1.146

Con respecto a los centros especializados en la atención de personas mayores con diferentes tipos de demencia no se tiene información registrada. Existen áreas de atención para adultos mayores con problemas de demencia en los hospitales psiquiátricos y en particular en las casa hogar privadas.

A continuación se detallan en los siguientes cuadros las principales características de los servicios de atención para las personas mayores:

México. Servicios de atención para adultos mayores		
Tipo de servicio	Descripción de las atenciones	Titularidad
Servicios de cuidados domiciliarios	Veracruz: Agencia de cuidados en general, incluye Adultos mayores, en Xalapa, en el resto del estado se desconoce censo al respecto. En Baja California Sur se cuenta con los cuidados domiciliarios que brinda el ISSSTE	– Públicos – Privados con ánimo de lucro – Privados sin ánimo de lucro
	Nayarit Consulta médica al domicilio del adulto mayor o rehabilitación	– Públicos (240 personas atendidas) – Privados con ánimo de lucro – Privados sin ánimo de lucro
	Jalisco Visitas domiciliarias y atención a pacientes con o sin discapacidad, ISSSTE/IMSS) Visitas domiciliarias y servicio de Geriatría (Bancomer y Banamex)	– Públicos (150 usuarios/ mes ISSSTE) – Privados con ánimo de lucro – Privados sin ánimo de lucro (5 a 10 personas / mes)
	Chihuahua Atención a domicilio en la C.H. Cuauhtémoc, Estancias de día	– Públicos (240 usuarios) – Privados con ánimo de lucro (100 usuarios) – Privados sin ánimo de lucro
Servicios de tele asistencia	Jalisco “ABUETEL” (Consejo Estatal sobre la Atención al Envejecimiento) teléfono: 11993643	– Públicos – Privados con ánimo de lucro – Privados sin ánimo de lucro
Servicios de transporte especializado	Jalisco En la zona metropolitana de Guadalajara, en rutas y horarios específicos Chihuahua Estancias de día, asilos de permanencia, traslado a domicilio y para consultas medicas y de recreación	– Públicos (1.400 personas atendidas) – Privados con ánimo de lucro (460 personas atendidas) – Privados sin ánimo de lucro (160 personas atendidas)
Otros	Durango: Clubes Actividades Sociales Asesoría Jurídica Programa de Empleos Enseñanza Capacitación p/ el Trabajo Actividades Deportivas	– Públicos – Privados con ánimo de lucro – Privados sin ánimo de lucro
	Jalisco Servicio de comedor (DIF estatal y municipales)	– Públicos – Privados con ánimo de lucro – Privados sin ánimo de lucro
	Chihuahua Vive a plenitud, del gobierno del estado, Grupos de ayuda mutua a pacientes de la tercera edad	– Públicos – Privados con ánimo de lucro – Privados sin ánimo de lucro

Organismos como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, llevan a cabo programas de cultura, recreación y

cultura física que consideran las características, intereses y aptitudes de los Adultos mayores; a pesar de los trabajos realizados por el INAPAM en el sentido de integrar un directorio de los clubes de Adultos mayores de otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil, aún no se obtienen los resultados esperados.

4.2. Redes de apoyo social

4.2.1. Estudios sobre las redes de apoyo informal

- **Estudios sobre las redes de apoyo informal (cuidadores familiares) y voluntariado de atención a Adultos mayores.**

La Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) ha presentado una reflexión que considera de la mayor importancia avanzar hacia el objetivo de diseñar e implantar una política pública de Estado que consolide el trabajo de varias generaciones de profesionales e instituciones de la salud, y cuyo eje central se explica en cinco ámbitos de reforma que dan pie a líneas programáticas que puedan emprenderse en la gestión pública en salud para el sexenio 2006-2012. En este aporte de Funsalud se busca dar contenido específico a ciertas cuestiones relativas de la reforma de la salud que Funsalud considera esenciales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Hoy existen cerca de 5.500 organizaciones en el campo de la salud que llevan a cabo labores de asistencia social, de atención médica, de actividades relacionadas con diversos problemas sociales, de salud y de investigación que contribuyen a consolidar el sustento científico de la salud.

Una buena parte de esas organizaciones cuenta con el reconocimiento de donatarias autorizadas del impuesto sobre la renta, lo que les permite canalizar recursos privados hacia organizaciones privadas que contribuyen al bienestar público; de éstas, unas pocas participan de los beneficios de la doble tributación para recibir donativos de otros países, principalmente de Estados Unidos de América; otra parte considerable está inscrita en el Registro del Instituto Nacional de Desarrollo Social, lo que les permite acceder a recursos federales.

Las organizaciones no lucrativas son reconocidas por su contribución en las tareas para construir el desarrollo económico y social, mediante la elaboración de propuestas, la vigilancia del diseño de políticas públicas y la ejecución y el desempeño de los programas sociales del sector público; sin embargo, se hace necesario su fortalecimiento para ampliar las capacidades de respuesta del Sistema Nacional de Salud a los requerimientos futuros de salud, más allá de la capacidad de los sectores público y privado. En esos retos las organizaciones de la sociedad civil tienen una labor y una contribución importante que es necesario fortalecer.

Por ello se propone: i) impulsar la regularización de las organizaciones de la sociedad civil en salud ante las autoridades hacendarias y de desarrollo social; ii) apoyar la profesionalización y la instauración de buenas prácticas de gobierno y operación en las organizaciones no lucrativas; iii) establecer fondos sectoriales preferentes para la participación de instituciones en temas prioritarios para el avance del Sistema Nacional de Salud, y iv) favorecer la participación de las organizaciones de la sociedad civil en el Sistema de Protección Social en Salud.

La Salud en México: 2006/2012, Visión de Funsalud: existe consenso en que los Adultos mayores tienen una limitada participación en grupos organizados de apoyo comunitario. Dentro de esta limitada participación, los varones son quienes menos presencia tienen en la mayoría de los grupos organizados. Esta es una realidad aceptada por los mismos Adultos mayores, por los proveedores de servicios y los coordinadores de grupos.

América Latina y el Caribe: Porcentaje de personas mayores que intercambian algún tipo de ayuda, según las personas que dieron y brindaron apoyo, ciudades seleccionadas, 1999-2000

	Buenos Aires	Bridgetown	Sao Paulo	Santiago de Chile	La Habana	México, D.F.	Montevideo
Presta apoyo a la persona mayor							
Miembro del Hogar	69	67	80	85	84	79	75
Hijo [a]	41	41	49	48	47	49	36
Hermano [a]	13	14	13	8	19	7	13
Otro [a]	8	6	5	3	9	4	6
Cualquiera	85	82	93	92	93	90	88
La persona mayor le presta apoyo							
Miembro del Hogar	67	61	79	82	72	70	76
Hijo [a]	35	23	38	31	25	24	33
Hermano [a]	13	8	14	8	15	6	12
Otro [a]	10	6	7	1	5	2	6
Cualquiera	79	70	88	88	78	76	86

Fuente: P.M. Saad. "Transferencias informales de apoyo de las personas mayores: estudio comparativo de las encuestas SABE" en Huenchuan S., *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile, CELADE, 2003. Elaborado con datos de las encuestas SABE respectivas.
[a] no residentes en el hogar de la persona mayor

- **Redes sociales y situación familiar. Diagnóstico de salud de las personas de 70 años y más con Pensión Alimentaria en el Distrito Federal**. Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor. Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Servicios de Salud Pública.

En cuanto a redes sociales y situación familiar de las personas adultas mayores:

- El 84,9% de ellas presentan algún riesgo.
- El 7,2% presenta un alto riesgo.
  - El 9,2% del total refiere que vive sola.
  - Al 2,7% del total de las personas, los familiares o personas cercanas lo visitan una vez al mes o con menor frecuencia.
  - En el 14,6% de los casos, la persona con la que vive es otra persona adulta mayor.
  - En el 6,2% de los casos, las personas con las que vive el adulto mayor no toma en cuenta su opinión, y 9% refiere no tener con quién platicar.
  - El 71,3% no pertenece a algún grupo de amigos que se reúna frecuentemente o a algún grupo religioso, de autoayuda u otro.
  - El 1,9% de los adultos mayores necesita representante para usar su tarjeta y no lo tiene. El 5% del total respondió que es víctima de maltrato y el 0,7% de las personas adultas mayores entrevistadas aseguran que son maltratadas físicamente.

A pesar de que los resultados en cuanto a redes sociales y situación familiar, son favorables para la mayoría, existe un porcentaje de personas que refieren sufrir de algún tipo de maltrato, psicológico o físico, lo que debe tomarse en cuenta en la búsqueda de estrategias de atención integral.

Redes de apoyo para las personas adultas mayores. Gobierno del Distrito Federal. Las principales estrategias son:

- Formación de redes de apoyo social.
- Elaboración de material informativo.
- Capacitación a servidores públicos sobre diversos temas del envejecimiento y la formación de redes.
- Difusión en medios de comunicación de una cultura de respeto y solidaridad con los Adultos mayores.
- De febrero a la fecha nov 2006, se han realizado pláticas informativas y de sensibilización en forma directa a más de mil personas que realizan trabajo comunitario sobre los temas que se incluyen en el Cuadernillo.

  - Educación en Salud Comunitaria
  - Participación Ciudadana
  - Procuraduría Social

- Procuraduría General de Justicia del D.F. y la Secretaría de Seguridad Pública
- DIF-DF, INMUJERES-DF y LOCATEL
- Coordinadoras de grupos de personas adultas mayores en las delegaciones.
- Coordinadoras de trabajo social de las jurisdicciones sanitarias. A octubre 2006 se tuvieron 900 reuniones informativas, propiciando la vinculación entre las personas adultas mayores, familiares, vecinos y las instituciones tanto de gobierno como de la sociedad civil.
- Se fortaleció el trabajo operativo a través de un diagnóstico continuo con el personal que trabaja en comunidad, para conocer avances, dificultades y estrategias que permitan mejorar el quehacer.
- Se invitó a toda la población que asistía a las asambleas ciudadanas a que formara redes de apoyo social en favor de las personas adultas mayores (en 500 asambleas).

