



NACIONES UNIDAS



Distr.
GENERAL

LC/G.2235(SES.30/16)
8 de junio de 2004

ORIGINAL: ESPAÑOL

TRIGÉSIMO PERÍODO DE SESIONES DE LA CEPAL
SAN JUAN, PUERTO RICO, 28 DE JUNIO AL 2 DE JULIO DE 2004



POBLACIÓN, ENVEJECIMIENTO Y DESARROLLO

ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN	1
I. DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO	3
A. LAS EXPRESIONES DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO	3
B. FACTORES DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO.....	5
1. Fecundidad	5
2. Esperanza de vida.....	6
3. Migración internacional.....	7
C. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	8
1. Situación conyugal	8
2. Educación	8
3. Urbanización	8
D. EL ENVEJECIMIENTO EN SUBPOBLACIONES ESPECÍFICAS	9
1. Población rural	9
2. Población indígena	10
3. Población femenina	11
II. DIAGNÓSTICO EN LAS TRES ÁREAS PRIORITARIAS	13
A. PERSONAS DE EDAD Y DESARROLLO	13
1. Seguridad económica de las personas mayores.....	13
2. Participación en la vejez.....	21
3. Género y envejecimiento.....	24
B. SALUD Y ENVEJECIMIENTO	29
1. Perfiles de mortalidad por causas en las personas mayores	30
2. Perfiles de morbilidad y factores de riesgo en las personas mayores.....	31
3. Estado funcional y discapacidad	33
4. Modalidades de atención de las personas mayores	33
C. ENTORNOS FAVORABLES	35
1. Entornos físicos favorables.....	35
2. Entornos sociales favorables	38
III. INTEGRACIÓN DE LOS ASUNTOS DE LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO LEGAL Y PROGRAMÁTICO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	41
A. MARCO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES	41
B. MARCO JURÍDICO-LEGAL EN RELACIÓN CON LAS PERSONAS MAYORES EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	43
C. POLÍTICAS DE VEJEZ.....	44

	<i>Página</i>
D. PROGRAMAS SECTORIALES DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES	46
1. Pensiones no contributivas	47
2. Programas habitacionales dirigidos a las personas mayores	48
3. Programas de salud del adulto mayor	49
IV. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	53
A. EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN REGIONAL	53
B. ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO	54
C. PROPUESTA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA REGIONAL	55
Anexo 1 Cuadros de referencia	59
Anexo 2 Representación de los Estados miembros y de otros países en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento.....	64
Anexo 3 Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	81
Anexo 4 Listado de indicadores sobre la situación de las personas mayores.....	83

INTRODUCCIÓN

En este nuevo siglo, además del crecimiento de la población, hay otros temas demográficos que están adquiriendo importancia política, económica y social. El envejecimiento de la población es uno de ellos, por sus fuertes repercusiones en el desarrollo de los países y por la amplia variedad de sectores a los que afecta (salud, educación, infraestructura y comercio, entre otros).

América Latina y el Caribe, por el avance de la transición demográfica, 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 tamaño de las fuentes de apoyo producto de los cambios en la estructura y composición familiar.

En este contexto, el envejecimiento es uno de los retos demográficos más importantes que enfrentarán los países de la región en el siglo XXI. El desafío consiste en hacer frente a este fenómeno mediante la definición de estrategias claras que garanticen, junto con la sostenibilidad de las finanzas públicas y la capacidad de cumplir con objetivos fundamentales de política presupuestaria, un nivel de vida digno para las personas mayores, que les permita verse favorecidas por el bienestar económico de su país y participar activamente en la vida pública, social y cultural.

Los sistemas de seguridad social deben procurar mantener y aumentar la capacidad de los sistemas de pensiones para cumplir con sus objetivos sociales, garantizar su viabilidad financiera, y mejorar su capacidad de respuesta ante los cambios de la sociedad y las personas. Es necesario que en ellos se tomen en cuenta, entre otros aspectos, la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres en materia de protección social y la cobertura de la población rural.

En los sistemas de salud se deben tomar en consideración el proceso de transformación de las prestaciones sanitarias, incorporando la atención de las personas mayores con equipos especializados y adaptación de la infraestructura instalada; simultáneamente, se debe enfrentar la presión que causa el envejecimiento de la población en el gasto destinado a salud.

La atención de las personas mayores también ejercerá una fuerte presión en las familias —sobre todo en las mujeres encargadas tradicionalmente de cuidarlas— y en las comunidades. La creación de condiciones sociales y físicas que favorezcan la integración de las personas mayores y las haga responsables de su bienestar también son áreas de intervención importantes para no convertir a quienes se encuentran en esta etapa de la vida en una carga para la sociedad.

Lo dicho anteriormente no necesariamente supone un panorama negativo. El mayor envejecimiento de la población es un logro de la humanidad y las personas mayores pueden y deben convertirse en una fuerza para el desarrollo, pero al igual que cualquier otro grupo poblacional requieren de intervenciones específicas que garanticen, especialmente a aquellos más vulnerables, una vida digna y segura.

En este documento se presenta un análisis de la situación del envejecimiento de población y de las personas mayores en los ámbitos donde las presiones que ejercerá el proceso de envejecimiento son significativas, esto es, la seguridad económica, la salud y los entornos favorables, tanto en lo relativo a una vivienda y un espacio urbano adecuados, como a las necesidades de cuidado y prevención de la violencia contra las personas mayores.

I. DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO

A. 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: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Proyecciones demográficas, 2003.

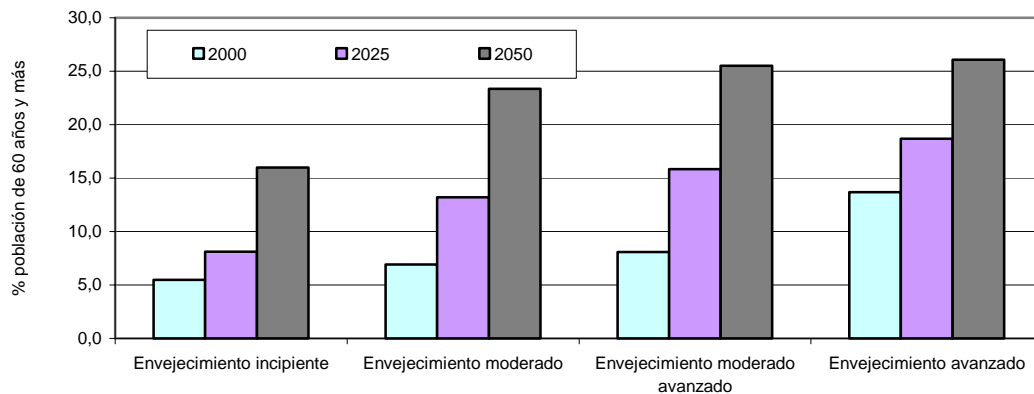
^a Población de 60 años/Población menor de 15 años.

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 próximos 60 años ya nacieron.

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 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.

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: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Proyecciones demográficas, 2003, y Naciones Unidas (2001), *World Population Prospects. The 2000 Revision* (ESA/P/WP.165), vol. 1, Nueva York.

Un primer grupo de países, denominado de envejecimiento incipiente, que incluye a Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, se observan porcentajes que oscilan entre el 5% y el 7% de personas de 60 años y más 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.

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 de categoría si los nuevos datos censales corrigen considerablemente las estimaciones.

