

C

Distr.
LIMITADA
LC/L.1973
17 de octubre de 2003
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN Y LAS POLÍTICAS

SÍNTESIS

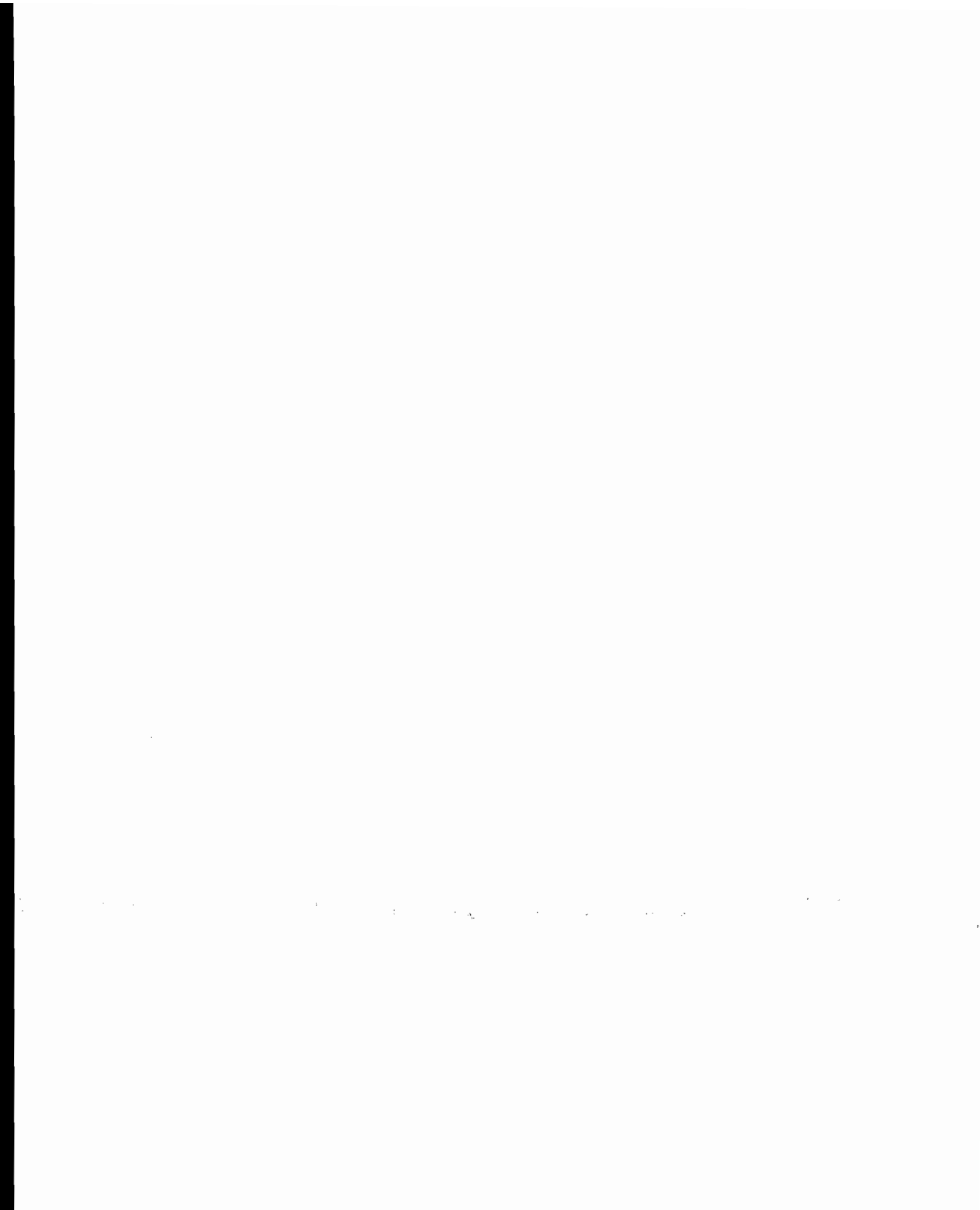


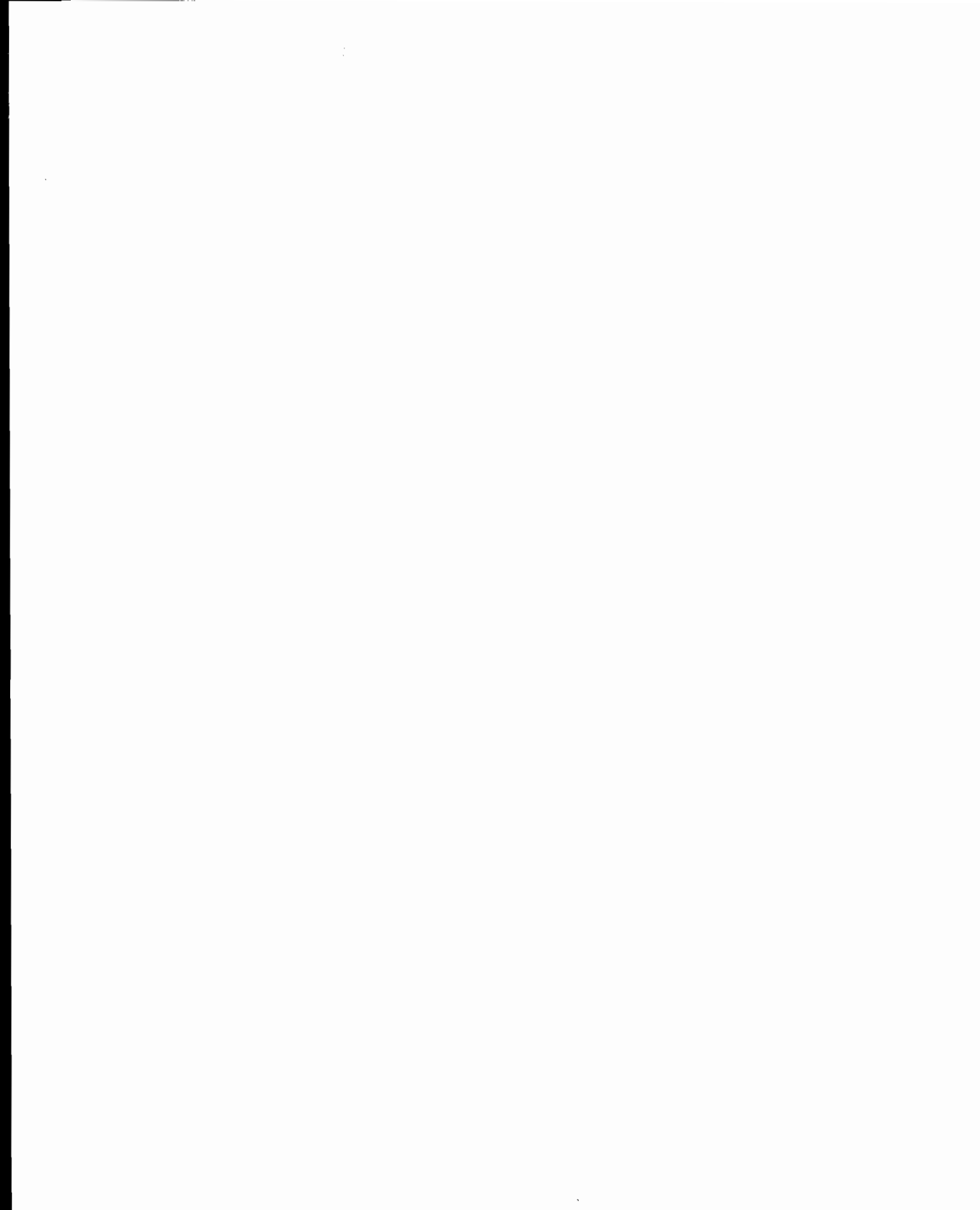
NACIONES UNIDAS

CEPAL



Conferencia Regional
Intergubernamental
sobre el Envejecimiento







NACIONES UNIDAS



Distr.
LIMITADA

LC/L.1973
17 de octubre de 2003

ORIGINAL: ESPAÑOL

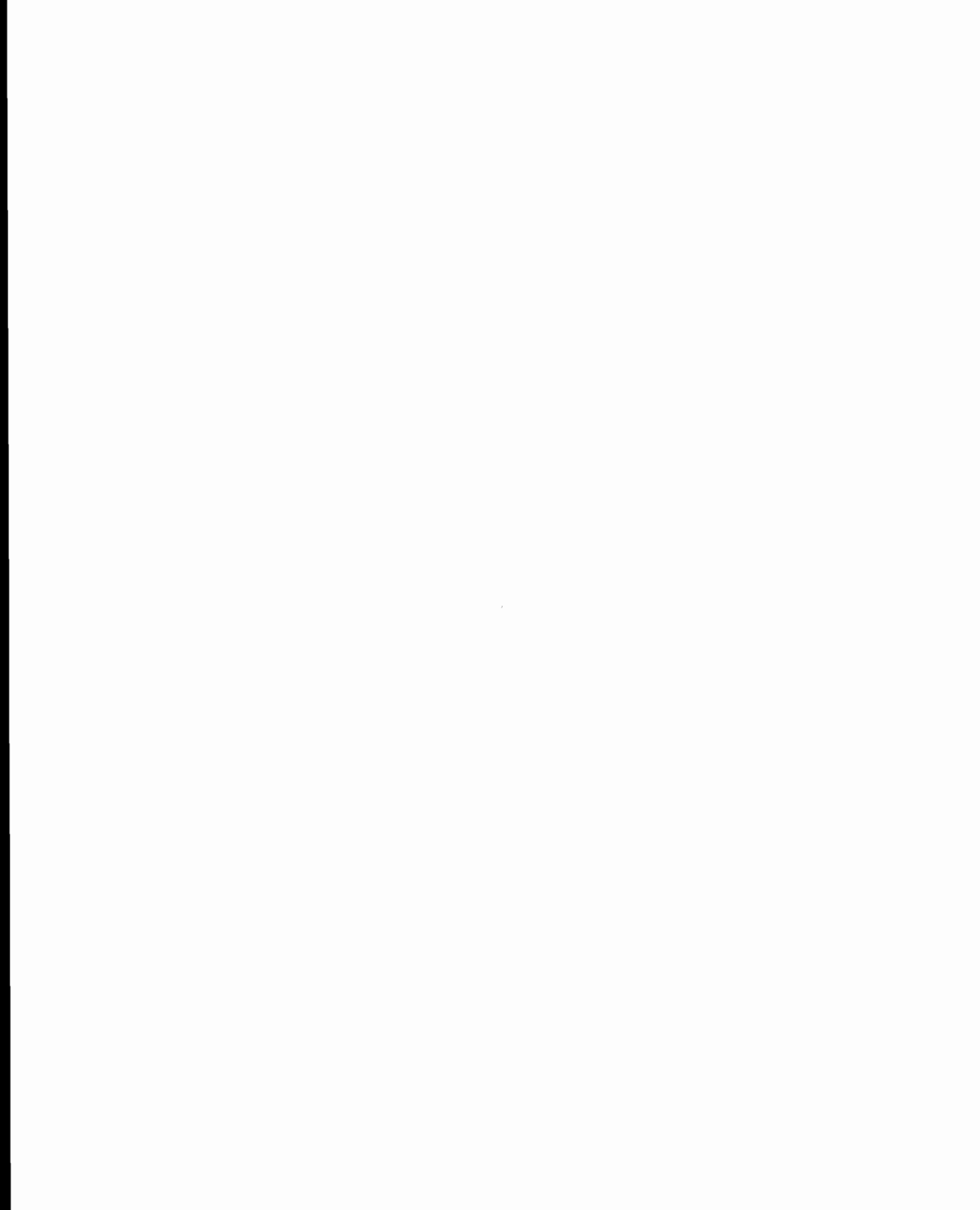
Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento:
hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe
del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento

Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003

LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN Y LAS POLÍTICAS

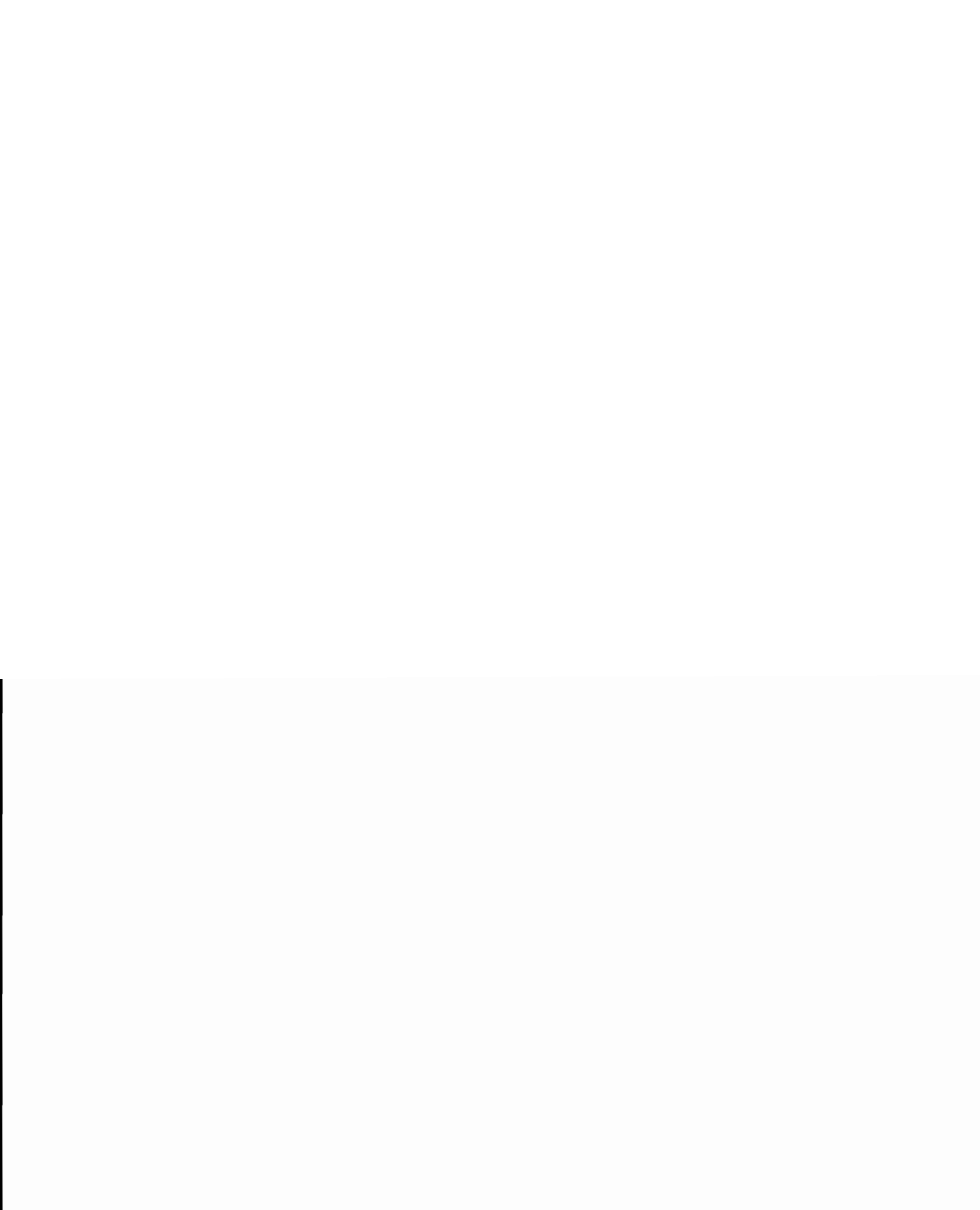
SÍNTESIS

El presente documento ha sido preparado por la División de Población de la CEPAL - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), con el apoyo de los organismos miembros del Grupo de trabajo interinstitucional sobre el envejecimiento: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y el Programa sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas.



ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN.....	1
I. DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO.....	3
1. Las expresiones del envejecimiento demográfico.....	3
2. Factores determinantes del envejecimiento demográfico	5
3. Migración internacional, migración interna y patrones de localización urbano-rural de los adultos mayores	7
4. Urbanización	7
5. Arreglos de residencia de las personas mayores	8
6. Situación conyugal.....	9
7. Educación.....	9
II. DIAGNÓSTICO EN LAS TRES ÁREAS PRIORITARIAS.....	11
A. Seguridad económica	11
1. Situación de la seguridad económica en la región	11
2. La participación económica en la vejez	12
3. Los sistemas de protección social	14
4. Las redes de apoyo familiar y comunitario.....	16
B. Salud y envejecimiento	17
1. Perfiles de mortalidad por causas en las personas mayores.....	17
2. Perfiles de morbilidad y factores de riesgo en las personas mayores	18
3. Capacidad funcional y discapacidad.....	20
4. Modalidades de atención de las personas mayores.....	20
5. La oferta de servicios de salud.....	21
C. Entornos favorables.....	23
1. Entornos sociales favorables.....	23
2. Entornos físicos favorables	27
III. MARCO LEGAL, POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES	31
1. Marco internacional de los derechos humanos de las personas mayores.....	31
2. Marco jurídico-legal en relación con las personas mayores en países de América Latina y el Caribe	32
3. Políticas de vejez en América Latina y el Caribe.....	34
4. Programas sectoriales dirigidos a personas mayores: seguridad social y vivienda.....	35
IV. ACCIONES SUGERIDAS POR EL GRUPO DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO	39
A. Áreas prioritarias de intervención	39
1. Seguridad económica	39
2. Salud	40
3. Entornos favorables	41
B. Estrategias de implementación.....	42
Anexo	45



INTRODUCCIÓN

Por el avance de la transición demográfica, América Latina y el Caribe está envejeciendo paulatina pero inexorablemente. Se trata de un proceso generalizado; aunque con niveles variables, todos los países de la región marchan hacia sociedades más envejecidas. Dos características de este proceso motivan una preocupación urgente. En primer lugar, el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo en el futuro a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. En segundo lugar, se dará en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente y aguda inequidad social, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del apoyo producto de los cambios en la estructura y composición familiar.