A partir de lo anterior, se detectó la necesidad de profundizar en temas recomendados por especialistas en redes sociales por lo cual se realizó el “Curso-taller: Formación y fortalecimiento de redes de apoyo social para las personas adultas mayores”, dirigido a todo el personal de salud comunitaria, 6 hrs. (1320 personas), los temas:

a) Redes de apoyo social, b) Envejecimiento y vejez, c) Derechos, d) Autonomía y funcionalidad, e) Importancia del género y las redes, f) Abuso y maltrato: características, prevención, detección y atención y g) Instituciones y servicios.

Se realizó el evento: “Intercambio de experiencias entre el personal comunitario”, en el se presentaron 6 experiencias significativas de Participación Ciudadana y de Salud Comunitaria, además, dos personas expertas en el tema de redes expusieron e hicieron recomendaciones metodológicas.

Para apoyar estas acciones, se elaboró la “Guía para la formación y fortalecimiento de las redes de apoyo social para personas adultas mayores”. Tiene como objetivo servir de herramienta teórico práctica para facilitar dicha labor. Está dirigida al

personal comunitario y a todas las personas interesadas en el tema. (Los temas son los mismos del curso).

Existe un voluntariado del INAPAM mediante diversos comités, que son:

- Comité de Bancos de Medicamentos
- Comité de préstamos de Aparatos Ortopédicos
- Comité de Visitas de Albergues y Residencia de Día
- Comité de Ventas de Bazar en los clubes de la 3ª. edad
- Comité de entrega de despensas
- Clases de manualidades en residencias asistidas
- Expo Bazar Nacional de Artesanías elaboradas por la gente grande
- Programa Médico Comunitario el INAPAM va al barrio

Los objetivos y metas son:

- El voluntariado busca la posibilidad de que cada entidad del país cuente al menos con una unidad móvil que permita a la población adulta mayor de cada municipio, tener acceso a los programas del INAPAM en su propia comunidad, además de visitar las zonas marginadas para atender a quienes menos tienen.

- El voluntariado cree qué la sociedad civil y servidores públicos pueden hacer una alianza que construya a diario las condiciones para elevar la calidad de vida de las personas adultas mayores

- Sobre cuidadores de adultos mayores estos son voluntarios que no perciben mayor apoyo que el que les otorgan las instituciones en capacitación y que algunos de estos se especializan y ofrecen sus propios servicios según la oferta del mercado.

Las Instituciones que forman este tipo de personal son: ISSSTE, IMSS y G.D.F.

4.2.2. Principales entidades del sector social que prestan servicios a los adultos mayores (fundaciones, asociaciones, ONGs)

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) realiza trabajos con el fin de integrar un directorio de las organizaciones de la sociedad civil que atienden a la población adulta mayor mexicana; sin embargo, aún no se obtienen los resultados esperados.

4.2.3. Participación social

Principales asociaciones formadas por adultos mayores, porcentaje de adultos mayores que participa y niveles de organización

De los objetivos fundamentales con los que el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) orienta sus programas lo constituye la incorporación de las organizaciones civiles en el diseño y monitoreo de las políticas para las personas de sesenta años y más, mediante su participación.

Es en este sentido que creó el Consejo Consultivo Ciudadano de las Personas Adultas Mayores, a través del cual se propició la intervención de organizaciones civiles y de asistencia privada, escuchando sus propuestas para la planeación y en la toma de decisiones que les atañen, abordando temas como legislación, salud, educación, cultura, deportes e investigación, así como proyectos productivos.

Asimismo, a través del Programa de Promoción y Desarrollo Comunitario, se ha propiciado la organización y participación de las personas de edad avanzada en favor del mejoramiento de las condiciones de su comunidad y su permanencia en la misma, con el propósito de elevar su calidad de vida, creando centros comunitarios (clubes y centros culturales de la tercera edad) donde se conjugan diversas actividades de desarrollo social: educativas, culturales, recreativas y de cultura física que promueven la estimulación de capacidades y conductas que contribuyen a la conservación de la salud y a su desarrollo social y humano.

A pesar de los trabajos realizados por el INAPAM en el sentido de integrar un directorio de los clubes de adultos mayores de otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil, aún no se obtienen los resultados esperados.

Estudios sobre la participación de adultos mayores en asociaciones culturales, sociedades deportivas, partidos políticos, asociaciones de vecinos

- **Indicadores sociodemográficos del envejecimiento**. FLACSO e INAPAM

Las conclusiones del estudio abordan aspectos como: Expectativas del proceso de envejecimiento poblacional; El trabajo y la fuerza laboral en vías de envejecimiento; Desarrollo rural y migración; Acceso a conocimientos, educación y capacitación; Solidaridad entre generaciones; Erradicación de la pobreza; Seguridad de ingresos, protección social, seguro social y prevención de la pobreza; Avanzar la salud y el bienestar hacia la edad adulta; La vivienda y el ambiente de vida.

- **Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres Adultos mayores en la Ciudad de México.** Montes de Oca Zavala Verónica. Feb 2004

Las redes comunitarias tienen un impacto significativo en el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor residente en Aragón. Una aproximación al estudio de dichas redes fue a través de los grupos de adultos mayores en la zona seleccionada.

Las discusiones de hombres y mujeres que regularmente asisten a estos espacios sociales mostraron que existen diferencias relevantes entre la experiencia de participación de mujeres en contraste con los varones adultos mayores, así como diversos significados para hombres y mujeres. Para ambos, la asistencia a grupos organizados permite reconstruir un sentido de pertenencia y una identidad entre pares con experiencias similares, transiciones y vivencias comunes.

LÍNEAS DE TRABAJO FUTURO Y PROPUESTA DE ACTUACIONES CONCRETAS

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo focal que ha fundamentado el trabajo realizado en el marco del proyecto sobre *Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos* es el de contribuir a la mejora de la calidad de vida de vida de los adultos mayores y de las personas que se encuentran en situación de dependencia.

El punto de partida para la consecución de este objetivo ha sido la elaboración de los **informes nacionales sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores**. En la segunda fase del proyecto, la elaboración de estos informes ha sido posible gracias al compromiso de la instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de los adultos mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México, y al esfuerzo coordinador de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, que ha asumido la dirección y gestión del proyecto. Este trabajo ha permitido esbozar un mapa básico de las diversas dimensiones e implicaciones del envejecimiento poblacional en los países participantes en esta segunda fase: desde los aspectos demográficos hasta las acciones concretas dirigidas a los adultos mayores, pasando por el estudio de las condiciones de vida en los ámbitos de salud, seguridad económica, actividad laboral, convivencia y participación y por el análisis del marco jurídico e institucional, con una especial consideración de los derechos reconocidos a los adultos mayores y de las políticas, programas o planes dirigidos a hacerlos efectivos.

Se ha contado también con un **análisis de las experiencias y modelos internacionales en el ámbito de la protección social de la dependencia**, elaborado a partir del material recopilado en el marco de la preparación, debate, desarrollo e implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, aprobada por el Parlamento español en diciembre de 2006, en el que se destacan las valiosas enseñanzas extraídas del debate europeo e internacional en relación con la protección de las personas en situación de dependencia.

A partir de la consideración de las particularidades del proceso de envejecimiento en los países participantes en el proyecto, a la vista de los logros, problemas y vacíos detectados y de las enseñanzas que proporcionan las experiencias internacionales analizadas, se plantean en las páginas siguientes una serie de **líneas de trabajo** que son esenciales para avanzar en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y/o en situación de dependencia en los países iberoamericanos. También se identifican una serie de **actuaciones concretas** que podrían emprenderse a corto y medio plazo para avanzar hacia los objetivos de mejora de la calidad de vida de vida de los adultos mayores y/o en situación de dependencia en los países iberoamericanos.

2. LÍNEAS DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

2.1. Avanzar hacia un conocimiento más profundo de las condiciones de vida de los adultos mayores y de los dispositivos de promoción y atención

Los países iberoamericanos están experimentando un importante proceso de envejecimiento. Según la CEPAL, en el año 2000 el número de personas mayores de 60 años en América Latina y el Caribe se situaba en torno a los 42 millones y se espera que hacia el año 2025 esta población supere los 100 millones, es decir, habrá más del doble de adultos mayores que en la actualidad. En términos porcentuales, los adultos mayores respecto a la población total pasarán del 8% en el año 2000 al 14% en 2025, alcanzando un 23,4% en el año 2050. Sin embargo, la información sobre la situación, necesidades y demandas de la población mayor es escasa, y los dispositivos de promoción y de atención de sus necesidades no son suficientemente conocidos.

Las proyecciones apuntan que todos los países iberoamericanos verán envejecer su población de forma sustancial en la primera mitad del presente siglo. Sin embargo, dentro de ese proceso de envejecimiento general, no todos los países se encuentran en la misma fase. De los países participantes en la segunda fase del proyecto sobre *Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos*, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México pertenecen al grupo caracterizado por la CEPAL como de envejecimiento moderado, mientras que en Bolivia el proceso de envejecimiento es todavía incipiente.

Ante estas constataciones, se plantean las siguientes líneas de trabajo:

- **Es necesario profundizar en el estudio de las condiciones de vida de los adultos mayores**, considerando sus diferencias de edad, género, hábitat y condiciones socioeconómicas y culturales.

- Es importante diseñar e implementar **indicadores que permitan dimensionar el logro, las dificultades y los límites de las actuaciones dirigidas a los adultos mayores** desde las instituciones públicas**.** La evaluación sistemática, incluyendo la perspectiva de los destinatarios, resulta crucial para el análisis fundamentado y la mejora de los programas y actuaciones.