En un segundo grupo de países, denominado de envejecimiento moderado, se observan porcentajes de 6% a 8% de personas de 60 años y más, que hacia el 2050 superarán 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.

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.

Por último, en el grupo de envejecimiento avanzado se encuentran países como Argentina y Uruguay, pioneros en el envejecimiento en América Latina, más Cuba y varios países del Caribe (Antillas Neerlandesas, Barbados, Guadalupe, 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 (véase el cuadro A.1 del anexo 1). Un vasto número de países latinoamericanos alcanzará en el 2050 la proporción de personas adultas mayores que se observa actualmente en los países desarrollados.³

B. FACTORES DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Los factores que subyacen en el envejecimiento demográfico de 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 las últimas cuatro décadas del siglo pasado. La otra variable demográfica que puede actuar sobre el envejecimiento es la migración.

1. Fecundidad

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. Todos los países clasificados como de envejecimiento incipiente y moderado tenían una fecundidad superior a los seis hijos a mediados del siglo pasado (véase el cuadro 2). Aunque países como Argentina, Cuba y Uruguay 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

³ Naciones Unidas (2002), *World Population Ageing 1950-2050* (ST/ESA/SER.A/207), Nueva York, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.02.XIII.3.

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.

Cuadro 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZA 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: Sobre la base de estimaciones y proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, 2003, y Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision* (ESA/P/WP.165), vol. 1, Nueva York, 2001.

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 Barbados, Cuba y Martinica que ya muestran tasas de fecundidad por debajo de dos hijos por mujer (nivel de reemplazo) y otros (Brasil, Chile, 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.

2. Esperanza de vida

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 en 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 que en los países que más han avanzado, los aumentos son 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).⁴ 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. Migración internacional

La emigración selectiva de jóvenes contribuye a envejecer a las poblaciones de origen. Una alta migración internacional en México ha causado un impacto marcado 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 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. 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.

⁴ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (2002), “Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: datos e indicadores”, *Boletín informativo*, edición especial, Santiago de Chile, marzo; y, Naciones Unidas (2002), *World Population Ageing 1950-2050* (ST/ESA/SER.A/207), Nueva York, División de Población. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.02.XIII.3.

C. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

1. 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 el vínculo 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.

2. 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 de América Latina 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. 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.

En el Caribe se observa una disminución de los niveles de analfabetismo en las personas mayores de setenta años en la década presente; sin embargo, se prevé que la situación de Jamaica seguirá siendo preocupante, con más de un tercio de la población mayor en condiciones de analfabetismo. Las diferencias de género en relación a los niveles de analfabetismo en la población mayor adulta en el conjunto de la subregión son leves y se espera que en el futuro sigan disminuyendo. Sólo en Guyana se presentan diferencias considerables entre los niveles de analfabetismo de mujeres y hombres, siendo la relación desfavorable para las primeras. En Jamaica se da la situación inversa, ya que la proporción de hombres mayores analfabetos es mayor que la proporción de mujeres en la misma condición. Los países en que el analfabetismo es muy similar en ambos sexos son Antillas Holandesas y Bahamas (véase el cuadro A.2 del anexo 1).

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.

3. Urbanización

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%.

En 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.

D. EL ENVEJECIMIENTO EN SUBPOBLACIONES ESPECÍFICAS

1. Población rural

Las áreas rurales muestran un grado levemente superior de envejecimiento que las urbanas a pesar de su mayor fecundidad y su menor expectativa de vida. En once países latinoamericanos, la proporción de adultos mayores que vive en el área rural es mayor que en el área urbana (véase el cuadro A.3 del anexo 1), sin embargo, el índice de envejecimiento rural es más bajo que el urbano. Esto se debe a que en las áreas rurales la población tiende a concentrarse principalmente en dos generaciones: los menores de 15 años y los mayores de 60. El envejecimiento rural, por lo tanto, es consecuencia de los cambios en la estructura de edades, resultado de los flujos migratorios campo-ciudad de la población joven, pero también, en algunas zonas del retorno al lugar de origen en la vejez.

Los adultos mayores de las áreas rurales constituyen un grupo demográfico que requiere especial atención, sobre todo en aquellos países en que la proporción de población rural es elevada, como Guatemala, Haití y Honduras, donde más de la mitad de los adultos mayores reside en áreas rurales ya que estas zonas se han caracterizado históricamente por su menor cobertura de servicios y un mayor deterioro económico.

En siete países de América Latina acerca de los cuales se dispone de información para el año 2000, una mayor proporción de adultos mayores rurales que urbanos ejerce la jefatura de hogar, con un claro predominio de los hombres.

El tamaño promedio de los hogares con personas mayores es levemente más alto en las zonas rurales que en las zonas urbanas; así ocurre en Costa Rica, Ecuador, México y Panamá. Sin embargo, esta parecería ser una característica de los hogares rurales y no solamente de aquellos con personas mayores, debido a que no se presentan grandes diferencias en el tamaño de hogares con y sin ellas, lo que sí sucede en las zonas urbanas, donde el tamaño promedio de los hogares sin personas mayores es inferior al tamaño promedio de los hogares con personas mayores.

Pese a lo anterior, en las áreas rurales, un porcentaje más alto de personas mayores viven solas y predominan los hogares unipersonales, envejecidos y masculinizados. En Bolivia, por ejemplo, el 19,4% de los hombres mayores vive solo y en Panamá, el porcentaje es 17,4%; estas cifras disminuyen considerablemente en Ecuador (9,2%) y México (8,3%).

Los datos revelan un panorama heterogéneo en cuanto al grado de ruralidad de las personas mayores en el futuro. Terminado el primer cuarto del siglo XXI, la proporción de personas mayores que

vive en las áreas rurales disminuirá, pero aún habrá diferencias. Mientras en Argentina, Uruguay y Venezuela, más del 90% de las personas mayores residirá en ciudades, en Guatemala y Haití algo más de la mitad vivirán en zonas rurales.⁵ No obstante, las condiciones de vida en el campo y la mayor incidencia de la pobreza en las personas mayores rurales puede tener como consecuencia la presencia cada vez más numerosa de población adulta mayor rural con algún grado de dependencia y vulnerabilidad.

2. Población indígena

En siete países con información disponible alrededor del año 2000, la población indígena representa proporciones variables en el ámbito nacional (véase el cuadro A.4 del anexo 1). Las zonas rurales tienen porcentajes más altos de población indígena que en algunos países, como en el caso de Panamá, casi decuplica el porcentaje de indígenas urbanos, lo que demuestra que la mayor presencia indígena relativa en las zonas rurales es una característica que aún se mantiene en la región.

Cuando se toman los indicadores del envejecimiento demográfico se observa una situación muy heterogénea. Sólo en Bolivia y México el porcentaje de adultos mayores es más elevado en poblaciones indígenas que no indígenas (el índice de envejecimiento es similar en el caso de México), si bien hay algunos distinguos según la zona de residencia. En las áreas rurales, la población indígena tiende a estar más envejecida que en las áreas urbanas; característica que no se repite en las poblaciones no indígenas rurales. Estos comportamientos podrían explicarse por fenómenos que confluyen, así: i) la mortalidad más elevada que persiste en las poblaciones de las zonas rurales y ii) los efectos de la emigración desde esas zonas. En general, el resultado neto es la tendencia hacia un predominio femenino urbano y uno masculino rural en los adultos mayores, tanto entre indígenas como no indígenas.