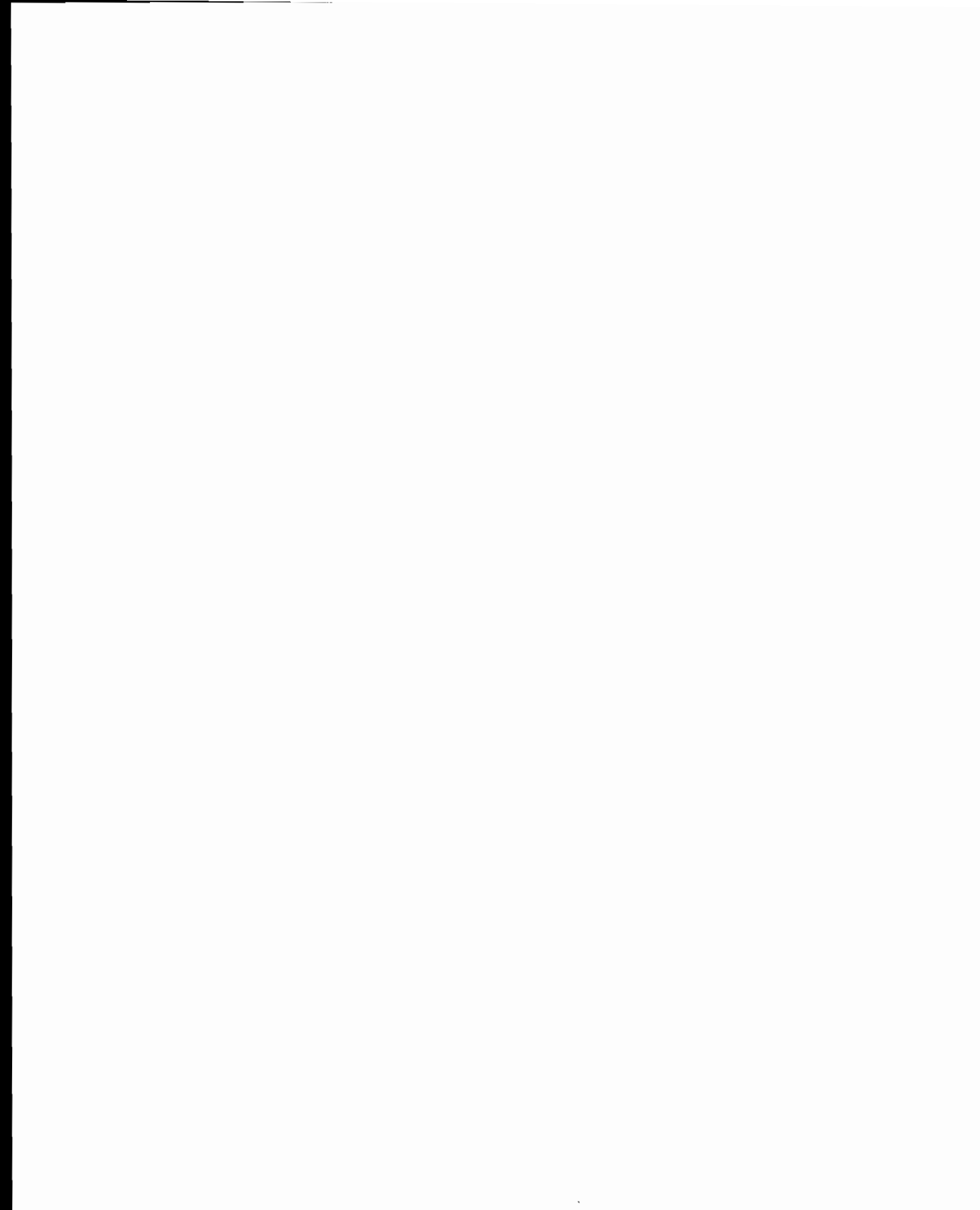
Dadas las características anteriores, los países deben hacer transformaciones profundas en sus políticas públicas para adecuarlas a una sociedad en la cual habrá proporcionalmente cada vez menos personas jóvenes y más población adulta mayor. Estas transformaciones implicarán una readecuación de la infraestructura de los servicios sociales (salud, educación, vivienda y otros) y la reestructuración de las funciones públicas en términos de las capacidades técnicas. No obstante, también es necesario ir propiciando un cambio cultural que lleve a sociedades más incluyentes, en las que las personas mayores sean parte importante de la sociedad, sujetos de derechos, en el marco de una “sociedad para todas las edades”.

Es cierto que el envejecimiento se anuncia con anticipación, que hay experiencias acumuladas en los países más desarrollados y que justamente son los países más pobres y con menor desarrollo institucional aquellos en los cuales el envejecimiento demográfico está menos avanzado. Sin embargo, en los países cuyo envejecimiento será más rápido el tiempo para la acción es limitado; la experiencia de los países más avanzados no apunta a alternativas viables porque la realidad económica, institucional e histórica es distinta. Además, los países más pobres, que por su envejecimiento aún incipiente tienen más tiempo para la acción, tienen mayores debilidades institucionales y dificultades en estructurar una visión de largo plazo, debido a las urgencias en la solución de los problemas coyunturales.

Con lo anterior no se pretende plantear una visión fatalista del proceso que viene. Antes que nada, el mayor envejecimiento de la población resulta de los avances y logros en la reducción de la mortalidad y de un mayor control de la fecundidad. Por otra parte, las personas mayores siguen siendo contribuyentes netos importantes de apoyo tanto al interior de sus familias como de sus comunidades. Del mismo modo, se trata de personas que en su gran mayoría se valen por sí mismos. Es preciso ver este fenómeno en toda su extensión, planificando a tiempo las medidas para garantizar a todas las personas el derecho a una vejez digna.

Para enfrentar los retos del envejecimiento demográfico se requiere una complementariedad entre el corto y el mediano y largo plazo. Primero, es preciso desarrollar acciones específicas dirigidas a personas que son adultas mayores en la actualidad, especialmente aquellas en situación de pobreza y exclusión social, mejorando su calidad de vida. En esta perspectiva se trata de paliar los efectos acumulados durante la vida previa. Pero también se requiere una mirada prospectiva, en el sentido de considerar que para enfrentar los retos del envejecimiento futuro hay que desarrollar desde ya acciones específicas dirigidas a personas adultas mayores jóvenes.

En este documento se presenta un análisis de la situación en cada una de las áreas prioritarias identificadas en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid en 2002. Se ofrece también un análisis de los marcos legales, las políticas y los programas sobre el envejecimiento en



I. DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO

1. Las expresiones del envejecimiento demográfico

Uno de los efectos más significativos de las transformaciones sin precedentes que ha producido la dinámica demográfica de la región, y que se expandirá y consolidará en la primera mitad del presente siglo, es el envejecimiento de la población. Desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento tiene dos facetas. En primer lugar, se expresa como un aumento del peso relativo de las personas mayores de 60 años en la población total. En segundo lugar, como un aumento de la longevidad; es decir, las repercusiones que tiene el aumento de los promedios de vida son, entre otras, un incremento de la proporción de personas de 80 años y más entre las personas mayores —incluso con la aparición de un cierto número de centenarios— y una extensión del período que media entre la jubilación y la muerte.

En todos los países de la región de América Latina y el Caribe, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios (véase el cuadro 1). En términos absolutos, entre los años 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se sumarán a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas.¹ Se trata de una población que crece rápidamente (3,5%) y con un ímpetu mayor que el que muestra la población de edades más jóvenes. En efecto, la velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor que la de la población total en los períodos 2000-2025 y 2025-2050, respectivamente.

Cuadro 1
INDICADORES DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO
PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
2000, 2025 Y 2050

Indicadores	2000	2025	2050
Población de 60 años y más (en miles)	41 284,7	98 234,8	184 070,7
Porcentaje de personas de 60 años y más	8,0	14,1	23,4
Tasa de crecimiento anual (2000-2025 y 2025-2050)	3,5	2,5	...
Porcentaje de personas de 75 años y más	1,9	3,5	7,9
Edad mediana de la población	24,6	32,5	39,4
Índice de envejecimiento ^a	25,2	60,7	128,2

Fuente: División de Población de la CEPAL (CELADE). Proyecciones demográficas, 2003.

^aPoblación de 60 años/Población menor de 15 años.

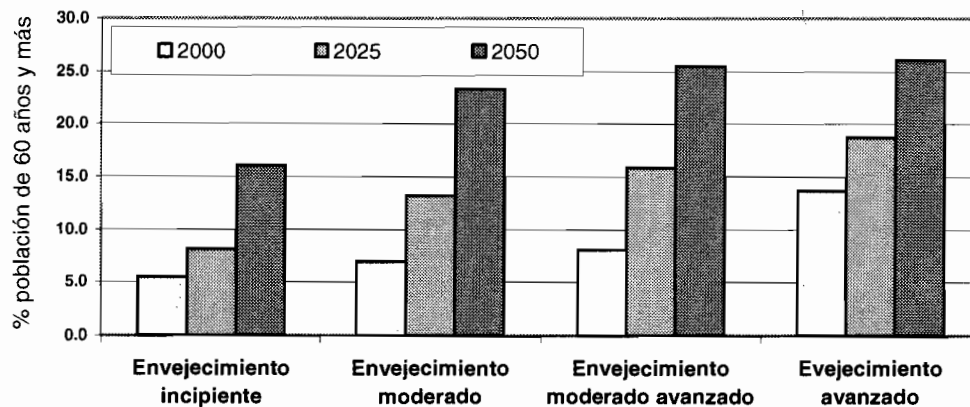
Fruto de esta dinámica, la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre el 2000 y el 2050; de ese modo, para esta última fecha, uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor. Debido al aumento de la longevidad, el peso de las personas más viejas entre los mayores se incrementará; la población mayor de 75 años pasará de un 2% a un 8% entre el 2000 y el 2050. Dos

¹ Los datos presentados se basan en proyecciones que, por su propio carácter, tienen un cierto nivel de incertidumbre. Con todo, sugieren grandes tendencias demográficas que difícilmente se modificarán, porque las personas mayores de los

indicadores de la estructura por edad indican nítidamente algunas de las implicaciones demográficas de este proceso. En primer lugar, la edad mediana de la población se incrementará 15 años entre el 2000 y el 2050; de este modo, para el 2050 la mitad de la población tendrá más de 40 años. Por su parte, la relación numérica entre viejos y menores irá cambiando drásticamente. En la actualidad, por cada 100 menores, hay 25 adultos mayores; para el final de la primera mitad del siglo, habrá un 28% más de personas mayores que de menores. Dentro del grupo de personas mayores hay predominancia femenina. En el total de 60 años y más es de 55%, pero se eleva a más de 60% en las personas de 80 años y más.

La región muestra una marcada heterogeneidad. Para captarla, se clasificó a los países según la etapa en que se encuentran en su proceso de envejecimiento, definiéndose cuatro categorías, de acuerdo con los perfiles actuales de envejecimiento (véase el gráfico 1).²

Gráfico 1
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN ETAPA EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, 2000, 2025 Y 2050



Fuente: Cuadro A1 del anexo.

Un primer grupo de países, denominado de envejecimiento incipiente, que incluye a Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, muestra porcentajes de personas de 60 años y más que oscilan entre el 5% y el 7% en el año 2000 y alcanzarían valores de entre 15% y 18% en 2050. Este proceso podría acelerarse si en estos países se consolida y se incrementa la baja de la fecundidad.

Un segundo grupo de países, denominado de envejecimiento moderado, muestra proporciones de personas de 60 años y más entre 6% y 8%, que para el 2050 se empujarían a sobre el 20%. En este grupo se sitúan Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. Se trata de países que tuvieron procesos de cambios importantes en la fecundidad entre 1965 y 1990, aproximadamente.

² La clasificación de los países se realizó sobre la base de los valores de la tasa global de fecundidad y del índice de envejecimiento observados en los países de la región en el decenio de 1990. Algunos países podrían cambiar

Les siguen los países, ubicados en un grupo denominado de envejecimiento moderado avanzado, que presentan en la actualidad porcentajes de personas mayores entre 8% y 10% y que experimentarán un aumento rápido de este porcentaje hasta cifras de 25% a 30% de personas mayores. Entre estos países están Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago.

Finalmente, en el grupo de envejecimiento avanzado se encuentran países como Uruguay y Argentina, pioneros en el envejecimiento en América Latina, más Cuba y varios países del Caribe (Antillas Neerlandesas, Guadalupe, Barbados, Martinica y Puerto Rico).

En suma, los datos confirman que el proceso de envejecimiento demográfico es, aunque diverso, generalizado y que las personas mayores de América Latina y el Caribe tendrán en forma creciente un peso cada vez más significativo en la población total. Un vasto número de países latinoamericanos alcanzará en el 2050 la proporción de personas adultas mayores que se observa actualmente en los países desarrollados (Naciones Unidas, 2002).

2. Factores determinantes del envejecimiento demográfico

Los factores que subyacen el envejecimiento demográfico en los países de la región son la baja de la fecundidad y el aumento de las expectativas de vida de la población que se han producido en la región en las últimas cuatro décadas del siglo pasado. En lo que respecta a la fecundidad, la región experimentó desde mediados de los años sesenta un descenso extraordinario y sostenido del número de hijos por mujer (véase el cuadro 2). Todos los países clasificados como de envejecimiento incipiente y moderado tenían una fecundidad superior a los seis hijos a mediados del siglo pasado. Aunque países como Argentina, Uruguay y Cuba ya habían iniciado mucho antes este cambio —por lo que se encuentran en la etapa de envejecimiento avanzado—, en el resto de los países el descenso se produjo sólo a partir de entonces y continuó en forma bastante sostenida en las décadas siguientes.

Este descenso de la fecundidad se materializó incluso en los países en que no existían programas de planificación familiar y resistió los ciclos recesivos de la “década perdida” de 1980, las dictaduras militares, la violencia política y los ajustes estructurales; es más, se ha sostenido en una región con fuertes índices de exclusión, vulnerabilidad y pobreza. En el último quinquenio del siglo XX la tasa global de fecundidad llegó a un promedio regional de 2,8 hijos y, si bien todavía se observa una importante variabilidad entre los valores de los países, todos ellos registran tasas inferiores a 5. Las proyecciones para los próximos 25 años indican que el descenso continuará y que la heterogeneidad disminuirá.

Desde el año 2025 en adelante las hipótesis usadas en las proyecciones apuntan a una virtual convergencia en todos los grupos de países en torno a 2,1 hijos por mujer, lo que equivale al nivel de reemplazo demográfico. No obstante, hay países como Cuba, Barbados y Martinica que ya muestran tasas de fecundidad por debajo de 2 hijos por mujer (nivel de reemplazo) y otros (Chile, Brasil, México y otros países del Caribe) en que las estimaciones más recientes muestran que en los próximos años la fecundidad podría ser incluso más baja de lo que se ha previsto, con lo cual el proceso de envejecimiento demográfico por disminución de la población más joven podría acelerarse.

Cuadro 2
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZAS DE VIDA AL NACER Y TASAS GLOBALES
 DE FECUNDIDAD, SEGÚN CATEGORÍAS DE ENVEJECIMIENTO.
 PERÍODOS SELECCIONADOS**

Categoría de países	Esperanza de vida al nacer				
	1950-1955	1970-1975	1995-2000	2020-2025	2045-2050
	Esperanza de vida				
Envejecimiento incipiente	42.9	52.8	64.3	72.2	77.4
Envejecimiento moderado	49.9	61.7	71.4	76.0	79.2
Envejecimiento moderado avanzado	51.7	60.3	68.6	74.6	78.6
Envejecimiento avanzado	62.8	68.7	73.9	77.9	80.6
Total América Latina y el Caribe	52.1	61.4	70.0	75.3	78.9
	Tasa global de fecundidad				
Envejecimiento incipiente	6.8	6.4	4.5	2.6	2.1
Envejecimiento moderado	6.8	5.9	2.9	2.1	2.1
Envejecimiento moderado avanzado	6.0	4.6	2.3	2.1	2.1
Envejecimiento avanzado	3.5	3.2	2.3	2.0	2.1
Total América Latina y el Caribe	6.0	5.1	2.8	2.2	2.1

Fuente: Elaboración basada en las estimaciones y proyecciones de población de CELADE, 2003 y de Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. 1, 2000.

Las transformaciones también se expresan en avances notables en el control de la mortalidad temprana. Así, entre 1950 y 2000 la esperanza de vida al nacer se extendió, en promedio, 18 años, llegando el año 2000 a 70 años (véase el cuadro 2). Para el año 2025 se estima que la esperanza de vida será de casi 75 años y para el 2050 de un valor cercano a los 80 años. Las diferencias entre países, según el estado de su proceso de envejecimiento, están disminuyendo y se proyectan valores muy similares para el futuro próximo, en la medida en que en los países que más han avanzado las ganancias sean menores. La evolución de la esperanza de vida al nacer presenta también una persistente especificidad de género, expresada en la mayor probabilidad de sobrevivir de las mujeres: la diferencia con relación a los hombres aumentó sostenidamente de 3,4 a más de 6 años entre 1950 y 2000.