- **Se hace necesaria una adecuación de los indicadores que se utilizan para medir la pobreza de los adultos mayores**, dado que su estructura de gasto es muy diferente a la de otros grupos de edad, y en ella tienen un peso muy significativo determinados rubros, como los vinculados a la atención de la salud y medicamentos, que inciden en mucha menor medida en otros grupos de población. En la medición de los niveles de pobreza debe tenerse en cuenta el tamaño de los hogares en los que viven los adultos

mayores, pues en los hogares de menor dimensión no son posibles las economías de escala que es posible realizar en hogares con mayor número de miembros.

- **Se deben propiciar dispositivos de transferencia de información y de experiencias** entre los países que cuentan con un recorrido y una experiencia mayor en la atención a los adultos mayores y los países que se encuentran en etapas más tempranas del proceso de envejecimiento y, consecuentemente, de desarrollo de programas y servicios de atención.

- Como aportación específica del Proyecto sobre *Personas Mayores, Servicios Sociales y Dependencia en los países iberoamericanos* a esos dispositivos de transferencia de información y experiencias, se propone **la integración de los países participantes en el Observatorio Iberoamericano de Mayores**, para propiciar la elaboración y difusión de información sistematizada sobre los adultos mayores (dimensión, perfiles, necesidades, demandas, etc.) y sobre las experiencias y recursos disponibles destinados a este grupo de población.

2.2. Impulsar el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y establecer mecanismos para la evaluación del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de derechos existentes.

La prolongación de la vida, el desarrollo de nuevos dispositivos de atención a las personas mayores y el incremento de las situaciones de dependencia que se experimentan en edades avanzadas plantean nuevos retos en materia de derechos de las personas mayores, que no siempre tienen una adecuada respuesta desde el marco normativo. Por otra parte, se evidencia la necesidad de adoptar medidas de acción positiva que contribuyan a reducir las desigualdades y a garantizar el ejercicio efectivo de los derechos reconocidos por la legislación.

Aún cuando existen diversos instrumentos de reconocimiento de derechos de los adultos mayores, no se ha evaluado, hasta el momento, el impacto que estos instrumentos tienen sobre al ejercicio real de los derechos que pretenden garantizar.

- Teniendo en cuenta que la edad avanzada hace mayores las desigualdades existentes durante el curso de la vida (género, pobreza, etnia, discapacidad, etc.), debería promoverse la **adopción de medidas de acción positiva dirigidas a compensar esas desigualdades y evitar la discriminación que de ellas resulta**.

- Se debería fomentar el debate sobre las **consideraciones éticas relacionadas con el final de la vida** y con aspectos como la permanencia en residencias de larga estadía o las situaciones de abuso y maltrato de las que a veces son objeto las personas mayores, impulsando, en consecuencia, **iniciativas legales dirigidas a garantizar los derechos humanos de las personas mayores**, especialmente de aquellas que se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad.

- **Debe profundizarse en el conocimiento del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de los derechos de los adultos mayores.** Para ello, sería muy positivo que los países que han promulgado y aplicado leyes de promoción integral de los adultos mayores realicen una evaluación de su impacto y un seguimiento de las condiciones y circunstancias que pueden limitar el pleno ejercicio de los derechos reconocidos en ellas, procediendo, en su caso, a completar su reglamentación. En los países que no cuentan con leyes de promoción integral de los adultos mayores sería oportuno, asimismo, evaluar las condiciones de ejercicio de los derechos reconocidos a los adultos mayores en la legislación general, al objeto de valorar, a la vista de esa evaluación, si es pertinente definir leyes específicamente dirigidas a los adultos mayores o si, por el contrario, los derechos del adulto mayor quedan suficientemente contemplados y protegidos en el marco jurídico general.

- **También debería evaluarse el impacto de las legislaciones locales,** (ordenanzas municipales, por ejemplo) que garantizan derechos específicos, con el fin de garantizar acceso, por ejemplo, a la reducción de tarifas impositivas, pases libres para el transporte, exención de esperas para turnos, etc.

2.3. Desarrollar actuaciones que cubran las diversas necesidades de las personas mayores y tengan en cuenta sus diferencias

Se perciben diferencias importantes entre los países en cuanto al desarrollo de actuaciones a favor de las personas mayores, en materia de cobertura, ámbitos y prioridades. Sin embargo, se aprecia un rasgo común: la voluntad de atender las situaciones de vulnerabilidad de los mayores, fomentar su participación en las decisiones que les afectan y promover su integración social. Reconociendo estas especificidades se plantean las siguientes líneas de trabajo:

2.3.1. Potenciar el acceso a la salud, el enfoque preventivo y la promoción de los hábitos de vida saludables para mejorar la calidad de vida en la vejez

La calidad de vida de las personas adultas mayores está relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permitan cuidarse a sí mismas y participar en la vida familiar y social. Una adecuada atención de la salud es esencial para el logro de esas condiciones. Es necesario readecuar los servicios de salud para atender las necesidades de una creciente población adulta mayor. Todos los adultos mayores tienen derecho a ser atendidos por un personal de salud que haya recibido una capacitación apropiada en el manejo de los problemas de salud más comunes en la vejez.

Existe una clara interrelación entre la salud y la calidad de vida en la vejez. Las mejoras en la atención de la salud y en las acciones preventivas se traducen en una reducción de la proporción de las personas que, a una determinada edad, viven en

situación de discapacidad o dependencia. En concreto, se tiene constancia de la eficacia de las intervenciones sanitarias en edades medianas de la vida para prevenir la aparición de la dependencia en las edades más avanzadas, y se ha demostrado, asimismo, que la mejora de los hábitos de vida de la población contribuye significativamente a mejorar la esperanza de vida libre de dependencia.

Las políticas de salud deben adoptar un enfoque basado en el ciclo de vida, que se enfrente a los problemas de salud desde su comienzo, permitiendo así que las personas envejezcan sin discapacidades ni enfermedades crónicas.

- **El acceso a la salud de los adultos mayores debe estar garantizado**, con independencia de su encuadramiento previsional y de su nivel socioeconómico. Es necesario avanzar hacia la gratuidad de los servicios de salud en el sistema público, y hacia la supresión de la brecha de equidad en el acceso a prestaciones de salud que existe entre los diversos grupos poblacionales, según sus características de sexo, edad, ruralidad, etnia y condición socioeconómica.

- Es aconsejable promover desde los ministerios de Salud de cada país **políticas de prevención de la salud** que promuevan hábitos de vida saludable durante todo el ciclo de vida.

- Ha de valorarse la pertinencia de establecer **actuaciones en el ámbito de la salud para personas que se encuentran en transición a la vejez**, que fomenten hábitos saludables, y permitan detectar, atender y dar seguimiento a las personas con factores de riesgo que pueden generar situaciones de discapacidad y de dependencia.

- Debe garantizarse una **alimentación saludable y digna** de la población adulta mayor.

2.3.2. Avanzar en la garantía de seguridad económica para las personas mayores

La seguridad económica, entendida como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares, en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida en la vejez, es uno de los retos más complejos a los que se enfrenta la política de mayores. Aunque los datos sobre pobreza que habitualmente se manejan apuntan que los adultos mayores no son un grupo especialmente empobrecido, con frecuencia esos datos subestiman las situaciones de pobreza y vulnerabilidad en la vejez, al no tener en cuenta las economías de escala que se producen en función del tamaño de los hogares.

La alta participación de la población adulta mayor en la fuerza laboral no responde necesariamente a una opción voluntaria, sino más bien a la necesidad de garantizar un mínimo de recursos económicos necesarios para sobrevivir. La baja cobertura previsional y las reglas de cálculo de las pensiones hacen que, en muchos casos, el retiro se salde con una reducción brusca de los ingresos del adulto mayor. Además de mejorar la cobertura de los sistemas de pensiones y su poder adquisitivo, es necesario remover los obstáculos que impiden a los adultos mayores que tienen la voluntad de seguir trabajando y están en las condiciones psicofísicas para hacerlo conservar o acceder a un empleo adecuado. La edad no debería impedir ni obstaculizar en modo alguno los afanes de una persona para conseguir trabajo. Es

especialmente importante garantizar que los trabajadores de edad disfruten de unas condiciones seguras de trabajo hasta su jubilación. En particular, es deseable dar empleo a trabajadores de edad avanzada en las circunstancias que permitan hacer el mejor uso de su experiencia y conocimiento.

- Es necesario **intensificar los esfuerzos que se vienen realizando para asegurar unos ingresos suficientes a los adultos mayores**. La universalización de las pensiones no contributivas, la mejora de la cobertura de los regímenes contributivos, el establecimiento de mínimos asegurados que tengan en cuenta las necesidades económicas de los adultos mayores y la eliminación de los obstáculos que encuentran para acceder a un empleo adecuado los adultos mayores que quieren y pueden trabajar, son algunas de las vías para avanzar en este sentido.

- Para **mantener un mayor número de personas mayores en la vida activa y evitar su exclusión del mercado de trabajo** éstos han de conservar y mejorar su capacidad de empleo. Para ello se debe invertir en activar programas de formación continua, reciclaje y motivación que pongan al día los conocimientos y habilidades de todos los trabajadores.

- Se debe **fomentar la movilidad de empleo de los trabajadores de más edad** (recolocación en la misma empresa o en otra) y explorar opciones alternativas que no supongan una retirada total y brusca del mercado de trabajo, como por ejemplo, reducción progresiva de la jornada.

- Es necesario promover **una cultura empresarial que ponga en alza el valor de la experiencia**. Las organizaciones de mayores han de colaborar con quienes establecen las políticas laborales para que reconozcan las aportaciones a la sociedad del colectivo de mayores y presionar para conseguir la implantación de estrategias que cambien actitudes y prejuicios sociales hacia los mayores.