En la mayoría de los países, los indígenas adultos mayores, tanto hombres como mujeres, suelen estar casados o unidos en mayor proporción que en la población no indígena. En cuanto al porcentaje de personas adultas mayores que viven solas hay mucha variabilidad entre los países, y no se aprecia una diferenciación clara entre indígenas y no indígenas. La divergencia más nítida se registra entre zonas urbanas y rurales, ya que en éstas tiende a ser superior la incidencia de los hogares unipersonales.

Desde el punto de vista de la jefatura de hogar, los datos muestran también resultados variables entre los países, aunque con una tendencia superior de la jefatura de hogar entre los adultos mayores indígenas. Tanto éstos como los no indígenas registran proporciones más elevadas de jefatura en las zonas rurales.

En el Caribe, los datos sobre la población indígena son escasos. Sólo se sabe que entre los grupos de indígenas de Dominica, Guyana y Suriname, la incidencia de la pobreza es particularmente alta, siendo la población adulta mayor una de las más afectadas debido al acceso limitado que este grupo tiene a las prestaciones sociales básicas.⁶

⁵ Del Popolo, Fabiana (2001), "Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina", *serie Población y desarrollo*, N° 19 (LC/L.1640-P/E), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.178.

⁶ Véase CEPAL (2003), *Population Ageing in the Caribbean: An Inventory of Policies, Programmes and Future Challenges* (LC/CAR/G.772), Puerto España, Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe, diciembre.

3. Población femenina

En la región, la población femenina está más envejecida que la población masculina. En América Latina el porcentaje de población femenina adulta mayor alcanza el 10,3% y en el Caribe el 11,0%. En ambos casos estas cifras son superiores a las que presenta la población masculina, 8,3% y 8,9% respectivamente.

En los países de América Latina, la población femenina está más envejecida en las zonas urbanas que en las rurales. En Argentina, Guatemala, Honduras, República Dominicana y Uruguay, el porcentaje de mujeres urbanas de sesenta años y más es superior al 15%. En cambio, en las zonas rurales, sólo en Uruguay el porcentaje de mujeres de sesenta años y más supera el 15%; y en dos de los tres países con población femenina más joven, Haití y Paraguay, el envejecimiento de las mujeres es más alto en las zonas rurales que en las urbanas. En el Caribe, los países con población femenina más envejecida son Barbados y Puerto Rico (16% y 15,6%, respectivamente).

El índice de masculinidad revela que en 15 países de América Latina hay más mujeres mayores que hombres de la misma edad, sobre todo en las áreas urbanas. En las zonas rurales se registra la situación inversa. Por grupos de edad de 60 años y más, se observa que a medida que avanza la edad, el índice de masculinidad desciende, en especial en las áreas urbanas. En el Caribe, los índices de masculinidad son más bajos que en América Latina y sólo en dos países, Belice y Guyana Francesa, la relación numérica entre mujeres y hombres mayores es prácticamente similar.

En siete países de América Latina con respecto a los que existe información disponible para el año 2000, se observa que las mujeres mayores presentan porcentajes más altos de viudez y divorcio que los hombres. Más de un tercio de la población femenina es viuda mientras que en los hombres la viudez no alcanza a representar el 20%. En Brasil y México el porcentaje de mujeres mayores viudas incluso supera el 40%.

De lo anterior se deduce que la vejez femenina, en general, se vive sin la compañía de la pareja, pero esta situación no se traduce necesariamente en la feminización de los hogares unipersonales envejecidos, debido que el porcentaje población femenina adulta mayor que vive sola es muy similar al porcentaje que presenta la población masculina. Esto puede deberse a que las mujeres mayores tienden a vivir con sus hijos casados o no casados, según lo demuestran los datos de la Encuesta SABE.⁷

Con relación a la jefatura de hogar, los datos demuestran que más hombres que mujeres mayores asumen este papel, siendo más frecuente la jefatura de hogar femenina a esta edad en las áreas urbanas, contrariamente a lo que ocurre en la población masculina de edad avanzada.

También existen diferencias derivadas del origen étnico en la población femenina. Sólo en Bolivia y México —dos de los cinco países acerca de los que se cuenta con datos sobre población indígena para el año 2000—, la población femenina indígena está más envejecida que la población femenina no indígena. En Ecuador, el nivel de envejecimiento de las mujeres indígenas es similar al de sus pares no indígenas, y en Chile y Panamá, la población femenina indígena es más joven que la no indígena. Esta situación cambia en las zonas rurales. En el caso de Bolivia y Chile el porcentaje de las mujeres indígenas mayores aumenta y es superior a la población femenina no indígena y, en los restantes países, la población femenina indígena es más joven o presenta perfiles similares de envejecimiento con respecto a la población femenina no indígena rural.

⁷ La Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) se realizó en siete ciudades de países de América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay) y fue coordinada por la OPS y el Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin en Madison, Estados Unidos.

II. DIAGNÓSTICO EN LAS TRES ÁREAS PRIORITARIAS

A. PERSONAS DE EDAD Y DESARROLLO

1. Seguridad económica de las personas mayores

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. En materia de políticas, garantizar en el corto plazo la seguridad económica en la vejez es uno de los retos 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.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.

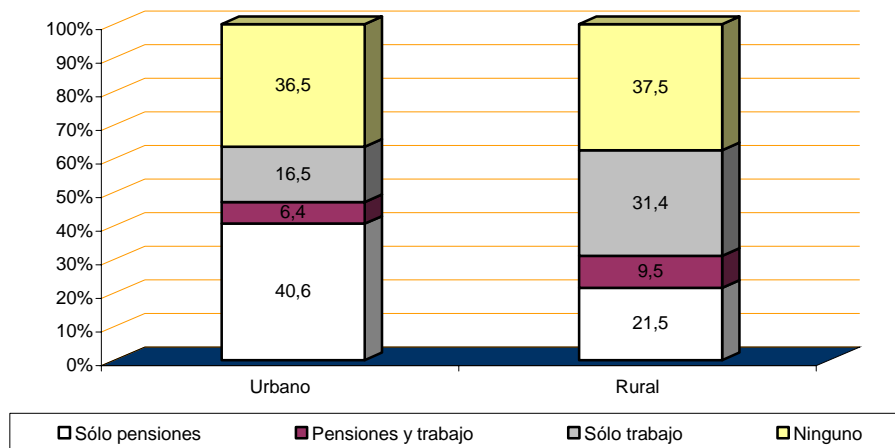
La magnitud de los montos necesarios no es fija y depende de la edad, del estado de salud, de los arreglos de residencia, de los patrones de consumo previos y de cuántos recursos corran por cuenta del Estado a través de servicios gratuitos o subsidios. Los mecanismos de provisión de seguridad económica 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.

a) 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 2, tanto en las áreas urbanas como en las rurales, más de un tercio 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.

⁸ Guzmán, José Miguel (2003), “Seguridad económica en la vejez: una aproximación inicial”, documento presentado a la Reunión de expertos en seguridad económica del adulto mayor (Ciudad de Panamá, 9 al 11 de abril), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Gráfico 2
FUENTE DE INGRESOS DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS, ÁREAS URBANAS Y RURALES DE AMÉRICA LATINA, CIRCA 1997



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (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, 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.