La esperanza de vida a los 60 años es un indicador más preciso de la longevidad. Los datos para la región muestran que en el año 2000 este indicador se sitúa en valores promedios cercanos a los 20 años (17 años en Haití y 26 años en Guadalupe y Martinica).³ Estas cifras son sustancialmente mayores en mujeres que en hombres: mientras las mujeres que llegan a los 60 años tienen una expectativa de vida en el año 2000-2005 cercana a los 21 años (promedio de la región), los hombres que llegan con vida a los 60 años vivirán tres años menos. Para el 2045-2050 se proyecta que la expectativa de vida de las mujeres a los 60 años seguirá ascendiendo, para llegar a valores cercanos a los 24 años (28 años en los países del Caribe mencionados). En el caso de los hombres, este aumento sólo llevará este indicador hasta los 22 años (23 años en los países mencionados).

³ Véase, División de Población de la CEPAL (CELADE), "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores", *Boletín informativo*, Santiago de Chile. Naciones Unidas, *World Population Ageing 1950-*

3. Migración internacional, migración interna y patrones de localización urbano-rural de los adultos mayores

La otra variable demográfica que puede actuar sobre el envejecimiento es la migración. La emigración selectiva de jóvenes contribuye a envejecer a las poblaciones de origen. Una alta migración internacional en México, por ejemplo, ha impactado severamente en la estructura por edad de la población de algunas comunidades. Ciertas naciones del Caribe han experimentado un envejecimiento debido a la emigración de jóvenes y al retorno de adultos mayores en su etapa de jubilación. En estos casos, la población mayor (no emigrante) enfrenta profundas carencias de apoyos familiares que pueden verse parcialmente contrarrestadas, al menos en el plano monetario, por el envío de remesas.

La participación de la población adulta mayor en la movilidad interna es menor que la de otros grupos de edad, cualquiera sea la escala que se considere. En efecto, según los censos de la ronda de 2000 en la región, sólo entre un 2% y un 6% de la población de 60 años y más residía en una gran división administrativa diferente de la que habitaba cinco años antes del censo. La menor propensión migratoria en las personas mayores también se verifica en el caso de la migración entre divisiones administrativas menores (municipios, comunas o distritos), pese a que se trata de desplazamientos que, en promedio, suponen menores distancias y costos.

Aunque las personas mayores migren menos, la emigración de la población de otros grupos de edades, en especial la población adulta joven, tiene un impacto significativo en el envejecimiento de las áreas de emigración. Es el caso de la migración rural-urbana. En efecto, las áreas rurales están más envejecidas que las urbanas, a pesar de su mayor fecundidad y su menor expectativa de vida. En más de la mitad de los países latinoamericanos, la proporción de adultos mayores que viven en el área rural es mayor que en la urbana. Los adultos mayores de las áreas rurales constituyen un grupo demográfico que requiere especial atención, ya que el área rural se ha caracterizado históricamente por su menor cobertura de servicios y un mayor deterioro económico, lo que se suma a la reducción del tamaño de la red de apoyo familiar causado por la emigración de los hijos y familiares más jóvenes.

En el caso de las ciudades, las personas mayores tienden a concentrarse en áreas más centrales, por la emigración de las generaciones más jóvenes a nuevos barrios. Estas microáreas constituyen un núcleo importante para las políticas en pro de los adultos mayores, ya que ostentan altas densidades de población adulta mayor y, si bien es cierto que en algunos casos ofrecen mayor acceso a los servicios que las áreas periféricas, en algunas capitales esta parte de la ciudad se caracteriza por el abandono y la escasa seguridad.

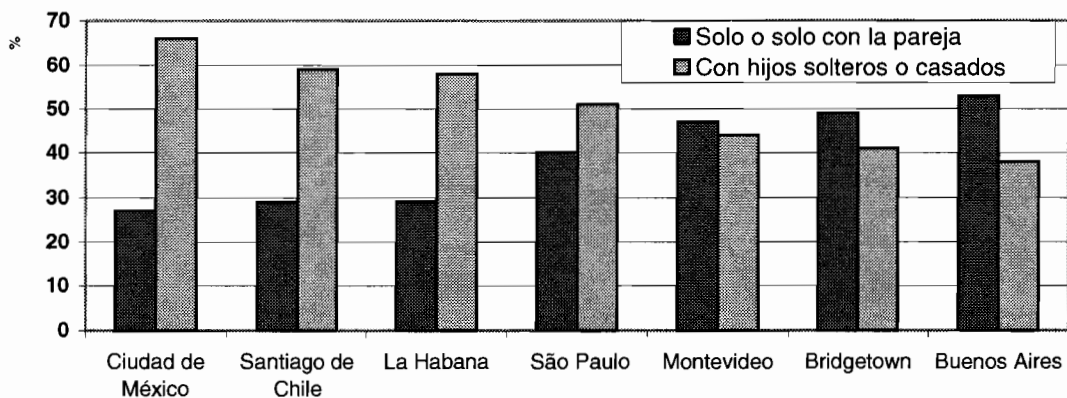
4. Urbanización

Aunque las áreas rurales tienden a ser más envejecidas que las urbanas, las personas mayores de América Latina y el Caribe residen sobre todo en las áreas urbanas, con lo cual no se diferencian significativamente de la población de otros grupos de edades. En el conjunto de la región se observa que en la actualidad más de 70% de esta población vive en las ciudades, en tanto para el año 2025 esta proporción habrá aumentado a más de 80%. No obstante, corresponde destacar que en algunos países la proporción de población en áreas rurales es elevada, como ocurre en Guatemala, Haití y Honduras, donde más de la mitad de los adultos mayores reside aún en áreas rurales.

5. Arreglos de residencia de las personas mayores

El tipo de residencia de las personas al interior de los hogares tiene implicaciones importantes para la calidad de vida de las personas mayores, en especial en un contexto de restricciones económicas y pobreza. La convivencia con parientes o no parientes, aun cuando en algunos casos puede no ser necesariamente una opción deseada, crea un espacio privilegiado en el que operan las transferencias familiares de apoyo no solo económico, sino también instrumental y emocional. En la región, hacia fines del decenio pasado, uno de cada cuatro hogares tenía entre sus miembros a una persona de edad⁴ y una clara mayoría de los adultos mayores —8 de cada 10 según los censos de 1990 y al menos 2 de cada 3 según encuestas de hogares urbanas de 1997— residían en hogares multigeneracionales.⁵ Según datos recientes basados en las encuestas sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) realizadas en ciudades de siete países latinoamericanos y caribeños, grandes proporciones de personas mayores viven con hijos, variables entre 40% y 65%, siendo mayores en México, Santiago y La Habana y menores en Buenos Aires, Montevideo y Bridgetown (véase el gráfico 2).⁶ El porcentaje que vive solo o solo con su pareja tiene una tendencia opuesta, ya que alcanza valores cercanos o superiores al 50% en estas últimas tres ciudades.

Gráfico 2
**PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN PATRÓN DE CONVIVENCIA.
 CIUDADES SELECCIONADAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000**



Fuente: Encuestas SABE analizadas por Paulo Saad, “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE”, *Notas de población*, N° 77, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, División de Población de la CEPAL), 2003.

⁴ Véase CEPAL/CELADE, “Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: datos e indicadores”, *Edición especial*, Santiago de Chile, 2002.

⁵ Como cabría esperar, en los países más envejecidos, como Uruguay, los hogares con adultos mayores son casi la mitad del total de unidades domésticas, pero en ningún país de la región el porcentaje de hogares con al menos un adulto mayor es inferior al 20% (CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18, agosto de 2000).

⁶ Con excepción de México y Cuba, la proporción que vive con al menos un hijo casado es mucho menor que la que vive solamente con hijos no casados; posiblemente en el caso de Cuba esté relacionado con carencias

Según las cifras censales, la residencia solitaria es poco significativa en América Latina. Para las fechas más recientes disponibles (entre 1995 y 2001), este indicador oscila entre un 5% y un 16%, siendo Uruguay e —inesperadamente— Bolivia los países que presentan los valores más altos. Las mujeres tienden a vivir solas en mayor proporción que los hombres, en la mayoría de los países, debido probablemente a la menor propensión a unirse cuando quedan viudas o se separan. En general también se observa una mayor proporción de residencia solitaria en zonas rurales.⁷ Finalmente, no se aprecia una tendencia generalizada a vivir solo a medida que aumenta el proceso de envejecimiento. Por ejemplo, se registra un ascenso más o menos sostenido en algunos países (Brasil, Bolivia, Chile y Costa Rica), mientras que en otros el porcentaje que vive solo o sola aparece relativamente estable o errático (Panamá, México y Ecuador).

6. Situación conyugal

Según datos censales recientes, entre un 70% y 85% de los hombres adultos mayores y entre un 55% y un 60% de las mujeres adultas mayores se declara casada o unida. Este perfil de la situación conyugal distinto según el sexo obedece a una combinación de mayor viudez femenina, producto de una mayor edad del cónyuge, y a una mayor propensión de los hombres a unirse cuando la unión se disuelve por separación o viudez. A mayor edad se modifica este perfil de pareja y la viudez, sobre todo entre las mujeres, aumenta al punto que es la situación conyugal mayoritaria en las personas de 85 años y más. El grupo de mujeres adultas mayores viudas es significativo en algunos países, especialmente en aquellos de mortalidad masculina pasada más elevada. En Bolivia y México, por ejemplo, una de cada cuatro mujeres mayores es viuda, contrastando con valores entre 6% y 9%, respectivamente, en los hombres.

7. Educación

Las personas mayores están entre los segmentos con menor escolaridad, dado que experimentaron su fase de acumulación de activos educacionales en el pasado, cuando la cobertura del sistema de enseñanza formal en la región era muy inferior a la actual. Efectivamente, el analfabetismo es más alto entre las personas de 60 años y más y oscila entre porcentajes que se acercan a 50% en Bolivia y 13% en Chile. En casi todos los países hay disparidad según el género, desfavorable a las mujeres, con excepción de Costa Rica, donde las mujeres tienen porcentajes de analfabetismo inferiores, lo que refleja la menor desigualdad de género en el acceso a la educación que prevalecía en la primera mitad del siglo XX en ese país. Empero, la brecha es enorme en algunos países, como Bolivia, y muy pequeña en otros, como Chile y Panamá. Por último, los niveles de analfabetismo son mucho más altos en las zonas rurales, llegando a niveles que superan el 80% entre las adultas mayores del campo boliviano. Con todo, el aspecto más importante es que las nuevas generaciones de personas mayores serán, en todos los países, notablemente más instruidas que las actuales y habrá menores diferencias de género, gracias a los avances en materia educativa logrados en las cuatro últimas décadas.

⁷ Una excepción es Brasil, en que los programas de pensiones no contributivas rurales hacen de los adultos mayores los receptores más estables de ingresos en estas zonas y por lo tanto atraen a otros miembros de la familia.



II. DIAGNÓSTICO EN LAS TRES ÁREAS PRIORITARIAS

En el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por los países en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid, figuran tres áreas prioritarias en las cuales están contenidas todas las recomendaciones de políticas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores: las personas de edad y el desarrollo, la promoción de la salud y el bienestar en la vejez y el logro de un entorno propicio y favorable. A continuación se analiza la situación de la región en cada una de estas áreas prioritarias y se identifican los temas de mayor relevancia.

A. SEGURIDAD ECONÓMICA

El rápido envejecimiento demográfico tiene impactos económicos tanto en el nivel agregado como en el individual. Se ha planteado que una población envejecida crea presiones fuertes sobre los sistemas de pensiones y genera dificultades a los países para garantizar su solvencia y sostenibilidad, especialmente aquellos sistemas basados en el reparto. Estas dificultades impedirían que las personas cuenten con recursos económicos necesarios para solventar sus necesidades en la etapa final de la vida. Cómo garantizar en el corto plazo la seguridad económica en la vejez, considerado el componente más importante del área prioritaria denominada en el Plan de Acción de Madrid “las personas de edad y el desarrollo”, es uno de los retos de políticas más complejos.

La capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave en la calidad de vida en la vejez. En este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida en la vejez.⁸ El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que hacen a una buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones. Además mejora la autoestima, al permitir el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

La magnitud de los montos necesarios no es fija y de hecho depende de la edad, del estado de salud, de los arreglos de residencia, de los patrones de consumo previos y de cuántos recursos corran por cuenta del Estado a través de servicios gratuitos o subsidios. Los mecanismos de provisión de seguridad económica son varios: el trabajo generador de ingresos, los ahorros (activos físicos y financieros), los sistemas de seguridad social y las redes de apoyo, principalmente las familiares.

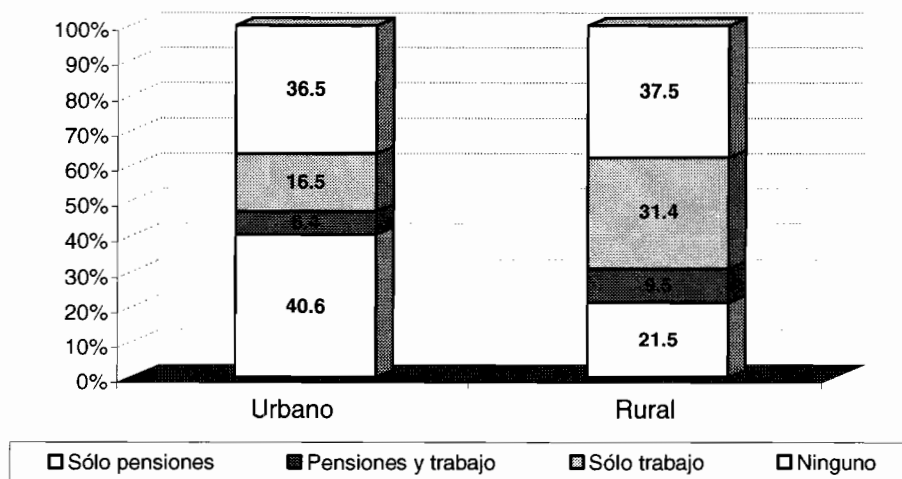
1. Situación de la seguridad económica en la región

Las condiciones de seguridad económica en América Latina y el Caribe son deficientes, desiguales y poco equitativas. Como figura en el gráfico 3, tanto en las áreas urbanas como en las rurales, más de un tercio

⁸ Véase José Miguel Guzmán, “Seguridad económica en la vejez: una aproximación inicial”, documento presentado en la Reunión de expertos en seguridad económica del adulto mayor del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Organización Internacional del Trabajo (OIT)/Comisión Económica para América Latina y el

de las personas de 65 años y más no dispone de ingresos ni de pensiones o jubilaciones ni de un trabajo remunerado. Dos de cada cinco personas mayores disponen de ingresos provenientes de la seguridad social en el área urbana y en las zonas rurales apenas uno de cada cinco. Es por ello que el trabajo constituye la primera fuente de ingreso en el área rural.

Gráfico 3
FUENTE DE INGRESOS DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS. ÁREAS URBANAS Y RURALES DE AMÉRICA LATINA, CIRCA 1997



Fuente: CEPAL, elaborado sobre la base de datos presentados en el *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18, agosto de 2000.

Estas cifras son muy distintas de un país a otro. En las áreas urbanas, en 8 de los 16 países para los que se cuenta con información (véase el cuadro A.2 del anexo), la mitad o más de la población de 60 años y más no cuenta con ningún tipo de ingreso. En las áreas rurales el panorama no es sensiblemente distinto, ya que las personas continúan trabajando y recibiendo algunos ingresos por esta participación.

2. La participación económica en la vejez

Una proporción significativa de los adultos mayores de la región es económicamente activa, contrariamente a lo que acontece en países desarrollados. Por ejemplo, en 1999, los Estados Unidos registraban sólo un 17% de hombres y 9% de mujeres mayores de 65 años que seguían activos; en cambio, en México, los datos del censo del 2000 arrojaron tasas de actividad de 67% en los hombres mayores de 60 años y de 43% en los mayores de 65 años. En las mujeres, la actividad económica decrece a medida que avanza la edad y sólo 10% de las mujeres de 65 años o más permanecen activas.⁹ Las tasas de actividad son sistemáticamente mayores en las áreas rurales; en Bolivia, por ejemplo, alcanzan valores superiores a 60% de la población de 60 años y más, mientras en el área urbana es de 38%.

Durante la segunda mitad del siglo XX, se producen dos fenómenos. En una primera etapa (hasta 1990), las tasas de participación de las personas mayores disminuyeron sostenidamente. Durante la década de los noventa, las tasas han estado aumentando en un gran número de países. De un grupo de 11, en la mayoría se experimentó un aumento de las tasas de participación de las personas de 60 a 64 años y de 65 años y más (véase el cuadro 3). Esta tendencia se explicaría por la conjunción de una serie de factores relacionados con las reformas realizadas en los sistemas de pensiones y específicamente con el aumento de la edad legal al momento de la jubilación y con la exigencia de una mayor cantidad de años de cotización para acceder a la pensión. Además, existen razones que llevan a las personas a permanecer en la actividad económica mientras puedan, porque el monto de las pensiones es muy modesto, porque no tienen acceso a una pensión por no haber aportado las cotizaciones correspondientes a la seguridad social o como una necesidad de compensar ingresos familiares durante las crisis.