- Deben fomentarse políticas que permitan a los trabajadores, si es que lo desean, **retirarse de la vida activa más tarde y de forma gradual**, como por ejemplo, reduciendo progresivamente la jornada laboral.

2.3.3. Contribuir a lograr unos entornos favorables, que potencien la participación de las personas mayores

La creación de condiciones favorables para el desarrollo social de las personas adultas mayores, tales como sistemas políticos participativos, eliminación de la violencia y discriminación, así como la promoción de condiciones materiales que faciliten la vida en comunidad, son aspectos centrales para fortalecer el protagonismo de las personas adultas mayores.

Los entornos actitudinales influyen de forma decisiva en las posibilidades de vivir una vejez participativa y gratificante. La visión de la vejez en nuestras sociedades es, por lo general, negativa y se expresa en la representación social de la vejez como pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social. Una de las causas principales de esta visión es la construcción cultural de la vejez como una etapa de pérdidas de todo tipo, olvidando que las personas mayores tienen potencialidades, recursos, capacidad de lucha y aptitudes transformadoras.

Los entornos físicos también son muy importantes para potenciar un envejecimiento activo y saludable. La calidad de vida en el envejecimiento está estrechamente relacionada con la situación habitacional y con las condiciones de accesibilidad del entorno.

- Las redes informales de apoyo son parte del capital social acumulado por las personas mayores en el transcurso de su vida. **Es necesario sensibilizar a la sociedad respecto de la importancia de mantener o generar redes familiares, vecinales o comunitarias** para prevenir la soledad y el desarraigo en la vejez.

- Se deberían realizar **campañas amplias y permanentes de sensibilización en los medios de comunicación, dirigidas a promover una imagen social positiva del envejecimiento y de la vejez** y a combatir los estereotipos negativos que afectan a las personas mayores.

- Sería muy positivo **crear oportunidades para que las personas mayores puedan prestar servicios a la comunidad** y **reforzar los espacios de diálogo intergeneracional**, con el fin de fomentar la solidaridad y promover una imagen realista de la vejez.

- **Los programas habitacionales han de adecuarse a la diversidad de hogares con personas mayores**. Los planes de vivienda deberían contemplar medidas de diversificación de sus esquemas de intervención, con **acciones focalizadas en las personas mayores de menores recursos**. También sería muy positivo el **otorgamiento de subsidios para la adecuación de la vivienda a las necesidades de las personas mayores**.

- Es necesario **impulsar actuaciones que contemplen los requerimientos de accesibilidad en los distintos ámbitos** (arquitectónico, del transporte y la movilidad, de las informaciones, de los bienes y servicios). Las nuevas construcciones y espacios públicos deberían incorporar diseños propicios para las personas mayores.

- Es necesario reforzar y hacer cumplir regulaciones gubernamentales tendientes a **disminuir la tasa de accidentes y facilitar la movilidad de las personas mayores** a través de un sistema de transporte público más amigable y de bajo costo. Asimismo, se debería adecuar la señalización y diseño vial, entregar capacitación en temas de seguridad vial e implementar señalización que proteja al peatón.

2.3.4. Desarrollar una red de recursos sociosanitarios que contemple alternativas diversificadas de apoyo

La red de recursos sociosanitarios para los adultos mayores es de desarrollo variado según los países. El número de residencias y hogares de larga estancia para los adultos mayores que, por su situación de dependencia o sus circunstancias sociales, no pueden vivir y recibir la atención que necesitan en sus domicilios, es insuficiente, al igual que el número de hospitales geriátricos o de unidades especializadas en geriatría en hospitales generales. Aunque existen centros de

convivencia y centros comunitarios de atención diurna, los recursos especializados como los Centros de Día para mayores dependientes, el Servicio de Ayuda a Domicilio son casi inexistentes, mientras que otros servicios, como el de Teleasistencia, no se han implantado aún. Ante ello:

- Se hace necesario la **elaboración de un catálogo de los recursos sociosanitarios** disponibles que considere no sólo el número de centros, sino también los servicios que se prestan, el número de profesionales, la especialidad de éstos, el tipo de financiación y el número de plazas ofrecidas.

- Resulta necesario avanzar en **alternativas de apoyo diversificadas en el campo sociosanitario**, desde la atención y servicios que posibiliten la permanencia del adulto mayor en su entorno comunitario y familiar a alternativas residenciales asistidas, así como el desarrollo de recursos especializados para atender discapacidades asociadas con la edad (Alzheimer, Parkinson, demencias, enfermedades cerebrovasculares, etc.).

2.3.5. Atender las necesidades de los grupos de personas mayores más vulnerables

Deben desarrollarse programas y actuaciones dirigidos a los grupos de personas mayores más vulnerables (adultos mayores miembros de minorías étnicas, adultos mayores residentes en el área rural o en barrios urbanos marginales, adultos mayores que viven solos, etc.). Asimismo, deben establecerse programas que garanticen la atención de las personas mayores en caso de desastres naturales o con ocasión de situaciones especiales que pongan en peligro su integridad y bienestar (olas de calor o de frío, niveles excesivos de contaminación ambiental, etc.)

2.4. Prestar una atención especial a las situaciones de dependencia, que constituyen uno de los principales retos para la política de mayores

La demanda de cuidados para personas dependientes se ha venido incrementando de forma notable en los últimos años y seguirá aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas, como consecuencia de la combinación de factores de carácter demográfico, sanitario y social (envejecimiento de la población; mayor supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves; creciente incidencia de los accidentes laborales y de tránsito). Ese crecimiento de las demandas coincide con una reducción del potencial de apoyo informal que tradicionalmente han venido dando respuesta a las necesidades de cuidados, que está motivada, fundamentalmente, por los cambios en el modelo de familia y los nuevos roles que las mujeres desempeñan en las sociedades modernas. Todo ello ha hecho que la dependencia se convierta en el mayor reto de la política social en nuestros días.

Los países iberoamericanos verán envejecer su población de forma sustancial en las próximas décadas y experimentarán cada vez una mayor demanda de cuidados de larga duración.

La experiencia de otros países muestra que la respuesta a los retos que plantean las situaciones de dependencia se ha ido construyendo en un proceso dilatado en el tiempo y de alta complejidad, y ha requerido de un amplio debate entre los diferentes agentes implicados.

- Es necesario reconocer y asumir que **la dependencia es una realidad creciente**, por su extensión cuantitativa y por sus implicaciones sociales y económicas, **que constituirá en un futuro no muy lejano uno de los mayores retos para la política social en los países iberoamericanos**. Sería muy positivo, por ello, **promover en los distintos países de la región un debate nacional en torno a la atención de las personas en situación de dependencia**, con participación de todos los actores implicados, para definir estrategias adecuadas de abordamiento a medio y largo plazo que permitan desarrollar, en un tiempo razonable, una respuesta integrada y global ante los retos que plantea la dependencia.

- Debería abordarse, en los distintos países, la realización de **un diagnóstico exhaustivo de la situación de las personas dependientes** y la formulación de **una serie de propuestas dirigidas a lanzar un debate público**, con bases y fundamentos asentados en el rigor científico, que permitiera construir un deseable consenso general en torno a la promoción de la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia.

- **Las políticas públicas han de afrontar el fenómeno de la dependencia en su globalidad**, sin fragmentaciones derivadas de límites de edad o ligadas a las causas de la situación, orientándose hacia modelos universalistas de protección de los derechos sociales de las personas en situación de dependencia y de sus familias.

- Deben articularse **medidas suficientes de apoyo a las familias** que, si bien pueden y quieren cuidar a sus familiares dependientes y lo están haciendo, en numerosos casos demandan ayudas de bajo coste, pero imprescindibles, tales como programas de información, formación y asesoramiento para saber cuidar y tratar a una persona dependiente; programas de ayuda domiciliaria; programas de respiro temporal; estancias diurnas, nocturnas y temporales, etc.

- Todos los servicios de atención de la dependencia (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, servicios residenciales...) tienen un enorme potencial de crecimiento en los países iberoamericanos, debido a la baja cobertura actual y la creciente demanda. Para favorecer su desarrollo, ha de procederse a una regulación integral del sector, estableciendo un **marco básico y estable de coordinación y colaboración entre las instituciones públicas y la iniciativa privada**.

- La expansión de los servicios de atención de la dependencia va a movilizar un importante flujo de recursos financieros en los próximos años, y será una importante fuente de creación de empleo en los países que articulen adecuadamente dicha expansión. Crecerá la necesidad de profesionales

cualificados, razón por la que **debe potenciarse la formación profesional y ocupacional en atención a la dependencia**.

2.5. Impulsar la formación y capacitación de los profesionales del sector

La calidad de las actuaciones en política social está estrechamente relacionada con los niveles de formación y capacitación de los profesionales que las aplican. En el campo de la atención a los mayores es fundamental contar con recursos humanos adecuadamente capacitados, que dispongan tanto de los conocimientos y habilidades necesarias para asegurar la calidad técnica de sus intervenciones, como de los valores y actitudes idóneos para garantizar la calidad humana y el trato adecuado a las personas mayores.

- Existen distintas experiencias en los países participantes en el proyecto relativas a la **formación de profesionales en el ámbito de la gerontología y geriatría**, en distintos grados y especialidades. Es aconsejable valorar su aportación a las necesidades formativas presentes y próximas, identificando sus puntos fuertes y sus carencias como paso para llevar a cabo su adecuación a las nuevas realidades del envejecimiento. También en este ámbito debe promoverse la transferencia de conocimientos entre los países iberoamericanos.

2.6. Incorporar el enfoque de género y la solidaridad intergeneracional, en el marco de una política para todas las edades

Cualquier política de mayores debe formar parte de una política integral para todas las edades, y debe contemplar el enfoque de género y el fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional, que debe desarrollarse no solo en el seno familiar, sino también en la sociedad.