En el Caribe, una proporción considerable de personas mayores no está siendo cubierta por los sistemas de seguridad social, y las que están cubiertas no perciben beneficios suficientes para solventar plenamente sus necesidades. Por esta razón, otras fuentes de ingresos como las remesas, aunque su flujo sea lento e irregular, y la propia participación económica, aunque sea en el mercado informal, son vitales para asegurar un ingreso suficiente en la vejez. Sin embargo, factores tales como la ruptura de las familias debido a la migración y las consecuentes responsabilidades de cuidado que recaen en la población mayor, la introducción de edades obligatorias de jubilación, lo que supone anticipar y planificar el retiro de la vida laboral, y los cambios en los estilos de vida como consecuencia de la globalización, disminuyen las oportunidades de las personas mayores de participar en el mercado laboral y, por ende, limitan su capacidad de generar ingresos.⁹

b) 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. 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

⁹ Véase CEPAL (2003).

edad y sólo 10% de las mujeres de 65 años y más permanecen activas.¹⁰ Las tasas de actividad son sistemáticamente mayores en las áreas rurales; en el caso de Bolivia, 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 aumentado en un gran número de países de América Latina. 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, más 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: Bertranou, Fabio, "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.

En el Caribe, la tasa de participación económica de la población de 65 años y más es menor que en el conjunto de América Latina, y durante los últimos 20 años ha registrado una disminución notable en toda la subregión. En 1980, cerca del 30% de la población adulta mayor estaba empleada con una tasa de participación alta en Belice (48,2%) y relativamente baja en Antillas Holandesas (9,5%). En la actualidad, la tasa de participación para el mismo grupo etario en el total de la subregión se ha reducido a la mitad con disminuciones de más de veinticinco puntos porcentuales en Guadalupe (29,1%) y Martinica (27,4%). Sólo en Jamaica se registró un leve aumento de la tasa de participación económica de las personas mayores. Las proyecciones para el año 2010 indican una tendencia a la disminución de la participación económica de la población adulta mayor, pero no al ritmo de décadas anteriores. En promedio para la

¹⁰ Véase Guzmán (2003).

subregión la tasa descenderá en 3,5 puntos porcentuales, presentándose la baja más considerable en Jamaica y Puerto Rico (6,9 y 5,8 puntos porcentuales menos, respectivamente).

Si el criterio de clasificación que se emplea es el sexo, tradicionalmente la tasa de participación económica es más alta en los hombres que en las mujeres, (29,30% y 7,44%, respectivamente, para el conjunto de la subregión). En la presente década, cerca del 7,4% de las mujeres de 65 años y más se encuentra empleada, registrándose la tasas más altas en Jamaica (23,7%) y las más bajas en Puerto Rico y Suriname (menos del 3%). En los hombres, la tasa de participación económica actual en el conjunto de los países del Caribe sobre los que se cuenta con datos, alcanza casi el 30%, siendo Jamaica el único país donde este promedio es superado. Al igual que la tendencia en la población total de 65 años y más, en los hombres se presenta una tendencia a la baja en las tasas de participación económica, que llegará a 22,46% en el año 2010. La diferencia más notable en relación con la tendencia general es que las mujeres mantienen sus niveles actuales de participación (véase el cuadro A.5 del anexo 1).

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.¹¹ 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.

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.

c) 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.¹²

¹¹ Véase, CEPAL (2000), *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

¹² 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 pensiones.

En América Latina, durante 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; 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. Por último, 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 ha 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, entre otras cosas, para el financiamiento de las pensiones mínimas.

Otro de los elementos comunes a los sistemas de pensiones y jubilaciones de los países de América Latina 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 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.

En el Caribe, coexisten dos tipos de sistemas de pensiones: contributiva y no contributiva. En muchos países del Caribe los sistemas de pensiones gubernamentales formales entraron en vigencia recién después de la independencia, es decir, en la década de 1960 (en el caso de Jamaica en 1962), y de 1970, cuando se verificó gran parte del desarrollo del sector público. Para muchas de las personas que hoy son de edad avanzada, estos esfuerzos llegaron demasiado tarde como para ser tomados en consideración. En la actualidad sólo un tercio aproximadamente de las personas mayores en la subregión del Caribe reciben alguna forma de pensión del gobierno. Una parte considerable de la población del Caribe trabaja por cuenta propia y una gran parte trabaja como empleada en el sector informal, por lo tanto nunca contribuyó a ningún sistema de pensión constituido. Más mujeres que hombres se han visto excluidos de este sistema de pensión, ya que el porcentaje de mujeres en el sector informal es generalmente más elevado que el de los hombres y las tasas de desempleo son también generalmente más elevadas en las mujeres que en los hombres de la subregión. A menudo las mujeres han sido y son la cabeza del hogar y, por lo tanto, son las únicas que procuran el ingreso de la familia. Como resultado de ello, no quedan recursos para invertir en su seguridad financiera futura. Solamente en dos países, Jamaica y Trinidad y Tabago, más de dos tercios de las personas mayores reciben el ingreso de una pensión. En todos los demás países se brinda ese apoyo solamente a un tercio de su población, o a un porcentaje menor aún como en el caso de Granada

donde menos del 5% de las personas mayores reciben esos beneficios. La información que surge de una encuesta a las personas mayores realizada en 1999 en Trinidad y Tabago indica que el 75% de la población mayor había recibido una pensión por vejez.¹³ Un censo más reciente en Barbados muestra que el 84% de las personas mayores gozan del beneficio de una pensión local. A menudo se garantizan las pensiones completas con relativamente pocos años de contribuciones, siendo el ejemplo más extremo el de Jamaica, donde se necesitan solamente tres años de contribución, contrariamente a lo que ocurre en Haití, donde son necesarios 20 años de contribución.¹⁴

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 una 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.¹⁵

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

¹³ Véase Hunte, Desmond (2003), “Políticas y programas para las personas mayores en Trinidad y Tabago”, *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe* (LC/L.1995-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Cooperación Italiana, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

¹⁴ Véase CEPAL (2003).

¹⁵ Véase Bertranou, F., C. Solorio y W. van Ginneken (2002), *Pensiones no contributivas y asistenciales en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay*, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT), Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

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 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.