Cuadro 3
TASAS DE ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN DE 60 A 64 AÑOS Y DE 65 AÑOS Y MÁS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, 1990 Y 2000

País	Años	60-64 años		Cambio porcentual	65 y más		Cambio porcentual
		1990	2000		1990	2000	
Argentina	1990-2001	33,1	48,5	46,5	9,9	13,0	31,3
Brasil	1990-1999	41,8	47,1	12,7	19,7	25,5	29,4
Chile	1990-2000	36,9	42,6	15,4	14,5	17,5	20,7
Colombia	1992-2000	43,1	40,3	-6,5	21,3	19,2	-9,9
Ecuador	1994-2001	52,7	67,7	28,5	34,1	44,6	30,8
Honduras	1990-2000	57,2	56,7	-0,9	36,9	41,9	13,6
México	1990-2001	40,5	42,5	4,9	21,7	21,3	-1,8
Panamá	1991-2000	33,9	41,2	21,5	21,4	20	-6,5
Paraguay	1990-2001	47,2	60,4	28,0	34,3	39	13,7
Uruguay	1991-2000	38,1	40,3	5,8	10,7	10,1	-5,6
Venezuela	1990-2001	41,7	51	22,3	25,2	28,5	13,1

Fuente: Fabio Bertranou, "Tendencias en indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina", versión preliminar, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2003.

Confirmando lo anterior, se observa que la participación en la actividad económica de las personas mayores está relacionada directamente con la cobertura de la seguridad social, decreciendo a medida que aumenta la proporción de población que accede a una pensión.¹⁰ Por lo tanto, la alta participación de los adultos mayores en la fuerza laboral no respondería necesariamente a una opción voluntaria, sino más bien a la necesidad de garantizar un mínimo de recursos económicos necesarios para sobrevivir. Lamentablemente, en el caso de los países de menor desarrollo relativo las personas mayores se insertan en empleos informales que no permiten eliminar su vulnerabilidad socioeconómica. Si se hace un análisis según las horas trabajadas por quienes permanecen en el mercado laboral, puede afirmarse que no hay diferencias significativas entre las horas que trabajan los adultos mayores y las personas cercanas a jubilarse, pero el ingreso que perciben los primeros es notoriamente inferior al percibido por el grupo de 50 a 59 años.

¹⁰ Véase CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto. Publicación de las Naciones Unidas, N.º de venta: S.00.II.C.18.2000.

Lo anterior no significa que la participación no tenga efectos positivos en el ingreso. En al menos nueve países de la región la incidencia de la pobreza en hogares con adultos mayores aumentaría cerca o más de 20% si se eliminaran los ingresos por trabajo. De este modo, el apoyo a los emprendimientos de personas mayores puede ser una buena alternativa para un envejecimiento activo de algunos sectores que están fuera o han sido desplazados del mercado de trabajo en relación de dependencia.

3. Los sistemas de protección social

En la década de 1980 comienza en Chile una oleada de reformas a los sistemas de jubilaciones y pensiones, que impulsó la introducción de un nuevo régimen previsional destinado a reemplazar en el largo plazo al sistema vigente hasta ese momento. El nuevo esquema chileno se basa en un régimen financiero de capitalización individual puro para financiar las jubilaciones, en tanto que las pensiones de invalidez y sobrevivencia se financian con una combinación de ahorro personal y un seguro colectivo de vida e invalidez. La administración de los recursos previsionales se entrega a sociedades privadas especializadas entre las cuales los trabajadores pueden escoger. El Estado, por su parte, se reserva el papel de regulador-supervisor y también se mantiene como garante de última instancia del sistema.¹¹

En la década de 1990 se introdujeron reformas estructurales a los sistemas de jubilaciones y pensiones en Perú (1992), Argentina (1993), Colombia (1994), Uruguay (1995), Bolivia (1996), México (1996), El Salvador (1997) y Costa Rica (2000). Cada una de estas reformas tuvo características específicas; por ejemplo, en Perú el sistema de administradoras privadas de fondos de jubilaciones y pensiones compite con el antiguo sistema de reparto; en Argentina, Costa Rica y Uruguay el sistema de capitalización individual se complementa con sistemas públicos de reparto, dando lugar a sistemas previsionales integrados. En Bolivia y El Salvador, al igual que en Chile, los sistemas reformados de capitalización reemplazarán en el largo plazo a los antiguos sistema de reparto. Finalmente, Ecuador, Nicaragua y República Dominicana tienen legisladas sus reformas previsionales para incorporar la capitalización individual; sin embargo, aún no se han puesto en marcha los nuevos sistemas.

La progresión hacia la capitalización individual de la seguridad social ha llevado en general a sistemas no solidarios, debido al carácter individual del ahorro previsional, aunque en otros el funcionamiento integrado de los regímenes capitalizados con mecanismos como las pensiones mínimas o básicas equilibran este proceso. Justamente, una de las características de los nuevos sistemas es que se han tendido a separar en forma clara los componentes contributivos de los redistributivos, por lo que, en los casos en que los componentes redistributivos no están adecuadamente implementados, el acceso y la calidad de los beneficios tanto de vejez como de invalidez y sobrevivencia pasan a depender en gran medida de la historia laboral del trabajador. Una excepción a esta tendencia es la reciente reforma colombiana (Ley 797 de 2003), que integra ciertos componentes redistributivos en el sistema de pensiones mismo, por ejemplo, para el financiamiento de las pensiones mínimas.

Otro de los elementos comunes a los sistemas de pensiones y jubilaciones de los países de la región es que, salvo excepciones, están enfocados básicamente hacia los trabajadores dependientes del sector formal. En Argentina y Uruguay, si bien se incluye en la cobertura obligatoria a los trabajadores

¹¹ Cabe señalar que, en el caso de Chile, la garantía estatal de pensión mínima, aunque la más conocida, es sólo una de las garantías fiscales. En efecto, el Estado garantiza las rentas vitalicias, las jubilaciones de invalidez y sobrevivencia causadas durante la vida activa y, en última instancia, la rentabilidad mínima de los fondos de

independientes o autónomos, las tasas de cumplimiento de estos grupos de trabajadores es limitada, sobre todo en Argentina. En general, la baja protección de los trabajadores independientes o autónomos es un problema no abordado por las reformas previsionales de los años ochenta y noventa. De este modo, dada la alta incidencia de la informalidad en el empleo y la escasa capacidad de pago de los trabajadores independientes, una parte importante de la población queda fuera del sistema contributivo, por lo que no llegará a tener autosuficiencia en los ingresos, a menos que cuente con recursos propios suficientes.

El grado de seguridad económica alcanzado por los actuales adultos mayores a través de los sistemas formales de seguridad social es producto del diseño que estos sistemas presentaban hace tres o cuatro décadas y de las características de los mercados de trabajo en dicho período. Por lo tanto, un análisis prospectivo del potencial de los sistemas para brindar seguridad económica a las personas mayores debe basarse en indicadores de cobertura de los trabajadores actuales y en las nuevas condiciones que se están definiendo para acceder a las jubilaciones. En efecto, si bien —como se ha mencionado— existe un amplio espectro de reformas estructurales a los sistemas de pensiones y jubilaciones, en todas ellas tienden a “endurecerse” los requisitos de acceso a las jubilaciones.

Respecto de la cobertura de los trabajadores actuales, de diez países analizados, sólo Uruguay y Chile alcanzan a proteger a más de un 50% de su población activa, mientras que un grupo de cinco países (Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y Venezuela) mantienen una tasa de contribuyentes en torno al 30% de la población económicamente activa (PEA) y los restantes (Bolivia, Paraguay y Perú) se encuentran en niveles cercanos al 10%. Este indicador, a pesar de ser estático y agregado, es útil para poner de relieve la necesidad de profundizar la evaluación del grado de cobertura de las jubilaciones que podrán ofrecer en el futuro los sistemas de seguridad social. En otras palabras, las cohortes de jóvenes y adultos jóvenes actualmente excluidas de la cobertura de la seguridad social serán en las próximas décadas adultos mayores con jubilaciones insuficientes o sin jubilaciones, con lo cual, de no tomarse medidas correctivas, la proporción de adultos mayores que percibe pensiones y jubilaciones podría ser menor que en la actualidad. En la medida en que no se diagnostique a tiempo esta situación, y comience a corregirse, se producirá tensión sobre los sistemas de beneficios asistenciales o no contributivos y también sobre las redes de apoyo formal e informal hacia los adultos mayores. De hecho, los programas de pensiones no contributivas y asistenciales se han ido ampliando paulatinamente, aunque en forma insuficiente, para cubrir las brechas de cobertura que resultan de los esquemas de naturaleza contributiva.¹²

En consecuencia, si bien desde un punto de vista financiero los nuevos sistemas previsionales se encontrarán en mejor situación que en el pasado, es posible esperar un menor grado de cobertura en términos de beneficios que en la actualidad. Ante esta situación, es recomendable vigilar atentamente el proceso de acumulación de recursos de los trabajadores, con el objeto de anticipar presiones ya sea sobre los recursos fiscales para generar beneficios no contributivos para quienes no están cubiertos por el sistema contributivo y sobre el mercado laboral y las familias para compensar la falencia del sistema previsional. Posiblemente esta situación será más notoria en países como Bolivia, El Salvador y Perú, que han aplicado reformas con un mayor componente de ahorro personal y que tienen mercados laborales de alta informalidad.

No debe soslayarse que los nuevos sistemas de pensiones basados en el ahorro individual constituyen un mecanismo interesante en la búsqueda de una seguridad de ingresos en la vejez para

¹² Véase Carmen Solorio, Fabio Bertranou y Wouter van Ginneken, *Pensiones No Contributivas y Asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, Organización Internacional del Trabajo (OIT), Santiago de

aquellos que tienen una participación regular en los mercados de empleo formal. Sin embargo, estos sistemas no disponen de las herramientas necesarias para proteger a las personas mayores de la pobreza cuando éstas están fuera del mercado formal o se ven obligadas a salir del mercado de trabajo y no cuentan con recursos suficientes. Las evaluaciones preliminares que pueden realizarse de los nuevos sistemas de capitalización indican que, en aquellos países donde la implementación se realizó en un marco de estabilidad macroeconómica y disciplina fiscal, las reformas han tendido a aliviar los problemas fiscales de mediano plazo, en parte debido a que reducen los compromisos fiscales esperados, y en parte porque transfieren parte del riesgo financiero a los individuos.

4. Las redes de apoyo familiar y comunitario

Una de las fuentes importantes de ingresos en la vejez son los apoyos familiares. Para ese tercio de la población mayor que no recibía ningún tipo de ingreso (véase el gráfico 3), posiblemente su fuente de apoyo residía sólo en la familia.¹³ Los datos de las encuestas SABE realizadas en ciudades latinoamericanas y caribeñas muestran una alta proporción de personas mayores que reciben apoyo, principalmente familiar. En efecto, esta proporción varía de 82% en la muestra de Barbados hasta 93% en São Paulo y La Habana. Entre los tipos de apoyo, los más importantes son los que implican servicios, bienes y dinero. En casi todos los países, la proporción de personas mayores que recibe este apoyo fue superior a 60%. Otro aspecto destacable es que el apoyo más importante proviene de los miembros que conviven en el hogar, seguido por el de los hijos que viven fuera, el apoyo de los hermanos es menor, aunque no despreciable.

Los datos también señalan un flujo de apoyo de las personas mayores a las demás personas. La proporción de las personas mayores que prestan algún tipo de apoyo varía de 70% en Bridgetown, Barbados, hasta 88% en São Paulo y Santiago de Chile. Además de ilustrar la intensidad con que ocurren las transferencias de apoyo en las que participan los adultos mayores en América Latina, estas cifras muestran que las transferencias de apoyo operan en doble vía.

La situación actual en materia de las posibilidades de que disponen las personas mayores para buscar apoyo y protección económica en sus descendientes es el resultado de las circunstancias demográficas predominantes tres o cuatro décadas atrás, circunstancias que se han ido modificando sustancialmente.¹⁴ Por una parte, la fuerte disminución de la fecundidad reducirá el tamaño de la red de apoyo familiar potencial con que contarán las personas mayores. Particularmente difícil es la situación de las personas que serán mayores en los próximos años, que deberán prepararse para su propia vejez en condiciones poco propicias, como las descritas antes, al tiempo que deberán ayudar a sus ancianos, sabiendo que no necesariamente contarán con el mismo tipo de apoyo familiar que ellos están ofreciendo a sus mayores. Por otra parte, la incorporación plena de la mujer al mundo del trabajo fuera del hogar implica una readecuación de las funciones de cuidado entre hombres y mujeres, pero independientemente de ello, disminuye la disponibilidad de un recurso de apoyo que por su condición de género ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. Por último, la mayor longevidad y su efecto en la menor incidencia de la viudez, unido a los cambios en los patrones de formación y disolución de uniones, modifican las estructuras familiares y crean alteraciones que pueden limitar la capacidad de las familias de ofrecer apoyo en el futuro.

¹³ Paulo Saad (2003), op. cit.

B. SALUD Y ENVEJECIMIENTO

En la región de América Latina y el Caribe se han registrado progresos extraordinarios en la disminución de la mortalidad en todas las edades, con lo cual ha aumentado la esperanza de vida y mejorado la salud de la población. No obstante, persisten agudas desigualdades sociales y de edad en las condiciones de salud y de acceso a una atención de salud satisfactoria de las personas mayores.

Parte importante del incremento futuro de la proporción de personas mayores en la población se atribuye a los cambios de la mortalidad del período de 1930 a 1990. El ritmo de este cambio se debió a la disminución de la mortalidad asociada a enfermedades infecciosas en los diez primeros años de vida. El tiempo relativamente comprimido en el que la estructura por edad de la población de la región ha envejecido obedece, al menos parcialmente, a la revolución médica y de salud pública que desencadenó la disminución de mortalidad hace medio siglo. Las cohortes de las personas mayores que alcanzarán los 60 años después del año 2000 son aquellas que experimentaron los beneficios de la tecnología médica introducida durante el período posterior a la segunda guerra mundial. Las ganancias que llevaron a su mayor supervivencia son en buena medida el resultado de la reducción exitosa de la exposición a enfermedades infecciosas, mejores tratamientos y recuperaciones más rápidas.¹⁵ Ello ha llevado a la hipótesis de que, en el futuro próximo, el estado de salud y las limitaciones funcionales entre los adultos mayores en América Latina podría empeorar. Si esta hipótesis resultara cierta, el proceso de envejecimiento en la región provocaría un marcado incremento en la demanda de servicios de salud. Pero aun si esta hipótesis no se cumpliera, el aumento absoluto y relativo de la población de 60 años y más, y especialmente de los más viejos, repercutirá en un aumento sostenido de dichas demandas.

A continuación se analizan los aspectos considerados para abordar la problemática de la salud de las personas mayores en la región.

1. Perfiles de mortalidad por causas en las personas mayores

Para el análisis de los cambios en la mortalidad de las personas de 60 años y más, según diferentes causas, se usan los datos disponibles para varios países de la región¹⁶ para inicios de los años ochenta y finales de los noventa. En términos de las enfermedades infecciosas transmisibles, la tasa estandarizada de mortalidad en adultos mayores debida a estas causas tuvo una reducción neta de 16% en varones y 19% en mujeres de 60 y más años. Dentro de estas causas, la más importante en la población adulta mayor de ambos sexos, por su frecuencia, sigue siendo la infección de las vías respiratorias, cuya tasa se redujo 8% en varones y 15% en mujeres durante el período observado. La reducción más notable se logró con la mortalidad por tuberculosis, cuya incidencia se redujo intensamente en ambos sexos: 49% en varones y 54% en mujeres.

La tasa estandarizada de mortalidad debida a enfermedades neoplásicas aumentó levemente en hombres (4%) y descendió también levemente en mujeres (5%). En la población masculina de esta edad la tendencia más notoria ha sido el aumento de 52% en el riesgo de muerte por cáncer de próstata y de 6% en el de pulmón, incrementos no compensados por la reducción de 25% en el riesgo de muerte por cáncer

¹⁵ Véase Alberto Palloni, Susan DeVos y Martha Pelaez, "Aging in Latin America and the Caribbean", *CDE Working Paper*, N° 99-02, Wisconsin, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin-Madison.

¹⁶ Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México,

de estómago y de 1% en las demás neoplasias. Por su parte, en la población femenina de esta edad el riesgo de muerte por cáncer de pulmón se incrementó 25% y el de mama 15%, lo que fue parcialmente compensado por la reducción del riesgo de muerte por cáncer de estómago de 34%, de útero de 14% y de las demás neoplasias de 3%. En su conjunto, la mortalidad por cáncer en este grupo de edad sigue representando la segunda causa de mayor magnitud, después de las enfermedades cardiovasculares.

Respecto de la mortalidad debida a enfermedades del sistema circulatorio, se observó una reducción neta del riesgo de morir cercana a 21% en varones y 29% en mujeres de 60 y más años, siendo ésta la característica específica más destacable del cambio en el perfil de mortalidad de la población adulta mayor de América Latina y el Caribe en las últimas dos décadas del siglo XX. En efecto, es el grupo de causas de muerte que tuvo la contribución más significativa a la ganancia de la esperanza de vida de ambos sexos. Las reducciones más significativas en las tasas estandarizadas a nivel regional se observaron en las correspondientes a enfermedades cerebrovasculares, así como en enfermedades isquémicas coronarias. El riesgo de morir por enfermedad hipertensiva —por el contrario— cayó 2% en mujeres y subió 8% en varones, aunque en ambos sexos se observó una reducción neta del riesgo en edades menos avanzadas. Por otro lado, se observó una marcada reducción del riesgo de morir por las demás enfermedades del aparato circulatorio (42% en mujeres; 38% en varones), una categoría que incluye, entre otras causas, la fiebre reumática, cardiopatías valvulares, insuficiencia cardiaca congestiva, cardiomiopatías y una gran variedad de otros padecimientos cardiovasculares.