- La política de mayores no debe concebirse de una forma aislada, sino que **debe de formar parte de una política integral para todas las edades**. La cuestión de la edad debe ser tenida en cuenta en la gestión de los recursos humanos, revisando las políticas que fomentan la salida precoz del mercado laboral, promoviendo la formación permanente y las nuevas oportunidades de empleo. Debe asegurarse una base más amplia para los sistemas de protección social mediante un aumento del índice de empleo de las personas en edad de trabajar, de manera que los regímenes de jubilación sean menos sensibles a los cambios demográficos.

- La instauración de una sociedad activa para todas las edades requiere una **estrategia que permita a los mayores seguir participando en la vida activa y social y los anime a hacerlo**. El número cada vez mayor de personas jubiladas constituye una riqueza infraexplotada de experiencia y talento. Dichas personas han dado también lugar a la aparición de nuevas necesidades a las que deben responder las empresas, las autoridades públicas y las organizaciones no gubernamentales.

- Parece conveniente perfilar **actuaciones que consideren las diferentes condiciones y necesidades de hombres y mujeres**, para dar respuestas adecuadas, que tengan en cuenta el enfoque de género.

- Asimismo, resulta aconsejable que **los programas actualmente en aplicación incorporen de manera explicita la dimensión de género** a lo largo de todo su ciclo, desde el diseño a la ejecución y evaluación.

- La orientación y disposición de los recursos asignados a la protección de los adultos mayores, a partir del principio de **solidaridad intergeneracional**, no debe retraer esfuerzos de atención hacia otros grupos de edad y colectivos vulnerables, entre los que cabe destacar la población infantil en situación de pobreza o el desempleo juvenil. La solidaridad intergeneracional supone también garantizar opciones de educación y empleo para la población más joven que eviten su emigración. Deben realizarse planes de empleo que permitan: ingresos dignos para los trabajadores, que eviten la informalidad, que favorezcan la **cotización de la población en edad laboral** (crear fondos de pensiones) y que permitan la posibilidad de que los mayores no se vean obligados a ocupar sus ingresos en la manutención de sus hijos adultos (capacidad de ahorro),

3. PROPUESTA DE ACTUACIONES CONCRETAS

Junto a las líneas de trabajo antes apuntadas, y sobre la base de la reflexión realizada, se han identificado algunas actuaciones concretas que podrían abordarse, en el corto y mediano plazo, para avanzar hacia los objetivos de mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y/o en situación de dependencia en los países iberoamericanos.

3.1. En relación con el conocimiento de las condiciones de vida de los adultos mayores y de los dispositivos de promoción y atención

- Establecer, en los sistemas de indicadores de atención de salud, educativos, de trabajo y de inclusión social ya existentes, el registro y el procesamiento de la información por grupos de edad, con una adecuada desagregación de las edades avanzadas, a fin de incrementar la disponibilidad de datos sobre la situación, necesidades y demandas de los adultos mayores.

- Realizar estudios e investigaciones que den cuenta de la situación de las personas mayores, de la percepción que tienen sobre sus condiciones de vida, así como el grado de satisfacción con la oferta de servicios a ellos destinada.

- Revisar los criterios e indicadores de medición de la pobreza en los adultos mayores, estableciendo, en su caso, nuevos indicadores que tengan en

cuenta la estructura de gastos en esta etapa de la vida y establezcan factores de corrección según el tamaño de los hogares y la edad de sus miembros.

- Desarrollar programas que generen conciencia social de la magnitud e importancia de la contribución que realiza la familia en el cuidado de los adultos mayores.

3.2. En relación con el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y la evaluación del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de derechos existentes

- Establecer servicios de orientación y asesoramiento jurídico para las personas mayores, que les apoyen en la defensa y ejercicio de sus derechos.

- Impulsar la investigación sobre el maltrato sufrido por las personas mayores, que constituye una de las formas de violencia y discriminación más encubiertas en la sociedad actual.

- Establecer instrumentos que permitan evaluar el impacto de las leyes generales y específicas en la calidad de vida de los adultos mayores y conocer si existen diferencias de impacto y de cumplimiento entre las legislaciones y normativas nacionales, provinciales y locales.

- Promover la participación de los mayores y de sus organizaciones representativas en la elaboración de las propuestas legislativas relativas a los derechos de las personas mayores y en el control del acceso a los derechos proclamados.

3.3. En relación con la cobertura de las necesidades de las personas mayores

3.3.1. Acceso a la salud, enfoque preventivo y promoción de hábitos de vida saludables

- Realizar acciones y campañas de educación para el envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida.

- Capacitación a los funcionarios y profesionales de servicios públicos y privados de salud respecto de las modificaciones que se están produciendo en la demanda de servicios como consecuencia del envejecimiento poblacional.

- Establecer campañas de ejercicios o jornadas contra el sedentarismo para ayudar a las personas mayores que han perdido movilidad a recuperarla y prevenir el deterioro de la población que envejece.

- Formar e informar a los cuidadores informales (muchos de ellos, a su vez, adultos mayores) sobre los cuidados que se deben brindar a sus familiares y la prevención de su propia salud.

- Eliminar los límites de edad para la detección y tratamiento del HIV/SIDA y, en general, para cualquier actuación en materia de promoción y atención de la salud.

3.3.2. Garantía de seguridad económica de los adultos mayores

- Profundizar el proceso de extensión de cobertura previsional contributiva y no contributiva, reconociendo el avance logrado a través de mecanismos de fexibilización de acceso a la jubilación.

- Analizar las leyes y normas sectoriales que promueven la discriminación por edad en el acceso al empleo y en la continuidad en el mismo, con el fin de impulsar la supresión de estas discriminaciones.

- Elaborar códigos de conducta o de buenas prácticas sobre el tratamiento de las personas de edad en los entornos laborales y en las ofertas de empleo, al que pueden adherirse, libremente, todo tipo de empresas y negocios.

- Promover procesos de capacitación de adultos mayores a nivel público y privado para rescatar habilidades y actualizar conocimientos que les permitan mantener su puesto de trabajo o bien promocionar a otro.

- Brindar espacios para establecer programas de reinserción laboral individualizados según habilidades y conocimientos del adulto mayor.

- Apoyar micro-emprendimientos de adultos mayores que han quedado fuera o han sido desplazados del mercado laboral.

- Eliminar trabas para el acceso al crédito basadas en la edad.

- Implementar mecanismos coadyuvantes para la generación de empleo para los adultos mayores (incentivos tributarios, capacitaciones, etc.).

- Establecer métodos e instrumentos para medir la productividad de las personas mayores.

3.3.3. Entornos favorables

- Establecer campañas de sensibilización sobre las contribuciones que las personas mayores hacen y pueden seguir realizando, con el fin de promover una imagen social positiva del envejecimiento.

- Poner en marcha programas de voluntariado de mayores que refuercen la solidaridad intergeneracional.

- Sensibilizar a la sociedad sobre la necesidad de avanzar en la construcción de ciudades amigables con la edad, promoviendo el concepto de diseño universal.

- Promover la adecuación del transporte público y privado mejorando el acceso de personas con discapacidades físicas o limitaciones en su movilidad y autonomía.

- Impulsar acciones de accesibilidad a los servicios sociosanitarios por parte de las personas mayores, no solo desde lo arquitectónico, sino también desde los organizativo y funcional (adecuación de horarios, simplificación de trámites, etc.).

- Promover la capacitación del personal que trabaja en servicios de transporte, bancos, oficinas de atención al público en la temática del envejecimiento como estrategia para la mejora de la atención a los mayores.

- Promover la accesibilidad en las nuevas tecnologías de información y comunicación (páginas web, PC, e-mail, uso de banca automática, etc.) entre las personas mayores.

3.3.4. Red de recursos sociosanitarios

- Establecer un registro de instituciones destinadas a atender a las personas mayores dependientes.

- Desarrollar programas de baja complejidad para el cuidado de las personas mayores en sus domicilios.

- Promover modalidades tales como hogares, centros de día y otras alternativas de servicios comunitarios que eviten internaciones innecesarias.

- Establecer marcos de valores y normativas que aseguren el cumplimiento de los derechos de las personas mayores dependientes e institucionalizadas.

- Establecer mecanismo de acreditación y categorización de residencias de mayores.

3.4. En relación con la atención de las situaciones de dependencia

- Promover la elaboración, en cada uno de los países, de un diagnóstico compartido, realizado sobre bases científicas, sobre la atención a las personas en situación de dependencia.

- Posteriormente, y sobre la base de los hallazgos de ese diagnóstico, podría abordarse la elaboración de un “Libro blanco de la dependencia”, en el que se establezca el enfoque y los principales elementos de una estrategia destinada a dar respuesta a los retos que plantea el incremento de las situaciones de dependencia.

3.5. En relación con el impulso de la formación y capacitación en materia de atención a las personas mayores

- Incluir programas de capacitación en gerontología para profesionales que se desempeñan en el nivel primario de atención de la salud.
- Impulsar la inclusión de contenidos gerontológicos y geriátricos en todas las carreras de grado vinculadas al campo socio-sanitario.
- Desarrollar programas de capacitación en la gestión de servicios de gerontología, con énfasis en modalidades de atención a personas dependientes.
- Establecer normativas de créditos para la capacitación de cuidadores formales en domicilio y de asistentes geriátricos en instituciones.
- Realizar actividades de capacitación de cuidadores formales e informales.

3.6. En relación con la incorporación del enfoque de género y de la solidaridad entre generaciones, en el marco de una política para todas las edades

- Establecer como un requisito para la aprobación de las diferentes políticas, programas y actuaciones en materia de adultos mayores la incorporación en las mismas del enfoque de género.
- Impulsar programas y actuaciones dirigidos específicamente a las mujeres mayores.
- Impulsar programas y actuaciones dirigidos a promover el intercambio intergeneracional, aprovechando la complementariedad de las destrezas y habilidades de mayores y jóvenes.