d) Pobreza en la vejez

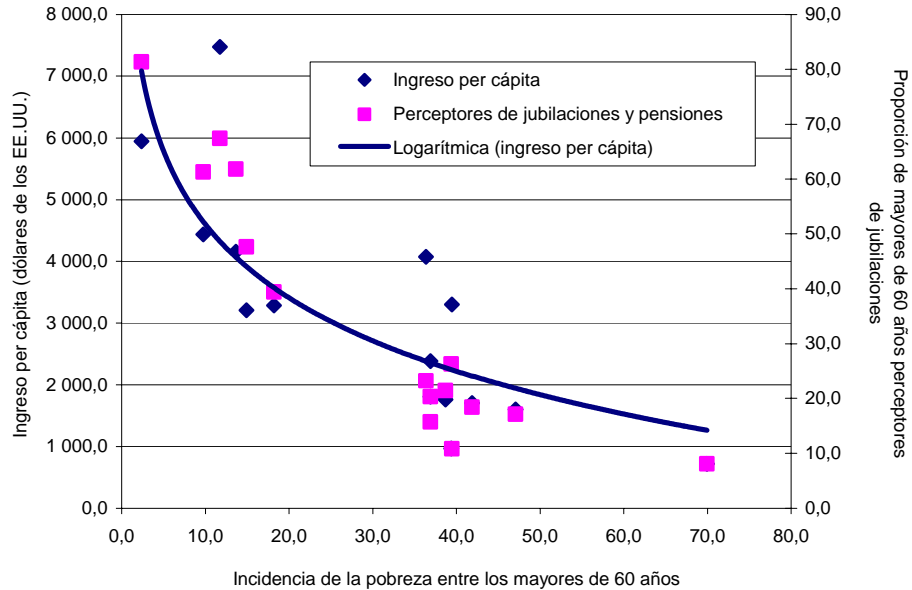
La incidencia de la pobreza entre las personas mayores está fuertemente vinculada a elementos estructurales de los países y al avance registrado en el conjunto de la sociedad en relación a la superación de la pobreza. En el gráfico 3 se presenta una relación entre la proporción de adultos mayores en situación de pobreza y el nivel de ingreso per cápita —como indicador del grado de desarrollo económico—, por una parte, y la cobertura de los sistemas de seguridad social, por otra. En ambos casos se observa que son los países de mayor desarrollo y cobertura aquellos en los cuales una menor proporción de adultos mayores es pobre. En el futuro, en la medida en que tienda a reducirse la cobertura de los sistemas de jubilaciones, tenderá a incrementarse el nivel de pobreza en las nuevas cohortes de adultos mayores.

En contextos poco propicios, las personas mayores se tornan particularmente vulnerables. El riesgo de caer en la pobreza puede ser más alto en este grupo etario, ya que su capacidad de generación de ingresos es menor y el retorno de su capital humano es comparativamente bajo.¹⁶ En el Caribe, algunos factores como la informalidad del mercado laboral, la invalidez y la práctica de la pequeña agricultura, aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores y con ello su probabilidad de caer en la pobreza. Desde principios de la década de los ochenta, las condiciones económicas en casi todos países de el Caribe han sido volátiles con tasas de crecimiento bajas o negativas debido a impactos externos, cambios en la demanda de las exportaciones en la subregión y catástrofes naturales como huracanes, diluvios o erupciones volcánicas. Por consiguiente, de acuerdo a la Oficina de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Trinidad y Tabago, buena parte de la población mayor de más avanzada edad (75 años y más) ha estado viviendo su vejez en el nivel de subsistencia o por debajo del mismo y aquellos que en este período fueron envejecientes (55 y más) vieron disminuidas sus posibilidades de ahorro permanente.¹⁷

¹⁶ Véase Martínez, Jorge (2004), “Población y pobreza”, documento presentado a la Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL, Santiago de Chile, 10 y 11 de marzo.

¹⁷ Véase CEPAL (2003).

Gráfico 3
POBREZA DE AMÉRICA LATINA, COBERTURA EN PENSIONES Y POBREZA



Fuente: Elaboración sobre la base de datos de Fabiana del Popolo (2001), “Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina”, *serie Población y desarrollo*, N° 19 (LC/L.1640-P/E), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.178; y, CEPAL, *Panorama social de América Latina 2001-2002* (LC/G.2138-P/E), cuadro 1, p. 181, Santiago de Chile, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.141.

Las estimaciones de pobreza hechas para la población mayor muestran índices menores que los observados en la población joven.¹⁸ Esto es así en once de los quince países de América Latina que cuentan con medición de pobreza en el ámbito urbano, siendo República Dominicana el único país de la región cuyos adultos mayores son relativamente más pobres que el resto de la población. En Costa Rica, El Salvador y Honduras los niveles de pobreza son similares a los promedios observados en los grupos etarios menores.¹⁹ Este resultado puede explicarse por la mayor acumulación de activos de la población adulta mayor, expresada principalmente en la recepción de pensiones y jubilaciones. Sin embargo, en países con baja cobertura de la seguridad social, este hecho puede ocultar niveles de pobreza mayores en la población de personas de edad, por dos vías.

En primer lugar, las necesidades de la población adulta mayor son diferentes a las de la población joven, con lo cual, las líneas de pobreza calculadas por el método tradicional de las canastas alimentarias y no alimentarias, no reflejan adecuadamente las necesidades propias de las personas mayores, entre ellas, las derivadas de los problemas de salud propios de la edad. Si pudieran incorporarse estas dimensiones al cálculo de las líneas de pobreza, probablemente éstas serían más altas que las correspondientes a la población joven.

¹⁸ Véase Guzmán (2003).

¹⁹ Véase Del Popolo (2001).

En segundo lugar, las personas mayores en situación de pobreza van a residir con hijos u otros familiares que están en mejor situación económica, con lo cual “salen” de la pobreza aun manteniéndose ellas mismas como personas sin ingresos o con ingresos muy bajos. Datos del Censo de México del año 2000 parecen corroborar este hecho. La incidencia de bajos ingresos en adultos mayores, definida a partir de los datos de ingresos totales por hogar declarados en el censo, se estimaría en alrededor de un 58%. En cambio, esta cifra se elevaría a cerca del 80% si se toma la información a nivel individual. Esto significa que al menos en el caso de México, cerca de un 20% de las personas mayores sería pobre si no fuese porque reside en hogares cuyos integrantes no lo son (véase el recuadro 1).

En definitiva, las razones que se dan sobre la menor incidencia de la pobreza en la vejez en relación a otros grupos de edad no son claras, no obstante, pueden deberse, entre otras razones, a que los sistemas de seguridad social han contribuido a reducir la incidencia de la pobreza en este grupo etario, ya que la menor capacidad de generación de ingresos se compensa con los ingresos de carácter previsional o asistencial. De este modo, la extensión y cobertura de los sistemas de seguridad social contribuyen no sólo a explicar el nivel de pobreza existente entre los adultos mayores, sino también la diferencia en la incidencia de la pobreza entre este grupo social y el resto de la población.²⁰ Por último, aunque no menos importante, la baja presencia de personas mayores en hogares pobres puede deberse a que sus miembros tienen menos probabilidades de llegar a edades más avanzadas por las precarias condiciones a las que han estado expuestos durante las distintas etapas del ciclo de vida.

2. Participación en la vejez

La participación consiste en promover la organización de los individuos en torno de intereses y en crear condiciones para que la comunidad pueda defenderlos, reivindicarlos, articularlos, hacer alianzas o determinar políticas públicas.²¹ 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.

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

²⁰ La cobertura de los sistemas de seguridad social y especialmente de las jubilaciones puede contribuir, además, a explicar la diferente incidencia de la pobreza entre los adultos mayores más jóvenes, de 60 a 70 años, edades en que los adultos mayores mantienen una cierta capacidad de trabajo y, además, han adquirido el derecho a recibir jubilaciones.

²¹ Véase, Licha I. (1998), *Participación comunitaria. Conceptos y enfoques de la participación comunitaria*, Washington, D.C., Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).

Recuadro 1
**INGRESOS DE LOS HOGARES E INGRESOS INDIVIDUALES. OTRA MIRADA A LA
 POBREZA DE LAS PERSONAS MAYORES**

La medición de la pobreza que afecta a las personas mayores suele hacerse con información de los hogares. Esto no necesariamente refleja la situación concreta de estas personas, sean ellas autónomas o dependientes de los recursos de otros miembros del hogar. A partir de la dicotomía entre los ingresos de los hogares y de los individuos, se ha realizado una clasificación de la situación de pobreza de las personas mayores y se han formado seis grupos de personas mayores según su situación, atendiendo a ambos tipos de ingresos: los propios y los de los hogares en que viven.