La tasa estandarizada de mortalidad debida a causas externas en adultos mayores bajó cerca de 16% en varones y 19% en mujeres de 60 y más años. En ambos sexos el mayor riesgo de muerte por una causa externa corresponde a los accidentes de transporte, siendo este riesgo en varones tres veces el de las mujeres, no obstante una reducción de 19% en ellos y de 21% en ellas. Las caídas accidentales son la segunda causa externa de mortalidad en adultos mayores, habiéndose observado también una reducción de 43% en mujeres y de 22% en varones. En varones adultos mayores, el homicidio es una importante causa externa de mortalidad y sus tasas tienden a mantenerse relativamente estables. El suicidio es cerca de seis veces más frecuente en varones que en mujeres adultos mayores.

La tasa estandarizada de mortalidad debida a todas las demás causas en adultos mayores aumentó durante el período analizado. Dentro de este grupo adquiere relevancia la diabetes mellitus, que se incrementó notablemente en el período descrito; el riesgo absoluto de morir por esta causa aumentó 57% en varones y 38% en mujeres, con lo cual el exceso de riesgo en la mujer tendió a atenuarse (bajó de 25% a 10% en el período).¹⁷ En el caso de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se produjo una reducción, mientras que la mortalidad por cirrosis hepática no varió significativamente en el período estudiado.

2. Perfiles de morbilidad y factores de riesgo en las personas mayores

Los datos de las encuestas SABE muestran que la mayoría de las personas mayores declara no tener buena salud, siendo siempre este indicador mayor en mujeres.¹⁸ La proporción de personas de 60 años y más en Santiago de Chile, Ciudad de México y La Habana que declara tener salud mala o regular es más de un 60% en las mujeres y más de 50% en los hombres. Estos valores son casi el doble de los correspondientes a Buenos Aires, Barbados y Montevideo, siendo de solo 35% y 40% en los Estados

¹⁷ El riesgo relativo de muerte se midió suponiendo que todas las personas pueden sobrevivir hasta los 85 años de edad.

Unidos y Canadá respectivamente, en las personas de 70 años y más. Esto indica las enormes disparidades de salud de un país a otro, donde la esperanza de vida a los 60 años es muy similar, pero se ha registrado un proceso de envejecimiento demográfico y económico muy distinto.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, éstas tienen su origen en numerosos factores de riesgo además de los factores genéticos. Aun en la vejez no es tarde para modificar hábitos no saludables y controlar —o evitar— factores de riesgo que, en la mayoría de las veces, causan o complican algunas enfermedades crónicas que, a su vez, pueden causar discapacidad. La prevalencia de factores de riesgo en las personas adultas mayores es alarmante. Entre las personas adultas mayores más jóvenes, o sea las de 60 a 69 años, con excepción de Barbados, en las ciudades de la encuesta SABE, casi una de cada dos personas tiene al menos dos factores de riesgo que pueden incluir: el consumo de tabaco, el sobrepeso o la falta de actividad física rigurosa. En general, las personas que presentan alguna limitación en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tienen por lo menos uno de los factores de riesgo mencionados.

La prevalencia de hipertensión oscila en torno del 48% en el total de las ciudades incluidas en la encuesta SABE. Sobre la base de esta cifra es posible especular que por lo menos 20 millones de adultos mayores en América Latina y el Caribe sufren de hipertensión, dos tercios de los cuales son mujeres. Dado que se trata de respuestas sobre diagnóstico conocido, la verdadera prevalencia podría ser aún mayor.

Respecto de la diabetes, en Ciudad de México y en Barbados la prevalencia de diabetes reportada por adultos mayores está por encima del 22% y de 10% en las otras ciudades.¹⁹ La prevalencia de diabetes tiende a ser más alta en casi todas las ciudades entre las personas que tienen menos de tres años de escolaridad, está asociada a la obesidad y a la autopercepción de salud regular o mala. Por su parte, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbi-mortalidad en las personas adultas mayores. El riesgo de tener una enfermedad del sistema cardiovascular en las personas de 60 años y más es de aproximadamente 18% para los hombres y 20% para las mujeres. Casi una de cada dos mujeres de 60 años o más tienen artrosis, que es una de las enfermedades más discapacitantes para las personas adultas mayores, siendo frecuente encontrar prevalencias bastante mayores, como en el caso de Buenos Aires y La Habana, donde cerca de dos tercios de las mujeres la padecen. En cuanto al deterioro cognitivo, en algunas ciudades de América Latina, éste puede superar fácilmente el 20% entre los adultos mayores de 75 años. Del total de personas con deterioro cognitivo los adultos mayores de más baja educación constituyen casi la mitad. En cuanto a los síntomas depresivos, el valor promedio en las ciudades analizadas en la encuesta SABE se sitúa en torno de 18%, siendo sistemáticamente mayor en las mujeres.

Respecto de las caídas, la encuesta SABE muestra que la proporción de adultos mayores que se ha caído en los 12 meses anteriores al estudio es de aproximadamente 30%. La relativa semejanza encontrada permite inferir que cerca de 13 millones de adultos mayores al año sufren de caídas y sus consecuencias. En cuanto a la malnutrición, el principal problema es la obesidad. En Ciudad de México, Santiago y Montevideo, tres de cada cuatro mujeres de 60 años y más tienen un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m². En cuanto a la salud ocular y la salud oral, existe una importante demanda que debe ser atendida, ya que en ambos casos las limitaciones que se derivan tienen repercusiones en la calidad de vida de las personas mayores.

¹⁹ En Ciudad de México, además de la entrevista oral, se hicieron pruebas de glucosa en ayunas y se pudo observar que por cada adulto mayor que conocía su diagnóstico de diabetes, se identificó otro con diabetes no

3. Capacidad funcional y discapacidad

La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente 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. No existen datos enteramente comparables para medir la discapacidad en América Latina y el Caribe; sin embargo, con los datos de los censos de población se tienen estimaciones que, aunque no estrictamente comparables, permiten apreciar una elevada incidencia de la discapacidad.

Es evidente que, según avanza la edad, aumenta la prevalencia de la discapacidad. Con estas cifras es posible estimar que si la incidencia de la discapacidad se mantiene constante durante los próximos años, para el año 2010, por ejemplo, habrá en México cerca de un millón de personas de 70 años y más con discapacidad. Estas serán personas que necesitarán cuidadores, ya sea algún familiar o un(a) cuidador(a) domiciliario(a) que ayude al adulto mayor en sus actividades cotidianas.

Otra forma más adecuada de aproximarse al fenómeno es midiendo la funcionalidad física, a través de la capacidad de las personas mayores para desempeñar actividades básicas del vivir diario (ABVD) sin limitaciones. Ellas son: cruzar un cuarto, bañarse, comer, vestirse y acostarse o salir y entrar de la cama. Alrededor del 20% de las personas adultas mayores entrevistadas en SABE reporta tener dificultades con las ABVD, cifra que aumenta al 26% entre los adultos de 70 y más años de edad.

Las tres ciudades en que se registraron menores prevalencias de discapacidad fueron Bridgetown, Buenos Aires y Montevideo, ciudades que, al mismo tiempo, tienen mayor oferta de residencias geriátricas para cuidados crónicos prolongados.²⁰ En las ciudades donde se conjetura que hay menos oferta, como Santiago de Chile, México, Cuba y São Paulo, la proporción de personas que tienen cuatro o más limitaciones para las ABVD es casi el doble que para Buenos Aires, Bridgetown y Montevideo.

4. Modalidades de atención de las personas mayores

a) Los cuidadores para los casos de discapacidad

Al considerar los problemas de discapacidad y movilidad, un aspecto importante es la responsabilidad de los cuidadores. En los países de la región son los miembros de la familia los principales prestadores de cuidados para las personas adultas mayores, con una alta proporción de mujeres (cerca del 90%). La mayoría son personas mayores de 50 años expuestas a desgastes emocionales y problemas económicos. En todos los casos, más del 60% de los cuidadores “sienten que no pueden más” y en algunos países hasta el 80% dicen tener “problemas para afrontar gastos”. Sin embargo, en ningún país existe una política de apoyo a cuidadores o un plan para el desarrollo de opciones para la atención diurna de las personas con discapacidad.

b) Cuidados de largo plazo

Aunque la opción preferida es que las personas mayores permanezcan en sus hogares de origen, ello no evitará la necesidad de contar con servicios adecuados para las personas que quieran o deban elegir esta opción. En los países de la región, no obstante, la respuesta del mercado a las necesidades de las familias puede llevar a una cultura de abuso y maltrato que viola los derechos humanos de las

²⁰ Este tipo de instituciones no se incluyó en las encuestas SABE, que se basaron únicamente en muestras de

personas con discapacidad. Para evitarlo se requieren políticas coherentes de apoyo a la familia y de opciones comunitarias que prolonguen el tiempo de participación e independencia del adulto mayor. Las instituciones desarrolladas en los países industriales no son viables para los países de América Latina y el Caribe.

La información recopilada muestra que en ningún país de la región existe un registro fiable de instituciones o residencias de atención a largo plazo. Esto no sólo tiene implicaciones para un cálculo más veraz de las personas mayores institucionalizadas sino que además indica la falta de prioridad asignada al asunto. En los países donde hay una legislación al respecto no existe la capacidad de fiscalizar su cumplimiento. Estas instituciones o residencias ofrecen servicios con cuidadores sin capacitación o formación calificada y en su mayoría sin una supervisión profesional. En el 90% de los países no existen leyes que regulen o que requieran la fiscalización de dichas instituciones.

Las instituciones de atención a largo plazo se podrían clasificar en dos grandes grupos: los hospitales geriátricos o instituciones públicas o privadas que se identifican como tales en algún registro público y las residencias privadas que ofrecen servicios de cuidados a largo plazo pero que no se identifican como tales en ningún registro público. A partir de los datos de los censos de población se pueden identificar, por lo menos, los hospitales, asilos o residencias colectivas. Se calcula que de 1% a 2% de las personas de 60 años y más residen en instituciones identificadas como hogares colectivos. Se conjetura que estas cifras son un piso mínimo y que el valor real está por encima de los porcentajes reportados.

c) **La atención domiciliaria**

La atención domiciliaria es una alternativa o un complemento de la atención que prestan las instituciones y las familias, ya que permite que la persona permanezca en su casa y garantiza que se le preste una atención adecuada al nivel de funcionalidad y el estado de salud. Un modelo integral de atención domiciliaria incluye a los familiares como elemento fundamental del equipo de atención de la salud. En la mayoría de los países donde se están elaborando programas de atención domiciliaria se conciben como extensión directa de los programas hospitalarios. Sin embargo, en el caso de los adultos mayores con pérdida funcional y enfermedades crónicas, el modelo de atención domiciliaria necesita de un modelo especial de atención a largo plazo en el domicilio y no solo de atención post-hospitalaria. La atención a largo plazo en el domicilio no se ha desarrollado dentro de las políticas de servicios de los países. No obstante, será indispensable considerarla como parte integral de una política nacional de atención a largo plazo para personas con discapacidades y enfermedades crónicas.

5. La oferta de servicios de salud

Existe cada vez una mayor conciencia en la región de la necesidad de readecuar los servicios de salud para atender las necesidades de una creciente población adulta mayor. Para ello será preciso hacer frente a dificultades existentes en la actualidad que atañen a los problemas siguientes:

- *Falta de personal capacitado para atender a las personas mayores:* 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. Sin embargo, el 80% del personal responsable de los programas nacionales en salud de las personas adultas mayores carecen de una formación o capacitación en salud pública y

está empezando a fomentar, la mayoría de los adultos mayores nunca tendrán acceso a un médico o enfermera con especialidad en geriatría. A su vez, el personal de salud debe haber recibido por los menos una capacitación continua y supervisada por médicos especialistas en la medicina del adulto mayor. Este factor tiene que ser considerado prioritario para respetar el derecho de las personas adultas mayores a ser atendidas con la misma calidad de atención que otros grupos de población. Los profesionales de la asistencia sanitaria no se adiestran en general para reconocer las necesidades de salud de las personas de edad. El personal actual, formado principalmente para atender la salud materno-infantil, no puede administrar las necesidades de salud de las personas de edad con trastornos médicos complejos.

- *Dificultades de financiamiento de los sistemas de salud:* el financiamiento de los sistemas de salud es un componente esencial de los procesos de reforma social; no obstante, el desarrollo de sistemas sostenibles tendrá que incorporar el millón de personas que anualmente se agregará al contingente de los adultos mayores durante los próximos diez años, volumen que se duplicará en la década siguiente. El financiamiento de la protección social de la mayor parte de este grupo de población se tendrá que hacer por medio de esquemas solidarios que no son fáciles de diseñar con economías frágiles. Sin embargo, la alternativa será un proceso de envejecimiento con mayores enfermedades que, aunque no llevan a la muerte, generan discapacidades y por lo tanto producirán una mayor carga económica y social en el núcleo familiar.
- *Falta de incorporación de la promoción de la salud:* menos del 2% de los países incluyen metas de promoción de la salud para la población de 60 años y más. Las autoridades de salud pública no han incorporado en los planes nacionales las prioridades establecidas en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en Madrid en 2002, y la resolución CSP26.R20 de la Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud, donde se insta a los Estados miembros a fijar metas específicas por género y etnia, y estrategias de vigilancia en las áreas de salud nutricional, actividad física, lesiones no intencionales y prevención de las caídas, salud mental y prevención de las agresiones a personas mayores. El desarrollo de un enfoque de salud comunitaria que promueve el envejecimiento activo es uno de los principales retos que enfrentan los Estados miembros con el aumento de la esperanza de vida en la región. En varias localidades se pueden detectar experiencias demostrativas en salud comunitaria de los adultos mayores, pero la falta de evaluación y sistematización de la mayoría de estas experiencias no permiten su aprovechamiento óptimo.
- *Desconocimiento de los derechos:* la mayoría de las personas de edad no conoce sus derechos en lo que se refiere a la salud, especialmente si tienen alguna discapacidad o un nivel bajo de escolaridad y viven en comunidades rurales. En todos los países las personas de edad indígenas encuentran problemas adicionales para la participación en programas de salud comunitaria por las barreras del idioma y la dificultad para adaptarlos a sus normas culturales.
- *Desarrollo limitado y poco fiscalizado de las instituciones de larga estadía:* las instituciones y servicios de atención a largo plazo en la región han sido desarrolladas, en su mayoría, por el sector privado y la sociedad civil en respuesta a una necesidad de mercado. Se calcula que un 80% de las personas que reciben atención en estos hogares o instituciones sufren de algún tipo de demencia, padecen incontinencia y tienen dificultad para hacer por lo menos una de

- *Fragmentación de los servicios y falta de una atención integral:* cada día con más frecuencia, las personas mayores que acuden a los consultorios representan tasas más altas de ingresos hospitalarios y consumen, en proporción con el resto de la población, mayor número de fármacos. Sin embargo, la red de servicios está fragmentada y, en lugar de ofrecer una coordinación adaptada a sus necesidades, se pretende que el nuevo usuario se acople a un esquema de funcionamiento que sirve para resolver los graves problemas que suelen aquejar a los usuarios más jóvenes pero no los que las personas mayores traen a los consultorios comunitarios.
- *Falta de investigación y monitoreo:* aunque la mayoría de los países tiene la capacidad de hacer investigación en salud pública, carecen de capacidad para estudiar la epidemiología del envejecimiento y la repercusión que tienen las enfermedades relacionadas con la vejez en las personas, las familias y los servicios. Actualmente, ninguno de los sistemas de vigilancia de la región tiene la capacidad de analizar la naturaleza y la magnitud de las amenazas de la malnutrición, de las caídas, la artropatía y la demencia a medida que las personas envejecen. No hay investigación sobre los factores de riesgo y el cambio de los comportamientos nocivos de las personas de 60 años y más. Con la excepción de la encuesta SABE, la Encuesta Nacional Mexicana sobre el Envejecimiento y la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento en Puerto Rico, no se tienen muchos ejemplos de estudios de población hechos en gran escala durante los últimos tres años que tengan como objetivo el estudio de la salud y sus determinantes en la vejez.

C. ENTORNOS FAVORABLES

El fomento de un entorno propicio para el desarrollo social de las personas mayores fue uno de los aspectos tratados en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento aprobado en Madrid. La creación de condiciones esenciales, 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 mayores. En la región se ha considerado fundamental incluir la situación de los entornos sociales (maltrato de personas mayores, imagen del envejecimiento y participación) y de los entornos físicos (vivienda y uso del espacio urbano) como ámbitos de intervención que requieren cambios debido a que las evidencias indican que existen brechas con otras generaciones y entre las mismas personas mayores que es urgente disminuir. En lo que sigue se presentan elementos de diagnóstico sobre la temática.

1. Entornos sociales favorables

a) **Maltrato de personas mayores**

Desde que el maltrato contra las personas mayores fue reconocido como un problema social en la década de 1980 se ha producido un largo debate sobre su definición, tipología y formas de evitarlo. En la actualidad la definición más usada es: “el maltrato a las personas mayores es un acto único y reiterado, u omisión que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa

de confianza”,²¹ mientras que los tipos de maltrato reconocidos incluyen desde el físico y psicológico hasta el maltrato patrimonial y el autoabandono.

A nivel familiar, hay dos factores claves que subyacen a casi de todos los tipos de maltrato: el sexo y la condición socioeconómica. Con frecuencia la víctima es femenina, mayor de 75 años y reside con familiares, mientras que el victimario suele ser un miembro de la familia, un hijo o un adulto responsable de proporcionar el cuidado. La dependencia del victimario, más que la de la víctima, aparece como relevante dentro de las situaciones de maltrato en la vejez.