SELECCIÓN DE DOCUMENTOS EN LA RED SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EN BOLIVIA, COLOMBIA, COSTA RICA, ECUADOR Y MÉXICO

1. SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1.1. Aspectos sociodemográficos

Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. (2005), Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista panamericana de salud pública*, 17(5/6):307–22.
http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf

Arinabar, Paula (2001), "Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en America Latina en *Serie Población y Desarrollo,* núm. 21, CELADE-CEPAL, diciembre.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/6/LCL1656PE/lcl1656p.pdf

Cáritas (2005), *Los retos del envejecimiento al trabajo social de las Cáritas en América Latina y Caribe*, Río de Janeiro, Brasil. 27 de Junio.
http://caritaschile.org/home/uploadDoc/AM/CongresoInterGeron.doc?idinfo=392

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2006), "América Latina y El Caribe: Desafíos y oportunidades de una sociedad que envejece". *Temas de Población y Desarrollo*, nº 5.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/7/23867/PyDEN_5.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) *Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y El Caribe.*
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/boletin2_web.pdf
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/boletin_envejecimiento.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2003), *Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la Situación y las Políticas*, Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2003), Boletín Demográfico No. 72. América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950 – 2050, Julio.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/1/LCG2211PE/LCG2211.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2002), *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe*. Datos e indicadores, Boletín informativo, Edición Especial con ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid.
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2000), "Sesión III. La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable, Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL- *Serie Seminarios y Conferencias, núm. 2*, Santiago de Chile, agosto.
http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S3.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2004), *Población, envejecimiento y desarrollo*, CEPAL, junio.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/6/LCG2235SES3016/dge2235.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2004) *Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/9/LCL2079E/lcl2079e.pdf

Chackiel, Juan (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?, en *Serie Población y Desarrollo,* núm. 4, CELADE-CEPAL, agosto.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/1/LCL1411/lcl1411e.pdf

Guzmán, José Miguel (2002), "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe" en *Serie Población y Desarrollo,* núm. 28, CELADE-CEPAL, mayo.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/7/LCL1737P/serie28.pdf

Hakkert, Ralph y Guzmán José Miguel, "Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina", *Working Papers Series CST/ LAC, núm.21,* UNFPA
http://www.cstlac.org/documents/doctec/WorkingpapersCSTLAC21.pdf

HelpAge Internacional (2002), *Estado mundial de las personas mayores 2002*, Editorial: Jane Scobie, Sarah Graham-Brown y Development Initiatives, Reino Unido.
http://www.helpage.org/Worldwide/LatinAmerica/Resources#H9tN

HelpAge Internacional (2002), *Envejecimiento de la población y desarrollo- Nuevas estrategias de protección social*, Informe del seminario realizado el 31 de octubre de 2002 en el National Press Club, Washington, DC, Estados Unidos, Reino Unido.
www.helpage.org/Resources/Policyreports/main_content/1118337618-0-11/SpanishFinalWashingtonReport.pdf

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2007), *Estudio Económico y Social Mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece.*
http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html

Popolo, Fabiana del (2001), Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Serie Población y Desarrollo, Nº 19, CEPAL
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/0/LCL1640PE/LCL1640.pdf
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/0/LCL1640PE/LCL1640_anexo.pdf

Palloni, Alberto y Peláez Martha (2001), *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)*, OPS-OMS.
http://www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal%20EspaNol%20noviembre%202004.pdf

1.2. Seguridad Económica

Bertranou, Fabio (2005), *Envejecimiento y los Sistemas de Protección Social, Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Argentina, 14 al 16 de noviembre.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/FBertranou.pdf

Bertranou, Fabio (2002), *Ampliando la protección: El papel de las* pensiones mínimas y *de la asistencia social Pensiones no contributivas y asistenciales en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, Oficina Internacional del Trabajo-OIT, Santiago de Chile.
http://www.oit.org.pe/segsoc/acervo/pdf/pensiones_no_contr_res.pdf

Bertranou, Fabio (editor) (2001), *Cobertura previsional en Argentina, Brasil y Chile,* Oficina Internacional del Trabajo- OIT, Santiago de Chile.
http://www.seguridadsocial.gov.ar/

Bertranou, Fabio y Sánchez Andrea (2003), *Tendencias en indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina,* Organización Internacional del Trabajo, marzo.
http://www.oit.org.pe/segsoc/acervo/pdf/empleo_protsoc_adultos_2003.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2000), "Sesión IV: Envejecimiento y Sistema de pensiones", Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL- *Serie Seminarios y Conferencias, núm. 2*, Santiago de Chile, agosto 2000.
http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S4.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2006), *Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, CEPAL, Uruguay.
http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/24079/P24079.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl

Gasprini, Leonardo, et al (2007), *Poverty among the Elderly in Latin America and the Caribbean*, Documento de trabajo para la elaboración del informe: Estudio Económico y Social Mundial 2007 de la ONU.
http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/backgroundpapers/lac.pdf

Murro Oberlín, Ernesto R (2004), *El dilema de la seguridad social en el Cono Sur*, OIT, Oficina Regional para América Latina y El Caribe, Lima.
http://www.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proyectos/pdf/doc_180/doc180.html

Nieves Rico, María (2003), *Los sistemas de pensiones y sus deudas con la equidad de genero entre las personas adultas mayores,* Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/1/13611/nieves_rico.pdf

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2002), *Una sociedad inclusiva para una población que envejece: El desafío del empleo y la protección social*, documento presentado por la OIT ante la Segunda Asamblea de Envejecimiento, Madrid, abril.
http://www.ilo.org/public/spanish/employment/skills/older/publ/spaage.pdf

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2004), *Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericano.* Secretaria General de la OISS.
http://www.oiss.org/rubrique.php?id_rubrique=116

Paiva, Luis Enrique, Ansiliero, Graziela y Ferreira dos Passos, Alessandro (2005), Ministerio de Previsión Social de Brasil. *Impactos da Previdência Social Sobre a Pobreza,* Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/EBasso_d.pdf

Suárez R, Pescetto (2005), "Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe" en *Revista panamericana de salud pública,* 17(5/6):419-428.
http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26279.pdf

1.3. Salud

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2000), "Sesión II: La Salud del adulto mayor", Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL- *Serie Seminarios y Conferencias, núm. 2*, Santiago de Chile, agosto.
http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S2.pdf

Hoskins, Irene, Kalache Alexandre, Mende, Susan (2005), "Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad" *Revista panamericana de salud pública, núm.* 17(5/6).
http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26282.pdf

Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. "Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe *Revista Panamericana de Salud* Pública. 2005; 17(5/6):353–61.
http://publications.paho.org/Spanish/Menendez_OP_165.pdf

Muñoz, O, García Peña, Durán L (editores) (2004), *La salud del adulto mayor,* Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, México
http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/publin1/index/assoc/HASHd0ef.dir/doc.pdf

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2003), *Análisis de las condiciones de salud de las personas adultas mayores en América Latina y el Caribe. Con especial referencia a siete ciudades de la Encuesta SABE (OPS/NIA), Organización panamericana de la Salud.*
http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD066.pdf

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2001), Encuesta Multicéntrica. Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y El Caribe. Informe Preliminar, XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, Kingston, Jamaica - 9-11 de julio.
http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-01-05.PDF

Peláez, Martha (2005), *El seguimiento de Madrid: Mecanismos e Indicadores,* Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/MPelaez_d.pdf

Tellechea, Lourdes (2005), Universidad de la República de Uruguay , Cuidados permanentes de las Personas Mayores, Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre de 2005
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/LTellechea_d.pdf

Wallace, Steven P. and Gutiérrez, Verónica F (2005). "Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities". *Revista panamericana de salud pública, núm.* 17(5/6).
http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26277.pdf

1.4. Entornos Favorables

Aromando, Jorge (2003) *Una visión sobre la perspectiva educativa y cultural del adulto mayor en MERCOSUR*. Documento presentado en las VII Jornadas de la Asociación Argentina de Población (AEPA), Tafi del Valle, Noviembre.
http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ARGEN020.pdf

Barreto, Luz (2005), Red Tiempos, *Actuando en Red hacia un Nuevo Paradigma del Envejecimiento en la Región Latinoamericana: Envejecer En Democracia,* Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/LBarreto_d.pdf

CELADE, Cooperazione Italiana, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2003) "Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe" en *Serie seminarios y conferencias núm.30*, Santiago de Chile, octubre.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/5/LCL1995PE/lcl1995_p_e.pdf

Engler, Tomás (2005), El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tiempos, *Revista panamericana de salud pública*, 17(5-6) p.438-443
http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26281.pdf

Gascón, Silvia (2005), *Los Movimientos Sociales y la Participación Social de los Mayores. En el Marco del Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento, Madrid*

2002, Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/SGascon_d.pdf

Huenchuan Navarro, Sandra (2004), "Pobreza y redes de apoyo en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género", Trabajo presentado en el *Primer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP*, realizado en Caxambú –MG- Brasil, del 18 al 20 de Septiembre.
http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/ALAP2004_410.PDF

Kohanoff, Rafael (2005), *Entornos Propios y Favorables de las Personas Mayores.* Tecnologías aplicadas a los adultos mayores que presentan discapacidades, Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/RKohanoff_d.pdf

Morlachetti, A; Guzmán, JM; Cuevas, M, (2007) "Estrategias para abogar a favor de las personas mayores" en *Serie Población y desarrollo*, número 75, CELADE-CEPAL, abril.
http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/29016/lcl2739-P.pdf

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2002) *Mujeres de edad: cuando las que siempre ayudan necesitan ayuda*, Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.
http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/mujeres.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (2002). *Voces ausentes: visión de las personas mayores sobre el maltrato de las personas mayores. Ginebra*, OMS.
http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bennet-voces-01.pdf