Ingresos de los hogares	Ingresos de los individuos		
	Sin ingreso	Ingreso bajos	Ingresos medio y alto
Ingreso bajo	Desvalidos	Pobres severos	Contribuyentes insuficientes
Ingreso medio y alto	Dependientes absolutos	Contribuyentes dependientes	Autónomos absolutos

- a) *Desvalidos*: no tienen reciben ingreso propio y viven en hogares de bajos ingresos.
- b) *Pobres severos*: tienen ingresos bajos y viven en hogares de bajos ingresos.
- c) *Contribuyentes insuficientes*: tienen ingresos medios y altos, pero no suficientes como para sacar a sus hogares de la pobreza.
- d) *Dependientes absolutos*: no tienen ingreso, pero viven en hogares que están fuera de la pobreza.
- e) *Dependientes contribuyentes*: tienen un ingreso bajo, pero viven en hogares que están fuera de la pobreza.
- f) *Autónomos absolutos*: viven en hogares con ingreso medio y alto, y ellos mismos tienen ingresos elevados.

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN INGRESOS PERCIBIDOS
 INDIVIDUALMENTE E INGRESOS DE LOS HOGARES EN QUE HABITAN.
 MÉXICO, 2000**

Ingreso de los hogares	Ingresos de los individuos			Total
	Sin ingreso	Ingreso bajo	Ingresos medio y alto	
Ingreso bajo	30,8	24,8	2,6	58,3
Ingreso medio y alto	12,1	11,9	17,7	41,7
Total	42,9	36,7	20,3	100,0

Fuente: Cálculos propios sobre la base de microdatos censales.

Los datos mostrados arriba, correspondientes a México, indican que existe un grupo crítico que es el de los denominados desvalidos, que constituyen casi un tercio de la población adulta mayor. Otro grupo crítico es el de los pobres severos, que constituyen un cuarto de la población. Los grupos denominados dependientes se benefician de que en sus hogares otros miembros proveen ingresos suficientes, lo cual los pone en ventaja con respecto a los grupos anteriores; sin embargo, su situación de dependencia económica puede tener efectos negativos en otros aspectos que influyen en la calidad de vida, como la capacidad de tomar decisiones con independencia. Por último, un quinto de la población adulta mayor mexicana entra en la categoría denominada “autónomos absolutos”, ya que tienen ingresos medios y altos, y en sus hogares la situación de ingresos es similar.

b) 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.

c) Voluntariado

En varios 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.

Bridgetown y São Paulo son las ciudades con mayor participación de las personas mayores en actividades de voluntariado. En Buenos Aires, Montevideo y Santiago se observan 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 (Buenos Aires, La Habana y Santiago), servicios de bienestar social (Ciudad de México, Montevideo y São Paulo) e instituciones que albergan niños (Montevideo y São Paulo). 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
Total de ayuda	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta SABE. Procesamiento especial realizado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, 2003.

d) **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. Alrededor del 17% de personas mayores en Bridgetown y del 25% en Montevideo brindan cuidado a niños, contribuyendo a la socialización de las nuevas generaciones y a la transferencia de saberes y costumbres.

e) **Educación**

La continuidad educativa a lo largo de la vida plantea desafíos a los sistemas formales de educación, y hace necesario adiestrarse para el uso de nuevos adelantos tecnológicos, terminar estudios básicos incompletos o acercarse a áreas temáticas de interés particular. A partir de la década de 1980, se observa en algunos países de la región, como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay, el aumento de la oferta de Universidades de la Tercera Edad, que dan 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 anterior pone de manifiesto que las personas mayores realizan actividades de distinta índole en su beneficio y de la comunidad. Estas prácticas no siempre están articuladas o provocan un cambio en la condición y posición de las personas mayores, pero se espera que en los próximos años se traduzcan en la generación de condiciones para un mayor empoderamiento de las personas mayores.

3. Género y envejecimiento

La vejez puede ser una etapa de pérdidas, pero también de plenitud. Todo depende de la combinación de recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales a las que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, según su condición y posición en la sociedad. Esto supone conjugar la edad con otras diferencias sociales —tales como el género, la clase social y la etnia—, que condicionan el acceso y goce de dichos recursos y oportunidades.

La conexión entre el género y el envejecimiento surge tanto “del cambio social propio del paso del tiempo como de los acontecimientos relacionados con la edad que suceden a lo largo de la vida”.²² Es decir, la construcción social del género no es la misma en todas las etapas del ciclo de vida como tampoco lo es el paso del tiempo expresado en la edad cronológica, fisiológica y social para hombres y mujeres. El aspecto fundamental de esta conexión es “comprender cómo se relacionan la edad y el género con la distribución del poder, privilegios y bienestar en la sociedad”.²³

En este apartado se da cuenta de las diferencias existentes entre hombres y mujeres mayores en algunos ámbitos relacionados con su bienestar que son tratados en este documento.

²² Véase Arber, S. y G. Jay (1995), "Mera conexión. Relaciones de género y envejecimiento", *Relación entre género y envejecimiento. Un enfoque sociológico*, Madrid, Ediciones Narcea.

²³ *Ibíd.*

a) Pobreza y desigualdades de género

Las diferencias de género en la seguridad económica de las personas mayores se pueden establecer, principalmente, a través del estudio de la posición económica en la vejez, debido a que en esta etapa son más evidentes las desventajas que se acumulan a lo largo de toda una vida y el género actúa como una variable estratificadora que se traduce en una mejor o peor posición económica de acuerdo a la trayectoria vital de las personas.²⁴

La pobreza en la vejez es la expresión de la desigualdad extrema en la posición económica. De acuerdo con la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, las desigualdades de edad y género están vinculadas a la pobreza, y la mayor incidencia de la pobreza entre las mujeres en comparación con los hombres no es accidental, sino multidimensional, en tanto nace de las múltiples desigualdades que sufren las mujeres a lo largo de la vida debido a su género, clase, etnia y estado civil.²⁵

En esta perspectiva, el género como variable estratificadora de la situación económica en la vejez tiene su origen en la división sexual del trabajo, debido a que el papel de las mujeres en la reproducción social limita sus oportunidades de ocupar un empleo remunerado, alcanzar logros educacionales y adquirir conocimientos prácticos.²⁶ Cuando las mujeres se insertan en el mercado laboral lo hacen en puestos con bajas remuneraciones y poco valorados, lo que provoca desventajas económicas y sociales que se traducen en desigualdades durante la vejez. Un aspecto a destacar en esta línea de argumentación son las dificultades existentes en las estructuras políticas y jurídicas, específicamente, en las leyes y tradiciones relativas al patrimonio, el crédito y la herencia, que suelen ser más favorables a los hombres.

De acuerdo con el Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena “en todo el mundo, las mujeres de edad tienen más posibilidades de vivir en la pobreza que los hombres”.²⁷ ¿Hasta qué punto esta afirmación es aplicable a los países de la región?