A nivel comunitario, algunas variables que pueden asociarse al maltrato son aquéllas que surgen como consecuencia del proceso de modernización: la pérdida progresiva de funciones, la interdependencia generacional y la erosión de las estructuras familiares tradicionales. Uno de los factores más importantes al respecto es el desplazamiento forzoso, por razones de diferente índole, que provoca en las personas mayores sentimientos de desarraigo y depresión.

A nivel institucional, una de las formas más visibles del maltrato ocurre en las instituciones de larga estadía (residencias, asilos, etc.) que no cumplen con estándares de calidad básicos, lo cual redundando en privaciones de cuidado, pérdida de individualidad, fraude, suicidios, etc.

En la región, la prevalencia e incidencia del maltrato todavía no se conoce en profundidad. Pese a ello es posible llegar a ciertas conclusiones a partir de estudios monográficos realizados en algunos países de la región:

- Las causas que conducen al maltrato son múltiples y complejas. Existe consenso en que ciertas condiciones lo favorecen. Entre ellas: estrés del cuidador/a, falta de recursos para atender las necesidades de la víctima, cuidadores no calificados y situaciones de crisis económicas y desempleo.
- El tipo de maltrato más frecuente es psicológico, expresado en insultos, intimidación, humillación o indiferencia, lo que incide en sentimientos de inseguridad, evasión y refuerzo del aislamiento de las personas mayores.
- Existen importantes diferencias por género. La mayor parte de las víctimas y agresoras son mujeres. Esto se debe a que las tareas de cuidado recaen generalmente en manos femeninas y las mujeres mayores tienen más alta probabilidad de necesitar de cuidado debido al deterioro fisiológico que implica los años de sobrevivida femenina.

El maltrato tiene repercusiones personales, sociales y económicas. El maltrato físico de personas mayores puede tener consecuencias graves debido, principalmente, a su fragilidad ósea, con períodos de convalecencia más prolongados que pueden derivar en la muerte. Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave del maltrato es el aislamiento de la persona mayor, la disminución de su autoestima y los sentimientos de inseguridad, que a la larga favorecen la creación de estereotipos negativos de la vejez. Desde una perspectiva económica se encuentran los gastos que entraña satisfacer una demanda de servicios especializados y entrenamiento de personal para prevenir y atender las situaciones de maltrato. Si se incluyen aquí las pérdidas patrimoniales de las personas mayores producto del aprovechamiento y despojo de fondos y/o haberes, los costos económicos son aún más altos.

²¹ Véase Action on Elder Abuse, “Action on elder abuse's definition of elder abuse”, *Action on Elder Abuse Bulletin*, vol. 1, no. 1, p. 1, 1995.

b) Imagen del envejecimiento

Los estudios sobre la imagen del envejecimiento indican que en la actualidad la visión hegemónica en las sociedades occidentales es negativa y se expresa en la representación social de la vejez como pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social. Entre las posibles causas del problema se encuentra la construcción cultural de la vejez como una etapa de pérdidas, de todo tipo. Esta representación como deterioro se articula con la configuración imaginaria colectiva que cada cultura da al paso del tiempo y a sus efectos en la corporalidad. Se generan ideas, prejuicios y conocimientos de las personas mayores en que los cambios de orden físico y biológico se construyen como pérdidas en la vida social.

Los valores de la sociedad influyen en esta situación, dado que las ideas de la vejez forman parte del imaginario asentado en la productividad, con vertiginosos adelantos tecnológicos, donde el arquetipo hegemónico son los jóvenes y adultos en edad productiva y con poder. Otro factor importante es la cultura de la apariencia: la belleza, el vigor, la lozanía, como atributos de una juventud inacabable, constituyen rasgos sobreestimados, que desplazan cualquier otro tipo de aspiración y van en detrimento de la comunicación a través de la palabra.

Entre las consecuencias de esta situación se puede señalar que la edad de la vejez es una fuente de vulnerabilidad (social y económica) que puede redundar en exclusión en tanto grupo. Otra consecuencia importante es la invisibilidad de la vejez a nivel de políticas públicas, investigación y academia.

Una función fundamental en el mantenimiento o cambio de esta situación les cabe a los medios de comunicación, que en general presentan una imagen estereotipada de la “tercera edad”. En efecto, en los últimos años esta imagen ha pasado de una persona dependiente e inactiva hasta el típico hombre mayor, jubilado, urbano, con capacidad de consumo. Tal imagen no siempre admite las diferencias que atraviesan a las personas mayores. Resulta imprescindible modificar la perspectiva que estereotipa negativamente la vejez, ya que, como veremos más adelante, no corresponde a la realidad. Las personas mayores tienen potencialidades, recursos, capacidad de lucha y aptitudes transformadoras.

c) Participación de las personas mayores

La participación consiste en promover la organización de los individuos en torno de intereses y crear condiciones para que la comunidad pueda defenderlos, reivindicarlos, articularlos, hacer alianzas o determinar políticas públicas.²² En el caso de las personas mayores, la autorrealización personal implica desempeñar un papel más activo en los asuntos públicos, defendiendo sus demandas en el acceso equitativo a oportunidades de empleo y ocupar espacios centrales antes que marginales en la sociedad. En América Latina y el Caribe, los grupos organizados de personas mayores llevan a cabo una amplia gama de actividades, que abarcan desde la presión por servicios de salud y microemprendimientos, hasta el asesoramiento legal o defensa de derechos.

- *Participación en la concertación y control de políticas y programas:* a partir de la última década del siglo XX se han formalizado en los distintos países ámbitos para la participación de organizaciones de personas mayores en el diseño y ejecución de políticas y programas. No se cuenta con información que permita evaluar la efectividad de los mecanismos

²² I. Licha, *Participación comunitaria. Conceptos y enfoques de la participación comunitaria*, Washington, D.C.,

existentes, pero se sabe que constituyen espacios valiosos para el aprendizaje y ejercicio de la capacidad de negociar.

- *Participación comunitaria*: en casi todos los países de la región se encuentran dos grandes tipos de organizaciones en que participan las personas mayores: las organizaciones de la comunidad que envejecen con sus miembros y se nutren de las nuevas generaciones, y las conformadas exclusivamente por personas mayores. Asimismo, las personas mayores participan en una variedad de redes informales de composición diversa (familiares, vecinales, comunitarias) en las que realizan intercambios. La estructura y el contenido de las redes varían según los distintos contextos, pero en general se observa que los hombres tienden a ocupar posiciones de dirigentes y proporcionar dinero, mientras que las mujeres son en mayor proporción “socias” e intercambian servicios y ayudas.
- *Voluntariado*: en muchos países de la región se registra la participación de las personas mayores en actividades de voluntariado. La disponibilidad de tiempo libre tras el cese laboral o la independencia de los hijos favorece el desarrollo de este tipo de tareas de productividad social.

El análisis comparado de las prácticas vinculadas con el voluntariado es complejo, dado que el valor y significado de los intercambios varían en un mismo país y entre países de la región; no obstante, a partir de los resultados de la encuesta SABE, es posible identificar algunas tendencias.

Las ciudades en que se presenta mayor participación de las personas mayores en actividades de voluntariado son São Paulo y Bridgetown. Santiago, Buenos Aires y Montevideo presentan niveles medios de participación voluntaria y en Ciudad de México y La Habana la participación es baja. Los lugares donde se realizan actividades voluntarias son principalmente iglesias y templos; les siguen otros espacios como los centros de adultos mayores (Santiago, Buenos Aires y La Habana), servicios de bienestar social (Ciudad de México, Montevideo y São Paulo) e instituciones que albergan niños (São Paulo y Montevideo). Una proporción menor realiza voluntariado en universidades, colegios u hospitales. El tipo de instituciones en el que se realiza trabajo voluntario es diferente según el sexo, como también lo es el significado de la actividad (véase el cuadro 4).

Cuadro 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS LUGARES DONDE LAS PERSONAS MAYORES BRINDAN AYUDA VOLUNTARIA. CIUDADES SELECCIONADAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Tipo de ayuda	Buenos Aires	Bridgetown	São Paulo	Santiago	La Habana	México	Montevideo
Servicio de bienestar social	8.5	6.7	12.5	4.0	4.2	36.7	14.2
Centros de adultos mayores	13.1	3.3	6.8	12.5	8.3	4.8	10.0
Centros de hogares de niños	7.9	1.6	10.1	4.3	2.4	1.3	20.1
Colegio\Universidad	6.5	0.3	0.8	1.1	5.0	2.9	4.2
Puesto de salud	5.1	1.0	0.0	2.2	14.6	3.9	3.5
Iglesia o templo	36.2	73.5	57.1	37.6	22.0	38.1	25.1
Hospital	6.5	0.8	2.5	1.3	15.4	0.0	3.4
Otro	16.3	12.8	10.2	37.1	28.1	12.3	19.5

Fuente: Encuesta SABE. Procesamiento especial realizado por la División de Población de la CEPAL (CELADE), 2003.

- *Redes de parentesco*: la familia es la sede de transferencias intergeneracionales de recursos —materiales, de cuidados, afectivos— de suma importancia en la vida cotidiana de las personas mayores. Si bien estos intercambios forman parte del ámbito privado, en muchas comunidades los límites entre relaciones de parentesco y relaciones vecinales o comunitarias suelen ser permeables o difusos. Según la encuesta SABE, las ayudas prestadas por las personas mayores en las redes de parentesco varían según el nivel socioeconómico; sin embargo, el cuidado de los niños es una práctica generalizada. Entre el 17% de personas mayores en Bridgetown y el 25% en Montevideo brindan cuidado de niños, contribuyendo a la socialización de las nuevas generaciones y a la transferencia de saberes y costumbres.
- *Educación*: la continuidad educativa a lo largo de la vida plantea desafíos a los sistemas formales, demandando el adiestramiento para el uso de nuevos desarrollos tecnológicos, terminar estudios básicos incompletos o acercarse a áreas temáticas de interés particular. En la región, a partir de la década de 1980, se observan en algunos países —Costa Rica, Chile, Uruguay, Argentina y Brasil— el aumento de la oferta de Universidades de la Tercera Edad, dando respuesta a las necesidades de capacitación de un segmento de personas mayores de nivel socioeconómico medio. En general, las mujeres asisten en mayor proporción que los hombres a estas actividades, fenómeno que no sólo puede atribuirse a una sobrevida femenina, sino también a la necesidad de saldar brechas generacionales.

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto que las personas mayores están realizando actividades de distinta índole en su beneficio y de la comunidad. No obstante, estas prácticas no siempre están articuladas o provocan un cambio en la condición y posición de las personas mayores; se espera que en los próximos años se traduzcan en la generación de condiciones para un mayor empoderamiento de las personas mayores.

2. Entornos físicos favorables

Existen múltiples influencias de la vivienda en la calidad de vida, ya sea desde la esfera objetiva de las condiciones de vida y el patrimonio como en la esfera subjetiva del bienestar. La situación habitacional de las personas mayores debe analizarse en el contexto de las estructuras familiares y debe reconocerse la diversidad de necesidades y preferencias de las personas mayores, incluida la opción de “envejecer en casa”. En lo que sigue se describen las condiciones habitacionales de este grupo social en varios países de la región sobre la base de los censos.

- *Estructura de los hogares*: los hogares multigeneracionales compuestos por núcleos conyugales con algún miembro mayor que cohabita con personas de distinta generación es una forma de convivencia muy frecuente en todos los países estudiados; su peso varía entre un 20% y un 40% del total de arreglos residenciales. La excepción es Uruguay, donde este tipo de arreglo asciende al 18,4% y es menos frecuente que el de pareja de adultos mayores viviendo solos. En cambio, los hogares constituidos por una pareja sola en la que al menos uno de los miembros es mayor de 60 años son menos frecuentes, excepto en Uruguay (24,4%). Según datos de evolución intercensal para cinco países (Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador y Panamá), a excepción de Bolivia, los hogares con personas mayores se han incrementado más rápido que los hogares sin miembros de edad y, según proyecciones, los hogares dirigidos por personas entre 60 y 74 años aumentarán significativamente en números absolutos, mientras que los hogares encabezados por mayores de 75 años crecerán más

- *Tenencia de la vivienda*: un rasgo sobresaliente es que la vivienda propia en hogares con presencia de personas mayores es más frecuente que en otro tipo de arreglos (véase el cuadro 5).

Cuadro 5
**PORCENTAJE DE HOGARES CON PERSONAS QUE HABITAN EN VIVIENDA PROPIA, SEGÚN
 PRESENCIA DE PERSONAS MAYORES. PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA
 Y EL CARIBE. ÚLTIMO CENSO DISPONIBLE**

País	Año	Hogares con personas mayores	Hogares sin personas mayores	Total
Bolivia	2001	92,9	76,1	80,3
Brasil	2000	84,9	72,4	75,2
Chile	2002	85,0	67,5	72,8
Costa Rica	2000	83,9	68,0	71,7
Ecuador	2001	79,7	62,6	67,2
México	2000	86,3	72,4	75,6
Panamá	2000	81,7	64,0	68,6
Venezuela	2000	89,3	74,5	78,1

Fuente: Cuadro A3.

- *Acceso a vivienda de buena calidad*: en la mayoría de los países para los cuales se dispone de información, las personas mayores habitan con mayor frecuencia que el resto de la población en viviendas con piso de tierra y con muros deficitarios, aunque no siempre las diferencias son significativas. La situación más crítica se encuentra en Bolivia y Nicaragua, cuyo número de viviendas con piso de tierra se acerca a la mitad de los hogares con personas mayores. Las viviendas con muros deficitarios superan el 65% de los hogares con personas mayores en Bolivia y se aproximan al 50% en Nicaragua. En cuanto al saneamiento básico y el agua potable, los datos muestran que los hogares con personas mayores tienen una cobertura levemente superior al promedio nacional, con excepción de México y Chile. Con respecto al agua potable dentro de la vivienda, se presenta una situación similar, con cobertura de hasta el 90% en Chile y Costa Rica. El cambio intercensal en el porcentaje de viviendas con buen acceso al agua potable para tres países (Bolivia, Chile y Ecuador) muestra un mejoramiento de la situación de los hogares con personas mayores, aunque a un ritmo inferior al promedio.
- *Hacinamiento*: el hacinamiento, medido a través del indicador de más de tres personas por dormitorio, es menor en hogares con personas mayores. El porcentaje más alto se encuentra en Nicaragua (44,6%) y más lejanamente en Ecuador (20,7%).

En el uso del espacio urbano por parte de las personas mayores es importante la forma que la ciudad va adquiriendo y la manera en que facilita o impide el acceso a los servicios y oportunidades urbanas. Los datos de la encuesta SABE muestran que el 10,8% de las personas mayores en Montevideo y el 17,4% en Santiago de Chile ha dejado de salir de su casa por temor a caerse. En este último país, por ejemplo, se han identificado factores de riesgo como la falta de barras de sujeción, escalones irregulares, barandas e iluminación inadecuadas, etc. Asimismo, en materia de accidentes de tránsito, las personas mayores son un grupo de riesgo; en Venezuela, por ejemplo, el 21% y en Argentina el 12,4% de los

atropellados tienen más de 60 años. En cuanto a la seguridad ciudadana, las personas mayores también son altamente vulnerables. En México, una investigación realizada sobre la base de la Encuesta Nacional de Victimización (2000) reveló que el grupo mayor de 60 años es el más agredido por la delincuencia.

La segregación urbana que afecta a las personas mayores no es la tradicional segregación espacial por concentración, sino que se trata de una segregación del uso del espacio público que, al no estar preparado para recibirlos, los desalienta a usarlo. Para que las personas mayores puedan integrarse y ejercer la ciudadanía en las áreas urbanas de la región, éstas deben tener características físico-espaciales que propicien un entorno seguro y accesible; se requiere una nueva generación de diseño del espacio público que permita a las personas mayores desplazarse con autonomía y seguridad. Dentro de las limitaciones para el uso del espacio público, la no disponibilidad de sistemas de transportes adecuados a las necesidades de los adultos mayores es una característica corriente en la mayor parte de las ciudades de la región. Por otra parte, la existencia de índices de criminalidad y violencia urbana elevada en algunos barrios es un factor que incide al disuadir a las personas mayores de salir de sus hogares, creando condiciones que limitan la integración social y la movilidad física y por lo tanto potencian las discapacidades.

El entorno físico se ha establecido sobre la base de un patrón que en la realidad sólo es adecuado para parte de la población: el adulto medio. Así pues, el diseño de una ciudad adecuada para la vejez plantea un gran desafío de gestión municipal y gubernamental respecto de calles, mobiliario urbano, parques, senderos, jardines y sistemas de transporte público.

III. MARCO LEGAL, POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES

Los derechos humanos son inherentes a la calidad de ser humano y toda persona ha de tener la posibilidad de gozarlos, sin discriminación alguna. En el caso de las personas mayores, interesa resaltar que son titulares de derechos individuales y de grupo, por lo tanto es preciso que, junto con el reconocimiento de sus libertades esenciales, disfruten del ejercicio de derechos sociales para vivir con seguridad y dignidad, lo que exige un papel activo del Estado, la sociedad y ellos mismos. En este apartado se presenta un estado del arte de la situación de los derechos de las personas mayores en la región, a partir del análisis de instrumentos jurídicos de diferente categoría y rango. Se continúa con una descripción de las medidas que los Estados adoptan en beneficio de las personas mayores, específicamente, las políticas de vejez y los programas sectoriales dirigidos a este grupo social.