Pérez Amador, Julieta y Brenes, Gilbert (2005) *Una transición en edades avanzadas: cambios en arreglos residenciales de adultos mayores en 7 ciudades latinoamericanas*. Trabajo presentado a la XXV Conferencia Internacional de Población, Tours, Francia, 18 al 23 de Julio.
http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=52310

Saad, Paulo M (2006) "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales", en *Notas de Población*, Nº 80, febrero.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/23763/Notas80_Saad.pdf

1.5. Marco Legal

Huenchuan Navarro, Sandra (2004), "Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina" en *Serie Población y Desarrollo,* núm.51, CELADE-CEPAL, abril.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/5/LCL2115P/lcl2115-P.pdf

Uriona, José Luis, Ralph Hakkert (2002), "Legislación social sobre adultos mayores en América Latina y el Caribe", *Working Papers Series CST/ LAC, núm. 23*, UNFPA
http://www.cstlac.org/documents/doctec/WorkingpapersCSTLAC23.pdf

Villarreal, Mónica (2005), *Avances en los marcos legales de las personas mayores,* CEPAL, Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/4/23004/MVillarreal_d.pdf

Villarreal, Mónica, (circa 2005) *La Legislación en favor de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*.
http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/documentos/Legislacion_Adultos_Mayores_AMLAT.rtf

1.6. Declaraciones, planes y programas

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2004), *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento,* Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003. Editado por CEPAL, marzo.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/8/LCG2228/LCG2228-1.pdf

HelpAge Internacional (2001), *Igualdad de trato, igualdad de derechos. 10 acciones para poner fin a la discriminación de edad*, HelpAge International, Reino Unido.
http://www.helpage.org/Worldwide/LatinAmerica/Resources

Huenchuan Navarro, Sandra, Paredes, Mariana (2007), Guía metodológica para la evaluación participativa de políticas y programas, en el marco de la Estrategia Regional sobre el Envejecimiento, en *Serie Población y Desarrollo,* núm.76, CELADE-CEPAL, julio.
http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/29925/lcl2778-P.pdf

Huenchuan Navarro, Sandra (2005), *Los Derechos Humanos de las Personas mayores en el Contexto Internacional,* Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/SHuenchuan_d.pdf

Huenchuan Navarro, Sandra (2004), "Políticas sobre vejez en América Latina. Elementos para su análisis y tendencias generales" en *Notas de Población,* núm. 78, CELADE-CEPAL, diciembre.
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/9/LCG2229P/lcg2229-p5.pdf

Huenchuan Navarro, Sandra (2003), *Políticas públicas y políticas de vejez. Aspectos teóricos conceptuales.* CEPAL-UNFPA.
http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/REDES004_Huenchan.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital (2002),

"Envejecimiento activo: un marco político", *Revista Española de Geriatría y Gerontología, número 37(S2):74-105*
http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf

Organización de Naciones Unidas, ONU (2002), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid*, abril.
http://www.envejecimiento.gov.co/informe_onu.pdf

Organización de Naciones Unidas, ONU (2001), *Derechos humanos y personas de edad- 1999*, Traducido y editado en español por el Centro de Información de las Naciones Unidas para España, julio.
http://www.onu.org/temas/edad/ddhhyedad.pdf

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2005). Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. *Revista panamericana de salud pública.* 2005;17(5-6):452-454,
http://journal.paho.org/?a_ID=213#xpand4

Viveros Madariaga, Alberto (2001), "Envejecimiento y vejez en América Latina: políticas públicas y las acciones de la sociedad" en *Serie Población y Desarrollo,* núm. 22, CELADE-CEPAL, Santiago de Chile.
http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/cepal/lcl1657p.pdf

2. SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN BOLIVIA, COLOMBIA, COSTA RICA, ECUADOR Y MÉXICO

2.1. Bolivia

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) "Informe de avances. Bolivia". *Boletín envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe.* Nº 2.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/BOLIVIA2.pdf

Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (2003) *Situación sociodemográfica de la población adulta mayor*. La Paz; INE.
www.ine.gov.bo/PDF/Adulto/Adulto.pdf

2.2. Colombia

Borrero Restrepo, Ligia Helena (2007), *La pensión de vejez de la mujer en Colombia*, Tesis para optar al titulo de Master en Dirección y Gestión de los Sistemas de Seguridad Social, Organización Iberoamericana de Seguridad Social Universidad de Alcalá, julio
http://www.superfinanciera.gov.co/PensionesCesantiasyFiduciarias/tesislhbr2007.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) "Informe de avances. Colombia". *Boletín envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe.* Nº 2.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/COLOMBIA2.pdf

Centro de Psicologia Gerontológica- CEPSIGER (2004), *Envejecimiento, comunicación y política,* Ministério de Comunicaciones de Colômbia, Bogotá.
http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/enve_comun_politica04.pdf

Dueñas, Eliana, *et al* (2006), "Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales" en *Colombia Médica,* vol.37, núm.2 (supl 1), abril-junio
http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28337906.pdf

Dulcey- Ruiz, Elisa, *et alt* (2001), *La sociedad civil, el envejecimiento y la vejez en Colombia.*
http://www.rgs.gov.co/img_upload/a6760b33a0b37cbd6231b2518c38c335/Sociedad_Civil_y_Envejecimiento.pdf

Parales, José Carlos, Dulcey- Ruiz, Elisa (2002), "La construcción social del envejecimiento y de la vejez: Un análisis discursivo en prensa escrita" en REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA, volumen 34 2002 Números 1-2, NÚMERO MONOGRÁFICO:CICLO VITAL, ENVEJECIMIENTO y VEJEZ pp. 107-121.
ftp://sm-ic.com.mx/mujeresterceraedad/contexto/latino/construccionsocialdelenvejecimientoyvejezcasocolombia.pdf

Uribe Rodríguez, Ana Fernanda, Valderrama Orbegozo, Laura Juliana, Molina Linde, Juan Maximo (2007), "Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos" en *Acta Colombiana de Psicología* 10 (1): 75-81.
http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/v10n1/articulosrevista/Acta10v1Art7.pdf

2.3. Costa Rica

Fernández Rojas, Xenia, Méndez Chacón (2007), Erica Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES - Costa Rica 2004-2006 en *Población y Salud en Mesoamérica,* Volumen 5, número 1, artículo 1, julio – diciembre.
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/5/5-1/index.htm

Puga, Dolores, Rosero-Bixby, Luis, Glaser, Karen, Castro, Teresa (2007), "Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra" en *Población y Salud en Mesoamérica,* Volumen 5, número 1, artículo 1, julio – diciembre.
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/5/5-1/index.htm

Méndez Chacón, Ericka, Cubero Mata, Alberto, Brenes Camacho, Gilbert, Rosero-Bixby, Luis (2006), *Fuentes de ingreso y demanda en servicios de salud de la población adulta mayor en Costa Rica: un estudio con base en la encuesta de ingresos y gastos y el estudio de longevidad y envejecimiento saludable (CRELES)*

2006, Trabajo presentado en el Simposio Costa Rica a la Luz de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, celebrado en San José, Costa Rica, 8-9 Noviembre de 2006.
http://ccp.ucr.ac.cr/creles/mendezenig.htm

Barrios Sosa, Yolanda (2006), *Determinantes de la pobreza en los hogares con adultos mayores. Costa Rica, 2005*, Trabajo Final de Graduación. Maestría en Población y Salud.-San José, Costa Rica.
http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/ybarrios.pdf

Mora, Mónica, Villalobos, Delia, Araya, Gerardo y Ozols, Antonieta (2004), "Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física recreativa" en *Revista MHSalud*, vol. 1, núm. 1, septiembre.
http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULOMONICAMORA_017.pdf

Revista Población y Salud en Mesoamérica. Volumen 5, número 1, Julio - Diciembre, 2007 Número especial dedicado al Proyecto CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable.
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/anteriores.htm#5-1

Robles Arodys (2007), "Cambio demográfico, inversión social y diferencias generacionales en Costa Rica", en *Notas de Población,* núm. 82, CELADE
http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/28858/lcg2320_P_4.pdf

Salazar Figueroa, Virginia (2003), *Envejecimiento de la población costarricense*. Caja Costarricense de Seguro Social. Sección de análisis demográfico. Abril.
http://admsjoweb10.ccss.sa.cr/pensiones/Informes/Envejecimiento%20de%20la%20Poblacion%20Costarricense.pdf

2.4. Ecuador

Baquerizo, Julieta (2005), *Informe Ecuador 2005,* Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/JBaquerizo_d.pdf

Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de Ecuador, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2007), *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador*, Ed. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de Ecuador y la CEPAL, Santiago de Chile, abril.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/1/30081/Protección_Social_de_la_Tercera_Edad_en_Ecuador.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) "Informe de avances. Colombia". *Boletín envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe.* Nº 2.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/ECUADOR2.pdf

Ley Especial del Anciano, número 127. Promulgada el 6 de noviembre de 1991.

http://www.defensordelpueblo.gov.ec/paginas/pdf/legislacion/LEY%20ESPECIAL%20DEL%20ANCIANO.pdf

2.5. México

Acevedo, Luis, Leite, Paula y Ramos, Luis Felipe (2004), "Los adultos mayores en la migración internacional" en *Situación Demográfica en México,* publicación en línea.
http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm33.pdf

Anzaldo, Carlos, Hernández, Juan Carlos y Prado, Minerva (2004), "Distribución territorial de los adultos mayores" en *Situación Demográfica en México,* publicación en línea.
http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm31.pdf

Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A (2007), "Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos" en *Salud Pública* México; 49 supl 4:S459-S466.
http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a04.pdf

Campos Navarro, R, Afganis Juárez EN, Torrez D, (2006), "Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México" en *Medigraphic Artemisa,* vol. 8 (1) 131-136.
http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062j.pdf

Consejo Nacional de Población (1999), *Envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades,* Ed. Consejo Nacional de Población, México.
http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras2/PDF/envejeci.pdf