Los datos de las encuestas de hogares realizadas en países de América Latina alrededor del año 2002 indican que con relación a la seguridad económica, las mujeres mayores efectivamente se encuentran en una situación más desventajosa que los hombres: i) un porcentaje más alto de mujeres no percibe ingresos propios, ii) un porcentaje más alto de mujeres no cuenta con pensión ni jubilación y iii) los ingresos de las mujeres percibidos por concepto de jubilación o pensión son más bajos. Parte de estas desigualdades de género son el resultado de las condiciones en que se desarrolla la actividad laboral de las mujeres a lo largo de su vida o de las limitaciones institucionales derivadas de las leyes y normas que rigen los sistemas de seguridad social. Sin embargo, esta situación no siempre se traduce directamente en pobreza durante la vejez femenina tal como lo demuestra el índice de feminidad en hogares pobres urbanos (véase el gráfico 4).

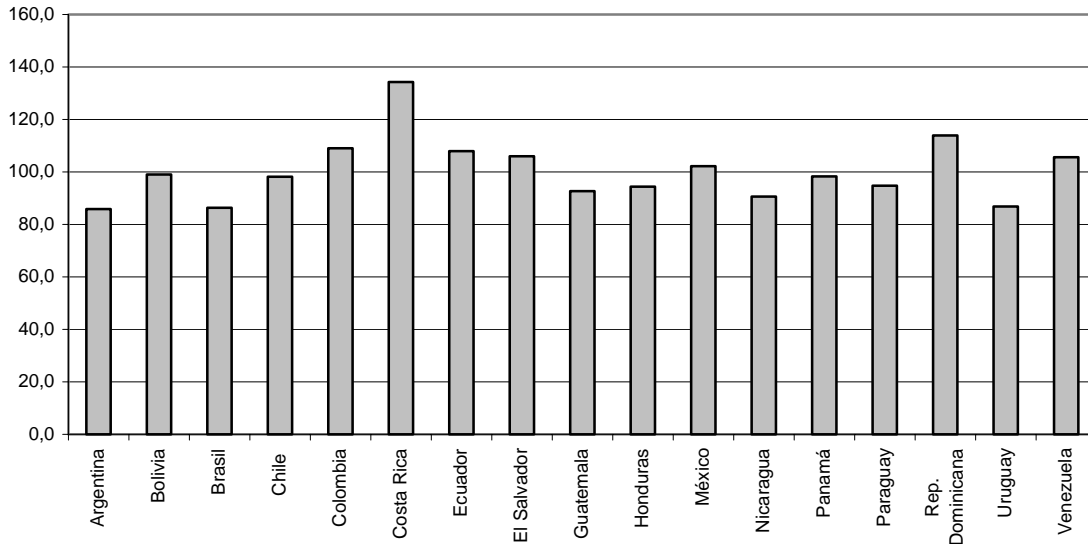
²⁴ Véase, Huenchuan, Sandra (2004), “Envejecimiento, género, y pobreza”, *Revista Perspectivas de trabajo social*, Santiago, Chile, Universidad Cardenal Raúl Silva Henríquez, en prensa.

²⁵ Véase, Naciones Unidas, Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (1999), Género y envejecimiento: problemas, planteamientos y políticas. Informe del Secretario General (E/CN.6/1999/3), Nueva York, marzo.

²⁶ Véase Stone, Robin (1999), “The feminization of poverty among the elderly”, *Women’s Studies Quarterly*, N° 1 y 2, Rochester.

²⁷ Véase Naciones Unidas (1991), *The World Ageing Situation 1991* (ST/CSDHA/14), Nueva York.

Gráfico 4
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): ÍNDICE DE FEMINIDAD DE 60 AÑOS Y MÁS
 EN HOGARES URBANOS POBRES, ALREDEDOR DE 1999**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) - Unidad Mujer y Desarrollo, elaborado sobre la base de los datos de Estadísticas de Género, <http://www.cepal.org/mujer>.

Parecería que la probabilidad de que en la mayoría de los países, parte de las mujeres urbanas estén viviendo una vejez sin pobreza en la generación actual es producto de la posibilidad de recibir transferencias familiares, lo cual compensa las limitadas oportunidades de recibir transferencias sociales a través del sistema de seguridad social. Esto puede deducirse de los resultados de un estudio comparativo realizado en siete ciudades de la región sobre la base de la Encuesta SABE que demuestra que “la probabilidad de recibir ayuda en dinero o bienes es significativamente mayor entre las mujeres mayores que entre los hombres de edad avanzada, mientras la probabilidad de prestar ayuda en dinero es significativamente mayor entre los hombres que entre las mujeres”.²⁸

No obstante, la dependencia de hijos y familiares puede afectar la autonomía de las mujeres y, la regularidad de los ingresos —lo que no necesariamente es una característica de los apoyos familiares monetarios—, es un factor determinante del acceso a la salud. Con frecuencia, el apoyo que reciben las mujeres proviene de hijos, y en especial de las hijas, pudiéndose observar una “generación intermedia” que está aportando a su propio hogar y al bienestar de sus antecesoras.

En el caso de los hombres, la información indica que siguen actuando como proveedores durante la vejez.²⁹ Esto tal vez les otorgue cierta seguridad, pero el hecho que sus redes de apoyo familiar y comunitario sean más reducidas, a la larga puede producir consecuencias importantes en su bienestar.³⁰

²⁸ Véase Saad, Paulo (2003), “Estudio comparativo de encuestas SABE”, *serie Notas de población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

²⁹ Véase Huenchuan, Sandra y Z. Soza (2003), “Red de apoyo y calidad de vida de personas mayores”, *serie Notas de población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía

b) Discapacidad y mortalidad en la vejez desde la perspectiva de género

Las diferencias de género con respecto a la mortalidad, así como la frecuencia, tipo y edad de comienzo de las discapacidades están relacionadas con el envejecimiento fisiológico y dan lugar a desequilibrios significativos en la última etapa de la vida.³¹

En general, las mujeres viven unos seis años más que los hombres y existen causas de mortalidad diferencial por género. Pero, más allá de esta constatación, lo importante es establecer si la sobrevivencia femenina se traduce efectivamente en años de vida ganados, lo que en la vejez significa años sin discapacidad, y si las diferencias en las causas de mortalidad entre hombres y mujeres se deben efectivamente a factores biológicos.

Con relación al primer punto, es decir las tasas de discapacidad, sobre la base de las respuestas acerca de los impedimentos físicos o mentales de las personas de 60 años y más y de 70 años y más, en los últimos censos de población de 14 países de la región, se plantea el siguiente panorama (véase el cuadro 5).

Cuadro 5
POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS: TASAS DE DISCAPACIDAD TOTAL INFORMADAS EN LOS CENSOS NACIONALES DE POBLACIÓN, POR MIL,^a PARA GRANDES GRUPOS DE EDAD

País	60 años y más de edad			70 años y más de edad		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Belice (2000)	321	304	338,7	424,4	409,3	439,3
Brasil (2000)	66,7	72,5	61,5	94,4	94	98,8
Chile (2002)	81,7	94,5	71,5	123,6	136,7	120,3
Colombia (1993)	103,2	107,6	99,2	150,1	155,8	152,6
Costa Rica (2000) ^b	160,9	180,2	143,5	216,7	238,8	209,6
Ecuador (2001) ^b	135,8	134,2	137,1	158,4	155	172,7
El Salvador (1992)	77,1	81,5	73,5	117,1	124,4	116,9
Guatemala (1994)	29,1	33,6	24,8	41,1	45,1	39,2
México (2000) ^b	135,1	137,3	132,9	210,2	207,1	223
Panamá (2000)	51,9	57,9	46,1	81,5	88,3	79,2
Paraguay (1992)	31,6	33,9	29,7	54,9	58,3	54,6
Perú (1993)	69,3	69,5	69,1	82,2	82	87,7
Santa Lucía (1991)	355,1	308,6	391,7	495,3	420,6	583,8
Venezuela (2001)	46,6	49,7	43,8	75,5	76,2	78,2

Fuente: Censos nacionales de población y microdatos procesados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, 2003.