1. Marco internacional de los derechos humanos de las personas mayores

No existe todavía una convención internacional en relación con los derechos de las personas mayores, por lo que la revisión del estado del arte en la materia debe incorporar el análisis de diferentes instrumentos existentes tanto a nivel global como regional. Hay dos fuentes en las que se establecen —directamente o por extensión— los derechos de las personas mayores. En el sistema de las Naciones Unidas se encuentran:

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, donde no se hace referencia explícita a los derechos de las personas mayores, aunque el artículo 9 trata sobre “el derecho de toda persona a la seguridad social”. Tampoco —al igual que la Declaración Universal de los Derechos Humanos— se prohíbe la discriminación basada en la edad. No obstante, es posible revisar la aplicación por extensión de los derechos establecidos en estos instrumentos, tal cual lo hizo el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el año 1999.
- Los Planes de Acción Internacional sobre el Envejecimiento constituyen una base política en el ámbito internacional y en ellos se proponen directrices sobre las maneras en que la comunidad internacional puede enfrentar los retos del envejecimiento. En el Plan de Acción aprobado en Madrid en 2002 se plantean como temas centrales: realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad y garantía de derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, así como de sus derechos civiles y políticos.
- Las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, donde el interés por las personas mayores data de 1973. Entre las más importantes se encuentra la resolución 46/91 de 1991, en que se establecen los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad en cinco temas: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

- La recomendación 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que trata sobre los trabajadores de edad, mientras que la Resolución relativa a la seguridad social, Conferencia internacional del trabajo (CIT), 89.a reunión, 5-21 de junio de 2001 de la misma organización establece recomendaciones relativas al conjunto de la población, pero que afectan particularmente el bienestar de las personas mayores.

En el ámbito regional la Convención Americana de Derechos Humanos incluye la edad en el universo de “cualquier otra condición social” y en los derechos políticos, y a las personas mayores explícitamente en el “derecho a la vida”, mientras que el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la OEA (Protocolo de San Salvador) es el único instrumento vinculante que contiene disposiciones dirigidas específicamente a las personas mayores en el artículo 17 sobre “Protección de los ancianos”. Finalmente, la resolución CE130.R19 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) trata concretamente el tema de salud y envejecimiento y establece recomendaciones para los Estados Miembros.

En general, en todos los instrumentos en que se establecen derechos de las personas mayores, ya sea directamente o por extensión, se reconoce que hoy en día el asunto no es sólo proporcionarles protección y cuidados sino también asegurar su intervención y participación en la sociedad.

Para los países de América Latina y el Caribe, existe un instrumento vinculante que norma los derechos básicos de las personas mayores: el Protocolo de San Salvador, cuyo cumplimiento —aunque progresivo— debería dar origen a una base mínima que guíe el accionar de los gobiernos. Con esto no se está proponiendo que en la región se asigne prioridad únicamente a los derechos básicos; más bien se trata de rescatar un instrumento que puede ser de utilidad para garantizar y ejercer derechos en la vejez, mientras se avanza en la consecución de una convención internacional cuyo marco por excelencia esté encarnado en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

2. Marco jurídico-legal en relación con las personas mayores en países de América Latina y el Caribe

Las constituciones son el pilar fundamental de cualquier democracia, constituyen la ley suprema del ordenamiento jurídico nacional y obligan a su cumplimiento, por lo que merecen siempre una atención especial. En este apartado se presenta un análisis comparativo de las constituciones de 21 países, con sus respectivas últimas reformas. El marco analítico que proporciona elementos comunes de comparación para constituciones tan diversas son los derechos que se incluyen en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

En 19 de los 21 países estudiados se establecen derechos específicos de las personas mayores (véase el cuadro 6).

Cuadro 6
**DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES ESTABLECIDOS EN LAS CONSTITUCIONES
 DE 21 PAÍSES SELECCIONADOS**

Derecho	No. de países	Países
Independencia	15	Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay, Venezuela
Cuidado	13	Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Venezuela
Participación	3	Brasil, Colombia, Ecuador,
Dignidad	5	Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay

Fuente: Constituciones de Argentina (1853), Bolivia (1994), Brasil (1988), Chile (1980), Colombia (1991), Costa Rica (1949), Cuba (1976), Ecuador (1998), El Salvador (1983), Guatemala (1993), Honduras (1982), México (1971), Nicaragua (1995), Panamá (1972), Paraguay (1992), Perú (1993), Puerto Rico (1952), República Dominicana (1994), Trinidad y Tabago (1997), Uruguay (1997) y Venezuela (2000), con sus últimas reformas.

Asimismo, en la pirámide jurídica del marco legal de algunos países de la región (Brasil, Costa Rica, México, Paraguay y El Salvador) se puede encontrar en un rango intermedio leyes especiales generales que norman las acciones en materia de envejecimiento a nivel nacional. En el cuadro 7 se detallan las disposiciones por área temática.

Cuadro 7
**DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LEYES ESPECIALES GENERALES SOBRE
 PERSONAS MAYORES EN SEIS PAÍSES SELECCIONADOS**

Temas	Disposiciones
Seguridad económica	Las disposiciones incluyen desde la preparación para la jubilación hasta medidas para eliminar la discriminación por edad en el trabajo. También, como ocurre en Costa Rica, se establece el asesoramiento para acceder a fuentes de financiamiento o la creación de organizaciones de grupos productivos de personas mayores, flexibilidad horaria, etc.
Salud	En todas las leyes se incluye la salud como un derecho básico y no solo se garantiza la asistencia sanitaria sino además se promueve la prevención y tratamiento de enfermedades en la vejez, haciendo énfasis particular en las personas con ciertos niveles de dependencia. En algunas leyes se incluye de manera especial disposiciones para instituciones de larga estadía.
Vivienda y urbanismo	En general las leyes establecen la creación de programas habitacionales dirigidos expresamente a las personas mayores o el mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de sus viviendas, así como la eliminación de barreras arquitectónicas y urbanas.
Participación	En todas las leyes se valoriza la participación de las personas mayores y se establecen derechos al respecto. En algunos casos se promueve su participación en la formulación e implementación de intervenciones que los afecten.
Violencia y discriminación	En el conjunto de las leyes se indican medidas específicas para la eliminación del maltrato contra las personas mayores. La discriminación basada en la edad igualmente es una cuestión recurrente en todas las leyes analizadas y en algunas de ellas se protege el derecho a la imagen, tanto a nivel de medios de comunicación como a través de medidas desarrolladas en el ámbito de la cultura y la educación.

Fuente: Ley 8.842 de 1994 (Brasil), Ley 7.935 de 1999 (Costa Rica), Ley de los derechos de las personas adultas mayores de 2002 (México), Ley 1.885 de 2002 (Paraguay) y Decreto 717 de 2002 (El Salvador)

Como se deduce, los temas que tratan estas leyes son amplios e incluyen parte de los derechos establecidos a nivel internacional. La mayoría de ellas fueron promulgadas a partir de 1999 —excepto Brasil— tras una amplia campaña de sensibilización desarrollada en el marco del Año Internacional de las Personas de Edad.

Respecto de los derechos garantizados a nivel constitucional, en las leyes especiales generales se observa un considerable progreso. Con todo, una cosa es proclamar las leyes y otra muy distinta es lograr que éstas se hagan cumplir. Sin embargo, el reconocimiento de ciertos derechos y obligaciones transforma las aspiraciones en una obligación y compromiso legal y hace que las cuestiones de su observancia adquieran legítimo interés para la acción internacional y el debate político interno. En este caso, su observancia supone un papel activo de la sociedad en su conjunto, pero también de las personas mayores en tanto individuos y grupos.

3. Políticas de vejez en América Latina y el Caribe

Las políticas de vejez se entienden como “aquellas acciones organizadas por el Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual, y para su estudio es necesario considerar elementos tales como: definición de la cuestión, actores involucrados y ámbitos de acción de la política”.²³ A continuación presentaremos un análisis de las políticas de vejez de seis países de la región: Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador y Perú.

Las políticas en estudio se centran en enfrentar las carencias de la actual generación de personas mayores y promueven, a largo plazo, la creación de condiciones para lograr un envejecimiento con dignidad, esta última entendida desde el punto de vista individual como autonomía o independencia, y desde el punto de vista colectivo como creación de un escenario favorable para el ejercicio de los derechos en la vejez. Se reconoce que el envejecimiento es un fenómeno que plantea desafíos a las actuales formas de organización social, y que se requieren intervenciones para mejorar las condiciones de vida de que hoy gozan las personas mayores, pero también intervenciones de orden estructural y estratégico que conduzcan a un cambio de la sociedad.

A diferencia de las prácticas tradicionales en política pública de dos décadas atrás, las políticas analizadas plantean, frente a la inalterable hegemonía del Estado en el diseño, implementación y evaluación de las políticas, la corresponsabilidad en el desarrollo de prácticas públicas. No obstante, es importante rescatar que las familias y las organizaciones civiles en general han tenido un papel protagónico en la satisfacción de necesidades de la población mayor en los países de la región, por lo que su incorporación explícita en las acciones dirigidas a este grupo social no hacen más que reconocer dicho protagonismo e involucrarlo en una práctica moderna del quehacer público. Asimismo, es importante destacar el papel que se otorga al colectivo de personas mayores, en la medida que tienen obligaciones en relación con la consecución de su bienestar y ejercicio de derechos.

Los contenidos de las políticas son muy similares en los países en estudio y se pueden agrupar en distintos ámbitos de intervención (véase el cuadro 8).

²³ Véase Sandra Huenchuan, "De objetos de protección a sujetos de derecho: trayectoria y lecciones de las políticas de vejez en Europa y Estados Unidos", *Revista de trabajo social perspectivas: notas sobre intervención y acción*

Cuadro 8

ÁMBITOS DE ACCIÓN DE POLÍTICAS DE VEJEZ EN SEIS PAÍSES SELECCIONADOS

Seguridad económica	Fomento de la participación económica, protección de los derechos laborales en la vejez, eliminación de la discriminación por edad en el mercado del trabajo, atención preferente a personas mayores en estado de indigencia y pobreza, mejoramiento del sistema de seguridad social, etc.
Salud	Promoción del autocuidado y estilos de vida saludables, acceso a la atención en salud, formación de recursos humanos, normas para el funcionamiento de instituciones de larga estadía, acceso a medicamentos esenciales, etc.
Entornos físicos favorables	Acceso a espacios públicos, acceso a vivienda.
Entornos sociales favorables	Promoción de una imagen realista del envejecimiento, fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional, acceso a la educación continua, participación y ejercicio de derechos.

Fuente: Plan Nacional para el Adulto Mayor (Bolivia, 2001), Ley 8.842, que regula la política nacional del adulto mayor (Brasil, 1994), Política Nacional para el Adulto Mayor de Chile (Chile, 1996), Política Nacional para la atención de la persona adulta mayor: plan de acción 2002-2006 (Costa Rica, 2002), Política nacional de atención a la persona adulta mayor (El Salvador, 2001) y Lineamientos de Política para las personas adultas mayores (Perú, 2002).

En general todas las políticas se insertan en el paradigma del envejecimiento activo. Sin embargo, aunque apuntan a generar condiciones adecuadas para envejecer, son escasos los mecanismos propuestos para lograrlo. Otro asunto que llama la atención es que tanto el problema que da origen a la política como las medidas propuestas son en extremo homogéneas. Esto señala ciertos problemas de formulación, ya que no es posible que países tan diferentes reconozcan los mismos problemas y se acerquen tanto en las soluciones. Una razón de ello puede ser que las políticas, en general, se han construido sobre la base de las recomendaciones internacionales sin prestar atención a las condiciones y características de cada país.

En efecto, en la mayoría de las políticas estudiadas se plantea que se siguen los lineamientos de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena en 1982 y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Pero estas recomendaciones no fueron traducidas a la realidad nacional, lo que quizás se deba a la falta de instrumentos regionales para guiar la formulación de políticas de vejez o a la inexistencia de un corpus de conocimiento sobre la situación particular de las personas mayores y el envejecimiento a nivel nacional.

Pese a lo anterior lo importante de las políticas en estudio es que son resultado de cierto consenso nacional que ha permitido que el Estado tome una posición respecto del tema, y lo considere como una arena de intervención. Esto es más meritorio aún cuando los países estudiados son pioneros en establecer explícitamente este tipo de políticas, a partir de las cuales se pueden obtener lecciones que no solo servirán para los demás países de la región sino para perfeccionar sus propias intervenciones.

4. Programas sectoriales dirigidos a personas mayores: seguridad social y vivienda

Si bien sólo en algunos países de la región existen políticas dirigidas expresamente a las personas mayores, esto no siempre significa que este grupo social esté ausente del quehacer público. Las personas mayores son incorporadas a nivel de programas sectoriales bajo otras categorías definidas a partir de un criterio diferente del de la edad (grupos vulnerables, indigentes, de riesgo, etc.). Esto no significa que la perspectiva de la equidad generacional esté contemplada en las políticas públicas y programas sectoriales, sino que las personas mayores se consideran parte de la población objetivo que estas iniciativas atienden.

Un caso paradigmático al respecto son los programas de seguridad social, específicamente los programas de pensiones no contributivas, y los programas habitacionales.

a) Pensiones no contributivas

Estos esquemas de cobertura de seguridad social se encuentran más desarrollados en los países pioneros en la introducción de dichos sistemas (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay). En todos se cuentan con sistemas de pensiones no contributivos institucionalizados y con una significativa cobertura, y si bien estos programas presentan deficiencias de administración y focalización, resultan bastante eficaces para reducir la incidencia de pobreza entre las personas mayores, al menos en cuanto a lo que pobreza por ingresos se refiere.²⁴ Algunos elementos comunes a los programas de pensiones no contributivas de los países indicados son:

- Están diseñadas como un derecho, al cual tienen acceso todos quienes cumplan los requisitos establecidos por el programa. En el caso de Chile, las pensiones asistenciales están sujetas a cupo.
- La asignación del derecho requiere que los postulantes den prueba de medios económicos, con lo cual se logra una focalización de los recursos en las personas que se encuentran en estado de necesidad.
- El valor establecido para la prestación no contributiva es sustancialmente inferior al valor de las pensiones mínimas, lo cual atenúa el desincentivo a la adscripción a los regímenes contributivos.
- El financiamiento de los programas proviene de impuestos generales.

Una importante innovación del programa rural de pensiones no contributivas en Brasil es que no se requiere de un test de medios económicos para el acceso a los beneficios sino un cierto número de años de trabajo en el sector rural.

b) Programas habitacionales dirigidos a las personas mayores

Están enmarcados en políticas generales sobre vivienda y urbanismo e involucran materias relacionadas con la esfera residencial o de los hogares con instrumentos focalizados en grupos vulnerables de personas mayores. Algunas experiencias interesantes al respecto son:

- En Chile, el Programa Especial del Adulto Mayor destina hasta el 2% del Programa de Viviendas Básicas a personas mayores de 65 años que carecen de recursos. No se exige ahorro y la vivienda se entrega en comodato o arrendamiento en condominios especialmente diseñados, dotados de equipamiento comunitario y terminaciones interiores funcionales (calefón, extractores de aire en el baño, puertas anchas, cubrepiso y pasamanos en el baño). Por su parte, el sistema de subsidio habitacional tiene un programa especial de atención de la persona mayor y otorga prioridad a hogares de jefatura femenina o con discapacidad.

²⁴ Véase Fabio Bertranou, “Tendencias en indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en

- En México, el programa de mejoramiento físico del parque habitacional está destinado, además de la población de menor ingreso, a personas mayores y discapacitados con propiedad de un terreno y que requieren mejoras de piso, techo, paredes o letrina. Por su parte, el Instituto Nacional de Vivienda ofrece créditos en los que las personas mayores son sujetos prioritarios para efectos de programas de vivienda en conjunto, como asimismo en programas de vivienda en lote unifamiliar.

En países como Argentina, Costa Rica y Uruguay existen igualmente programas habitacionales dirigidos a personas mayores. Como conclusión general se puede decir que el fortalecimiento de los sistemas de atención habitacional de las personas mayores requiere que las políticas de vivienda consoliden modelos estables de atención habitacional para los sectores de menores recursos, mejoren la capacidad de ofrecer planes focalizados en sectores pobres y vulnerables y generen mecanismos de coordinación de la acción de vivienda social con el desarrollo urbano.

IV. ACCIONES SUGERIDAS POR EL GRUPO DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento está estructurado en tres orientaciones prioritarias: personas de edad y desarrollo, fomento de la salud y bienestar en la vejez y creación de un entorno propicio y favorable. En la región se ha otorgado prioridad a algunos temas importantes en consideración de las características del proceso de envejecimiento demográfico y al nivel de desarrollo de los países, que determinan en gran medida los recursos y oportunidades que éstos ofrecen para vivir esta etapa de la vida.

A. ÁREAS PRIORITARIAS DE INTERVENCIÓN

1. Seguridad económica

a) Ocupación de las personas mayores

El aumento de las expectativas de vida, unido al incremento de la edad de jubilación y del número de años requeridos para acceder a una pensión por vejez, implica que las personas deban seguir trabajando hasta una edad más avanzada. Por ello es preciso crear mecanismos para eliminar la discriminación por edad en el empleo. En aquellas personas que trabajan o han trabajado en forma más o menos permanente en el sector informal, es necesario asegurar que tengan acceso a mecanismos de contribución o, si sus ingresos no lo permiten, a pensiones no contributivas. Finalmente, se debe favorecer las condiciones para el desarrollo de microemprendimientos a través de un mayor acceso al crédito y a la capacitación para el desarrollo de actividades que generen ingresos.

b) Desarrollo de sistemas de seguridad social solidarios y no excluyentes

Implica diseñar e implementar políticas con criterios de universalidad y no exclusión; la solidaridad y no la protección selectiva de quienes están en mejor situación socioeconómica o pueden aportar más y la eficiencia en la gestión financiera de los sistemas en el marco de una visión adecuada de las posibilidades reales de cada país. En primer lugar, deben definirse los derechos que tendrá la población de personas mayores, cuáles de éstos pueden ser efectivamente garantizados por el Estado y cómo se accederá a los mismos. Dado que se trata de una política de Estado, debe definirse en cada país como resultado de consensos a escala nacional. Si se pretende que las personas tengan una vejez digna, tiene que haber solidaridad para evitar reproducir las desigualdades en la provisión de servicios de salud y seguridad social. Cada país puede definir su propio sistema; lo importante es que se parta de un piso mínimo solidario, independiente de la capacidad contributiva de las personas. Por ello, debe fortalecerse el sistema no contributivo.²⁵ En segundo lugar, es necesario definir cómo se financian estos derechos, lo que implica una gran cuota de realismo en las soluciones y ser cautelosos en los recursos demandados. En tercer lugar, es preciso establecer cómo se organiza el sistema para que no se produzcan fallas en la gestión, buscando la eficiencia mientras se preserva la solidaridad.