Gallegos-Carrillo, Katia, *et al* (2006), "Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México", en Rev Saúde Pública, 40(5):792-801
http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/08.pdf

González CA, Ham-Chande R (2007), *"Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México"* en Salud Pública México;49 supl. 4:S448-S458.
http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a03.pdf

González Llamas, Juan Carlos (2007), "Evaluación de las acciones del INAPAM; avances y retos" en *Salud Pública* México; vol. 49(sup 1):349-352.
http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Edicion%20Especial/mesa%20redonda%20XXX%20evaluacion%20de%20las%20acciones.pdf

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel (2004), "La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento" en *Situación Demográfica en México,* publicación en línea.
http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm26.pdf

Márquez Serrano, Margarita (2007), "Desprotección social en adultos mayores viviendo en la pobreza urbana", en *Salud Pública* México; vol. 49(sup 1):346-348.

http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Edicion%20Especial/mesa%20redonda%20XXX%20desproteccion%20social.pdf

Mendoza Diez, Análisis cualitativo de la situación del adulto mayor en zonas marginadas del Distrito Federal, http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a02.pdf

Montes de Oca, Verónica, Hebrero, Mirna (2007), "Los servicios y la seguridad social, experiencia institucional en la vejez" en *Salud Pública* México; vol. 49(sup 1):353-356. http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Edicion%20Especial/mesa%20redonda%20XXX%20los%20servicios%20y%20la%20seguridad.pdf

Montes de Oca, Verónica (2002), *Participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre hombre y mujeres adultas mayores: la experiencia de la Colonia Aragón en la Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México*. Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a personas Adultas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, CELADE, Santiago de Chile. http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/11497/Veronica_MontesdeOca.pdf

Partida Bush, Virgilio (2004), "La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México", en *Situación Demográfica en México,* publicación en línea. http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm23.pdf

Partida Bush, Virgilio (2004), "Migración en la vejez y reunificación familiar" en *Situación Demográfica en México,* publicación en línea. http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm32.pdf

Reyes Tépach M, (2006), *Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores de México, 2006-2050,* Cámara de Diputados, Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Economía, México, octubre. http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/SE-ISS-09-06.pdf

Valencia Armas, Alberto (2004), "Pensiones y seguridad social" en *Situación Demográfica en México,* publicación en línea. http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm28.pdf

Villasana Benítez, S; Reyes Gómez, L, (2006) *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas en México,* Edita Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, México. http://www.cdi.gob.mx/difusion/adultos_mayores/diagnostico_adultos_mayores_indigenas.pdf

Wong, Rebeca, Espinoza Monica (2002), *Bienestar económico de la población de edad media y avanzada en México: primeros resultados del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México.* Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a personas Adultas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, CELADE, Santiago de Chile http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/11497/RWong.pdf

Zuñiga Herrera, Elena (2004), "Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México" en *Situación Demográfica en México,* publicación en línea. http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm24.pdf

Zúñiga Herrera, Elena, García López, Juan Enrique y Partida Bush, Virgilio (2004), "Mortalidad de la población de 60 años o más" en *Situación Demográfica en México,* publicación en línea.
http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm27.pdf

Zuñiga Herrera, Elena, Vega, Daniel (2004), *Envejecimiento de la Población en México. Reto del siglo XXI*, Ed. Consejo Nacional de Población, México.
http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje00.pdf

3. ENLACES DE INTERÉS

Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS)
http://www.oiss.org/
Portal de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), organismo internacional de carácter técnico y especializado que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que se vinculan por el idioma español y portugués mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social.

Portal Mayores.
http://www.imsersomayores.csic.es/
Portal especializado en gerontología y geriatría, desarrollado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y dirigido al ámbito académico y científico, los profesionales de los servicios sociales, los propios mayores y la sociedad en general. Creado en 2001 como resultado de un convenio de colaboración entre ambas instituciones, su actividad se basa en el intercambio de información sobre personas mayores en la red.

Envejecimiento y Desarrollo, CELADE –división de población CEPAL.
http://www.cepal.org/celade/envejecimiento/

Organización Panamericana de la Salud
http://www.paho.org/

Red Latinoamericana de gerontología
http://www.gerontologia.org/
La Red Latinoamericana de Gerontología es una red virtual en el área de la gerontología social que busca dar respuesta a las inquietudes de instituciones que trabajan en América y el Caribe en la promoción de las personas adultas mayores.

CRELES. Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable.
http://ccp.ucr.ac.cr/creles/descripc.htm
El programa de investigación propuesto es una investigación comprensiva, multidisciplinaria de las consecuencias de la salud debido al rápido envejecimiento de la población en América Latina. El eje del programa será una encuesta longitudinal representativa de la población total de adultos mayores costarricenses, complementada con una encuesta de seguimiento entre los adultos mayores de México. La encuesta de Costa Rica incorpora una medición de punta y temas de investigación, incluidos los biomarcadores de "carga alostática" de los cuales se conoce poco, tanto en Costa Rica como en América Latina en general. Los objetivos específicos incluyen: (1) Determinar en forma concluyente si la longevidad de los

adultos mayores en Costa Rica y la esperanza de vida activa es superior a la de la mayoría de los países más desarrollados. (2) Documentar los diferenciales a lo largo del tiempo, entre las regiones y entre los países en los indicadores clave de determinantes de salud y bienestar con el propósito de generar hipótesis que ayuden a establecer la futura agenda de investigación para esos temas en América Latina.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM. México
http://www.inapam.gob.mx/
El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), tiene como misión promover el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, brindándoles empleo, ocupación, retribuciones, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, reduciendo las desigualdades extremas y las inequidades de género.

Consejo Nacional de Población, CONAPO. México
http://www.conapo.gob.mx/
El Consejo Nacional de Población, por mandato de la Ley de Población, tiene la misión de regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que ésta participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.
Asimismo, la misión de la Secretaría General del CONAPO es promover, coordinar, dar seguimiento, evaluar y apoyar las acciones que determine el Consejo Nacional de Población con el fin de incorporar los aspectos de volumen, estructura dinámica, distribución territorial y composición social, económica y étnica de la población en los programas de desarrollo económico y social, así como vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.

Vejez digna. Bolivia
http://www.vejezdigna.org/
VejezDigna.org es un espacio de comunicación interactivo que busca promover los derechos del Adulto Mayor en Bolivia, producido por el Parlamento Nacional del Adulto Mayor, con apoyo del Centro de Orientación Socio Legal del Adulto Mayor - COSL- y la Red Defensa del Anciano.

Red para el desarrollo de los adultos mayores. Desarrollo Social y Envejecimiento
http://www.redadultosmayores.com.ar/
Red de investigación focalizada en el proceso de envejecimiento de la población y el desarrollo cultural de los adultos mayores. Su propósito es contribuir con investigaciones en América Latina y el Caribe sobre el desarrollo cultural, educativo y sanitario de los adultos mayores, abriendo caminos hacia una sociedad para todas las edades en un mundo cada vez más envejecido y tecnificado, contando con la participación de investigadores, universidades y organizaciones no gubernamentales de adultos mayores en la Red.

Red de Investigación del Envejecimiento en América Latina y el Caribe (REALCE)
http://realce.org/
La Red de Investigación del Envejecimiento en América Latina y el Caribe (REALCE) está formada por un grupo de investigadores que buscan enfatizar el estudio de los aspectos sociales, económicos, de salud, bienestar, y calidad de vida del proceso de

envejecimiento de la población en la región de América Latina y el Caribe. Dentro de este contexto, se considera también como énfasis el estudio de la población de origen latinoamericano y caribeño en Estados Unidos y Canadá

Equipo de apoyo técnico para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
http://www.cstlac.org/html/home.html
El Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), con base en México, está constituido por especialistas en campos temáticos correspondientes a las tres áreas básicas del mandato del UNFPA: Estrategias de Población y Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva, y Movilización de Apoyos Políticos y Sociales.

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Mayores.
http://www.fiapam.org/
Federación formada por asociaciones de adultos mayores de Latinoamérica, El Caribe, España y Portugal para emprender acciones conjuntas colaborando en el desarrollo económico, político y social de los pueblos. Es un movimiento asociativo, plural y democrático, sin ánimo de lucro, en defensa de las personas adultas mayores.

Envejecimiento exitoso
http://www.iadb.org/regions/aging/esp/home.cfm
Página del Banco Interamericano de Desarrollo, ofrece información orientada a facilitar la formulación, implementación y evaluación de políticas y programas multi-sectoriales dirigidos a la promoción y el apoyo del envejecimiento exitoso.

Global Action on Aging
http://www.globalaging.org/
Organización norteamericana dedicada a la difusión de información sobre temas relacionados con las personas mayores y la problemática del envejecimiento.

HelpAge Internacional
http://www.helpage.org
HelpAge Internacional es una red mundial de organizaciones sin fines de lucro con la misión de trabajar con y para las personas mayores en desventaja en todo el mundo, con el fin de lograr una mejoría perdurable en la calidad de sus vidas.

Direito do idoso
http://www.direitodoidoso.com.br/
Página sobre los derechos de las personas mayores. Creado por Pérola Melissa Vianna Braga.

Ministerio de Protección Social. Colombia
http://minproteccionsocial.gov.co
El Ministerio de la Protección Social es por excelencia un ente regulador y fija normas y directrices en materia de Protección Social.

Instituto de Seguros Sociales. Colombia
http://www.iss.gov.co/
Empresa del Estado, ofrece servicios de salud, pensiones y riesgos laborales a los empleados afiliados.

Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica
http://www.info.ccss.sa.cr/

La CCSS es la institución encargada de la Seguridad Social en Costa Rica.

Instituto Mexicano de la Seguridad Social. México
http://www.imss.gob.mx/imss

Ministerio de Inclusión Económica y Social. Ecuador
http://www.mbs.gov.ec/