²⁵ Obviamente, es necesario tomar en cuenta en los servicios ofrecidos o en los montos de las pensiones no

c) Fomento de las redes de apoyo familiar y comunitario de las personas mayores

Existen fuertes evidencias de que las personas mayores cumplen bien la función de transferir recursos hacia las generaciones más jóvenes y de que la disponibilidad de recursos en las generaciones más viejas genera externalidades positivas en términos de cohesión familiar y social. Si esto es así, en la discusión del financiamiento se debería tratar de medir el impacto económico de estas externalidades. Las políticas de protección social deben considerar la existencia de transferencias intrafamiliares y con la comunidad y el hecho de que este flujo puede cambiar en el futuro como consecuencia de factores económicos (crisis, desempleo, etc..) y demográficos (disminución del número de hijos).

2. Salud**a) Acceso a cuidados adecuados y sin discriminación**

La evaluación del acceso a la salud por parte de las personas mayores requiere identificar las barreras de acceso. La mayoría de los países no cuenta con esta información y, si la tienen, no está desagregada por situación geográfica, género y nivel socioeconómico. El escaso conocimiento disponible sobre el particular indica que las personas mayores de origen indígena y rural tienen barreras de acceso a los servicios de salud por razones de diversa índole (idioma, cultura y sistema de la creencia, etc.). Dentro de ellas, las mujeres indígenas rurales que son pobres y viven solas tienen mayores dificultades de acceso. Pero la discriminación afecta a todos los adultos mayores. Se requiere, por tanto, no solo contar con servicios adecuados, sino además lograr que las personas mayores en general, y aquellas más vulnerables, en particular, puedan acceder a la atención en salud sin ser discriminadas por su edad y con servicios apropiados. Asimismo, es indispensable desarrollar programas que aborden los factores sociales, económicos, geográficos y culturales que inciden en la salud de las personas mayores, de manera de mejorar la pertinencia de las intervenciones.

b) Entrenamiento de recursos humanos en salud y envejecimiento

Es prioritario incluir la formación en geriatría en los planes de estudios de las escuelas de medicina, enfermería, trabajo social, personal técnico y todas aquellas carreras que forman parte del equipo de salud. Para ello se recomienda desarrollar una estrategia nacional de formación de recursos humanos en salud y envejecimiento que incluya la educación médica continua en paralelo al desarrollo de una red regional de centros de educación geriátrica para atender las necesidades inmediatas. Esta capacitación debe abarcar todos los niveles, incluso el nivel de atención primaria en el ámbito comunitario.

c) Capacidad institucional para la regulación de las instituciones de cuidado de largo plazo

En la región los servicios de cuidado de largo plazo de las personas mayores inválidas o con complejos problemas de salud están a cargo del sector privado, en respuesta a una necesidad del mercado. Se recomienda que la legislación de salud pública apunte a proteger la salud de los residentes en instituciones de cuidado geriátrico. El establecimiento de un sistema de leyes y regulaciones requiere conocimientos, habilidades y recursos. En la mayoría de los países de la región se aprecia una falta de experiencia en el tema y por consiguiente se debe buscar la cooperación internacional para aprender de las experiencias de otros países y adaptar los modelos existentes a la cultura y necesidades locales.

d) Vigilancia del estado de salud de las personas mayores

La reducción de la morbilidad y aplazamiento de la invalidez en las personas mayores es el objetivo principal de las intervenciones de salud pública en las poblaciones envejecidas. La investigación sobre los determinantes del envejecimiento activo y las amenazas a la autonomía o independencia de las personas mayores es esencial para establecer prioridades y asignar recursos. Se recomienda producir información sobre el estado de salud de las personas mayores, para identificar las tendencias, evaluar la salud y los riesgos funcionales y determinar la demanda de servicios. Un perfil de salud del grupo de la población de 60 años y más debe incluir: variables sociales y demográficas, datos de mortalidad, datos de morbilidad, factores de riesgo por enfermedad e invalidez, conductas modificables, capacidad funcional e invalidez, acceso y utilización de servicios de salud, incluido el uso de medicaciones y dispositivos, gastos de atención en salud y medicamentos y barreras de acceso al cuidado en salud.

3. Entornos favorables**a) Participación**

- Condiciones favorables para el ejercicio de los derechos en la vejez: se recomienda la promoción de una convención de derechos de las personas mayores, para fomentar la compatibilización de la legislación nacional con las normas instituidas a nivel internacional y contar con una instancia de vigilancia para el cumplimiento de dichas disposiciones.
- Asociatividad y participación de las personas mayores: se recomienda promover organizaciones de personas mayores autogestionadas, que favorezcan su autonomía y desarrollo ciudadano, así como favorecer prácticas de inclusión de las personas mayores en espacios de participación distintos de las organizaciones de gente de edad.
- Disponibilidad de redes de apoyo social: las redes informales de apoyo son parte del capital social acumulado por las personas mayores en el transcurso de su vida. Se recomienda tomar medidas que sensibilicen a la sociedad respecto de la importancia de mantener o generar redes familiares, vecinales o comunitarias para prevenir la soledad y el desarraigo en esta etapa de la vida.

b) Imagen del envejecimiento

- Intervención de los medios de comunicación: se recomienda realizar campañas amplias y permanentes de sensibilización en los medios de comunicación dirigidas a promover una imagen social positiva del envejecimiento y la vejez y mitigar los estereotipos negativos que afectan a las personas mayores.
- Solidaridad intergeneracional: la creación y aprovechamiento de oportunidades para que las personas mayores puedan prestar servicio a la comunidad y el reforzamiento de espacios de diálogo intergeneracional a nivel local y nacional son algunas de las iniciativas que se pueden desarrollar para fomentar la solidaridad y promover una imagen realista de la vejez.

c) Maltrato de las personas mayores

- Prevención: dentro de la amplia variedad de medidas de prevención, se sugieren como prioritarias la sensibilización y creación de mecanismos de apoyo a las personas que actúan como cuidadores de personas mayores dependientes.
- Tratamiento legal: se detecta la necesidad de tipificar actos de maltrato que no son recogidos por la tipificación penal actual por su menor gravedad, pero que son los más frecuentes e iniciadores del ciclo de la violencia que se agrava hasta llegar a tipos penales. Es fundamental que la derivación a instituciones de apoyo judicial sea exitosa.

d) Vivienda e integración urbana

- Adecuación de los programas habitacionales a la diversidad de hogares con personas mayores: se recomienda que los planes de vivienda contemplen medidas de diversificación de sus esquemas de intervención, tendientes a garantizar tanto acciones focalizadas en personas mayores de menores recursos como aquellas que residen en hogares multigeneracionales. Del mismo modo, se recomienda el otorgamiento de subsidios estatales para la adecuación de la vivienda a las necesidades de las personas mayores.
- Fomento de diseño urbano amigable con las personas mayores: se recomienda velar por que las nuevas construcciones y espacios públicos incorporen diseños propicios para las personas mayores, mejorando la eficiencia de la ciudad.
- Adecuación de los sistemas de transporte público: se recomienda 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 para las personas mayores. Asimismo, adecuar la señalización y diseño vial, entregar capacitación en temas de seguridad vial e implementar señalización que proteja al peatón.

B. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

La implementación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento en la región de América Latina y el Caribe requiere de la acción mancomunada de diferentes actores sociales, tanto públicos como de la sociedad civil. En el plano nacional, se pueden aplicar las siguientes medidas:

- Incorporación del envejecimiento y los problemas de las personas mayores en los marcos nacionales de desarrollo, garantizando el acceso equitativo de mujeres y hombres adultos mayores a los beneficios, recursos y oportunidades que ofrece el desarrollo, e incluir la perspectiva de la equidad intergeneracional en el conjunto de políticas públicas, en especial en las políticas de reducción de la pobreza.
- Formulación de políticas de vejez, a fin de establecer un marco de referencia, cuyo objetivo es brindar sustento y coordinar las acciones que se realicen en favor de las personas de edad, y promover la creación de mecanismos institucionales para implementar, monitorear y evaluar las políticas.

- Coordinación interministerial, que exige la transversalidad de las acciones a través de la participación de los diferentes ministerios en la institucionalidad a cargo de los asuntos de la vejez a nivel nacional o a través de comisiones o convenios para la incorporación de la edad en sectores tales como educación, trabajo, salud, justicia, etc.
- Monitoreo de las políticas y programas en favor de las personas de *edad* a través de la realización de estudios que permitan identificar, conocer y evaluar la magnitud de los problemas de las personas mayores para orientar la definición de las áreas prioritarias a nivel nacional, alimentar las propuestas de políticas y reformas que deben llevarse a cabo y evaluar los logros en las metas propuestas.

El papel de la sociedad civil, en tanto, implicará por una parte el compromiso y participación de las organizaciones civiles en la implementación regional del Plan de Acción y el desarrollo de mecanismos de seguimiento y control ciudadano, así como la coordinación y cooperación con el Estado en el desarrollo de iniciativas que aporten a la consecución de los objetivos comunes y la formulación de estrategias de empoderamiento de las personas mayores. De igual manera, las instituciones académicas están llamadas a realizar un aporte importante, en especial en las áreas de capacitación e investigación en la temática del envejecimiento.

En el plano internacional corresponde aplicar las siguientes medidas:

- Incorporar las cuestiones del envejecimiento en el sistema regional de las Naciones Unidas y en el sistema de la Organización de Estados Americanos (OEA) como asuntos que merecen importancia, tanto a nivel de cooperación técnica como de generación de estudios e información específica.
- Fortalecer la cooperación internacional para apoyar a los países de la región en la construcción de políticas y programas sectoriales de envejecimiento, en el fortalecimiento de las capacidades técnicas nacionales, en la promoción del intercambio de experiencias y buenas prácticas, en la generación de conocimiento y la difusión de información y en el desarrollo de indicadores adecuados para medir el impacto de las acciones en este campo.

ANEXO

Cuadro A.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA POBLACIÓN,
 SEGÚN GRUPOS ESPECIALES DE EDAD
 2000, 2025 Y 2050**

Países	Porcentaje de la población de 60 años y más		
	2000	2025	2050
Total región	8,0	14,1	23,4
Envejecimiento incipiente	5,5	8,1	16,0
Bolivia	6,4	9,0	16,7
Guatemala	5,3	6,9	14,4
Haití	5,7	8,1	16,2
Honduras	5,2	8,6	17,6
Nicaragua	4,6	7,6	16,3
Paraguay	5,3	9,4	16,1
Envejecimiento moderado	6,9	13,2	23,3
Belice	6,2	9,9	21,4
Colombia	6,9	13,5	21,9
Costa Rica	7,6	15,7	26,4
Ecuador	6,9	12,6	22,6
El Salvador	7,2	10,5	20,5
Guyana	7,0	15,2	31,0
México	6,9	13,5	25,1
Panamá	7,9	14,1	22,3
Perú	7,1	12,4	21,9
República Dominicana	6,6	12,9	22,0
Venezuela	6,6	13,2	22,1
Envejecimiento moderado avanzado	8,1	15,8	25,5
Bahamas	7,9	15,6	23,3
Brasil	7,9	15,6	25,6
Chile	10,2	18,2	24,1
Jamaica	9,6	14,5	24,0
Suriname	8,2	14,2	29,0
Trinidad y Tabago	9,6	20,0	33,3
Envejecimiento avanzado	13,7	18,7	26,1
Antillas Neerlandesas	11,5	22,9	26,6
Argentina	13,3	16,7	24,2
Guadalupe	12,4	23,2	31,3
Barbados	13,5	25,0	35,4
Cuba	13,7	25,0	33,6
Martinica	14,9	24,1	32,6
Puerto Rico	14,3	20,7	27,9
Uruguay	17,2	19,7	25,4

Fuente: División de Población de la CEPAL (CELADE), Proyecciones demográficas, 2003 y de Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. 1, 2000.

Cuadro A.2
**AMÉRICA LATINA: INDICADORES DE LOS INGRESOS PERCIBIDOS POR LA POBLACIÓN
 DE 60 AÑOS Y MÁS DE EDAD**

País y área	Porcentaje que recibe ingresos				Total
	Por jubilaciones o pensiones solamente	Por jubilaciones o pensiones y por trabajo	Por trabajo solamente	No recibe ningún tipo de ingreso	
Área urbana					
Argentina (1994)	63,9	3,5	10,5	22,1	100
Bolivia (1997)	21,9	4,4	34,3	39,4	100
Brasil (1996)	51,9	9,9	10,0	28,2	100
Chile (1996)	52,7	8,6	14,4	24,4	100
Colombia ^a (1997)	16,2	4,1	20,9	58,8	100
Costa Rica ^a (1997)	39,4	-	22,2	38,4	100
Ecuador (1997)	14,7	2,4	34,6	48,4	100
El Salvador (1997)	10,2	8,2	30,6	51,0	100
Honduras (1997)	7	0,8	37,4	54,5	100
México (1996)	19,6	3,6	24,8	52,1	100
Nicaragua ^a (1997)	16,8	-	29,6	53,7	100
Panamá (1997)	42,7	4,9	14,9	37,5	100
Paraguay (1996)	17,1	4,3	31,9	46,8	100
República Dominicana (1997)	13,8	1,9	24,6	59,7	100
Uruguay (1997)	75,3	6,0	9,7	9,0	100
Venezuela ^{a b} (1997)	10,8	-	31,0	58,2	100
Área rural					
Bolivia (1997)	2,0	1,6	59,2	37,2	100
Brasil (1996)	52,4	22,5	11,5	13,6	100
Chile (1996)	42,4	6,0	17,0	34,6	100
Colombia ^a (1997)	4,1	4,4	37,5	53,9	100
Costa Rica ^a (1997)	18,7	-	26,2	55,1	100
El Salvador (1997)	1,6	1,2	43,2	54,0	100
Honduras (1997)	1,0	0,8	47,7	50,5	100
México (1996)	4,6	2,9	43,6	49,0	100
Panamá (1997)	15,4	3,4	34,4	46,8	100
República Dominicana (1997)	4,8	1,6	43,9	49,7	100

Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18, agosto de 2000, sobre la base de datos de las encuestas de hogares de los países.

(-) Información no disponible.

^a Los ingresos por jubilaciones y pensiones corresponden al total de ingresos por transferencias de aquellas personas que en la variable "Condición de Actividad" se declaran "jubilados y pensionados".

^b Corresponde al total nacional.

Cuadro A.3
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA: PORCENTAJE DE HOGARES CON VIVIENDA PROPIA
 SEGÚN TIPOLOGÍA DE HOGARES CON PRESENCIA DE ADULTOS MAYORES**

	Adulto mayor que vive solo	Adulto mayor y pareja solamente	Adulto mayor con pareja más otros no adultos mayores	Adulto mayor sin pareja más otros no adultos mayores	Adulto mayor miembro secundario	Adulto mayor jefe más otros adultos mayores	Hogares con adultos mayores	Hogares sin adultos mayores	Total
Costa Rica	2000	71,8	85,9	89,4	85,5	79,1	83,9	68,0	71,7
Paraguay	2000	73,4	83,9	85,5	82,6	71,9	79,7	62,6	67,2
Paraguay	2000	76,8	87,0	89,9	86,4	84,5	86,3	72,4	75,6
Paraguay	1995	78,0	86,7	90,6	90,2	87,5	88,9	82,7	84,2
Paraguay	2000	75,5	83,6	87,4	84,1	72,8	81,7	64,0	68,6
Paraguay	1996	63,0	79,6	81,0	76,2	71,4	74,2	56,7	63,7
Venezuela	2000	81,7	89,4	92,7	92,8	82,7	89,3	74,5	78,1
Venezuela	2001	91,4	95,5	95,1	92,7	89,7	92,9	76,1	80,3
Venezuela	2000	76,8	87,5	88,0	85,8	81,2	84,9	72,4	75,2
Venezuela	2002	77,7	88,6	89,6	87,3	77,9	85,0	67,5	72,8
Venezuela	2000	71,8	85,9	89,4	85,5	79,1	83,9	68,0	71,7
Venezuela	2001	73,4	83,9	85,5	82,6	71,9	79,7	62,6	67,2
Venezuela	2000	76,8	87,0	89,9	86,4	84,5	86,3	72,4	75,6
Venezuela	1995	78,0	86,7	90,6	90,2	87,5	88,9	82,7	84,2
Venezuela	2000	75,5	83,6	87,4	84,1	72,8	81,7	64,0	68,6
Venezuela	1996	63,0	79,6	81,0	76,2	71,4	74,2	56,7	63,7
Venezuela	2000	81,7	89,4	92,7	92,8	82,7	89,3	74,5	78,1

Nota: Elaborado a partir de la base de datos censales en formato REDATAM, disponibles en la División de Población de la CEPAL (CEL/ADE).