^a Tasas estandarizadas.

^b Estos países incluyen ceguera parcial o total, los demás países incluyen sólo ceguera total.

(CELADE) - División de Población de la CEPAL y Ham-Chande, R. y otros (2003), "Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la ciudad de México", *serie Notas de población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta S.03.II.G.171.

³⁰ Véase Montes de Oca, Verónica (2003), "Redes comunitarias, género y envejecimiento", *serie Notas de población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.171.

³¹ Véase Ginn y Alber (1995).

Las tasas de discapacidad en el grupo de 60 años y más no muestran diferencias destacables entre hombres y mujeres. No ocurre lo mismo en el grupo de 70 años y más donde, en general, las mujeres tienen una tasa de discapacidad superior que los hombres en la mayoría de los países.

La discapacidad tiene repercusiones en las mujeres de más avanzada edad, tanto en su vida familiar como comunitaria, debido a la pérdida de independencia y al aumento de las necesidades de cuidado. Dadas las diferencias de género respecto de las discapacidades y de la desigualdad numérica entre hombres y mujeres en este grupo etario, la provisión y recepción de cuidados informales en la llamada “cuarta edad” están marcadas por el género. Es probable que la vida cotidiana de las mujeres mayores se vea más obstaculizada por las discapacidades funcionales; asimismo, debido al mayor porcentaje de viudez femenina es mucho menos probable que las mujeres cuenten con una pareja que las atienda.

Con relación al segundo punto, en la región existen importantes diferencias en las causas de muerte de hombres y mujeres mayores. Si bien las tasas de mortalidad por todas las causas son más altas en los hombres que en las mujeres; sólo las causas externas pueden brindar indicios respecto de las diferencias de género. De acuerdo con los datos de la Encuesta SABE, la cantidad de muertes por accidentes de tránsito, ahogamiento, caídas, homicidios y suicidios es mucho más elevada en hombres que en mujeres. En este caso, los factores biológicos tienen menos importancia que la multitud de factores sociales que hacen que la población masculina esté sometida a riesgos con mayor intensidad que la femenina.

En consecuencia, la ventaja que tienen las mujeres con respecto a la esperanza de vida con frecuencia se ve contrarrestada por las discapacidades, y la sobremortalidad masculina está influenciada, junto con los factores biológicos, por factores sociales que es posible controlar.

c) Las diferencias de género en los apoyos y el maltrato en la vejez

La calidad de vida en la vejez depende en gran parte de la seguridad económica y también de los recursos humanos disponibles para la atención y el cuidado cuando aumenta la dependencia.

Existen importantes diferencias de género en cuanto a la disponibilidad y provisión de apoyo. La disponibilidad del apoyo depende del tamaño de la red familiar y comunitaria. Al respecto, estudios realizados sobre la base de los datos de la Encuesta SABE revelan que las mujeres tienen una red de apoyo más amplia que los hombres.³² Asimismo, la inserción comunitaria de las mujeres —y por ende su probabilidad de recibir apoyo— es más efectiva.³³ En cuanto a brindar apoyo, sea en edades tempranas o en la madurez, todos los estudios demuestran que es una función marcadamente femenina.

También en el maltrato contra las personas mayores se expresan formas de socialización marcadas por el género y la concepción social de la vejez. Las formas de violencia varían de acuerdo al ciclo de vida y género de la víctima y de la persona agresora. Las investigaciones revelan que en el maltrato contra las personas mayores existe un perfil de la víctima y de la persona agresora. La primera suele ser una mujer mayor de 75 años y con cierta dependencia física y la segunda suele ser su cuidador o cuidadora. La persona que agrede varía según el tipo de maltrato. Si se trata de maltrato negligente o por omisión, frecuentemente es provocado por una mujer, quien generalmente asume las tareas de cuidadora;

³² Véase Huenchuan y Sosa (2003) op. cit.; Ham-Chande y otros (2003) op. cit.

³³ Véase Montes de Oca (2003) op. cit.

en cambio si trata de maltrato físico o sexual, suele ser un hombre, siendo el cónyuge o los hijos las figuras agresoras más comunes.³⁴

Lo expresado revela que los hombres y las mujeres arriban a la vejez dotados de recursos personales y sociales totalmente diferentes, y esas diferencias son resultado de la experiencia acumulada en su vida dentro de estructuras normativas y simbólicas marcadas por el género y otras bases de diferenciación social.

En la disponibilidad de apoyo de familiares y de la comunidad, no así de sus parejas, las mujeres parecen tener ciertas ventajas con respecto a los hombres debido a un mayor capital social. De este modo, en esta etapa se vuelve más evidente que los hombres han estado preparados y ocupados tradicionalmente para el mundo abstracto e impersonal de la economía de mercado y que su socialización no siempre los capacita para volver al mundo extralaboral. En esta situación es claro que las personas más preparadas, con conocimiento de la economía doméstica, las que han cultivado los vínculos de solidaridad familiar y, en definitiva, las que pueden estar socialmente mejor preparadas para afrontar esta etapa de la vida son las mujeres. Sin embargo, estas capacidades personales pueden ser limitadas por el contexto en el que se vive la última etapa de la vida, siendo la exposición al maltrato en la vejez uno de los riesgos a los que también pueden enfrentarse con más frecuencia las mujeres mayores debido a su sobrevivencia.

En síntesis, al igual que en las restantes etapas de la vida, en la vejez existen diferencias de género importantes, que pueden traducirse en una situación desfavorable para las mujeres; pero también, al contrario de lo que sucede en otras etapas del ciclo de vida, los hombres pueden sufrir algunas consecuencias negativas, producto de su socialización masculina, que no siempre constituye una ventaja.

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.

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 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.³⁵ Ello ha llevado a la

³⁴ Véase Rubio, R. y Storross (2003), “Los malos tratos en personas mayores: un reto a superar en el tercer milenio”, *Revista Geriatrika*, Madrid, Liga de Geriatras y Gerontólogos de Lengua Latina.

³⁵ Véase Palloni, Alberto, S. DeVos y M. Pelaez (1999), “Aging in Latin America and the Caribbean”, *CDE Working Paper series*, No. 99-02, Madison, Center for Demography and Ecology (CDE), Universidad de Wisconsin.

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 los perfiles de mortalidad de las personas de 60 años y más, según diferentes causas, se usan los datos disponibles para varios países de la región a inicios de los años ochenta y finales de los noventa.³⁶

a) Enfermedades infecciosas transmisibles

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.

b) Enfermedades neoplásicas

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 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.

c) Enfermedades del sistema circulatorio

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

³⁶ Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela.

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 cardíaca congestiva, cardiomiopatías y una gran variedad de otros padecimientos cardiovasculares.

d) Causas externas

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.

e) Otras causas

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).³⁷ 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

La población de 60 años y más presenta un perfil epidemiológico complejo, con una combinación peculiar de condiciones infecciosas características de poblaciones que viven en situaciones de pobreza y de condiciones crónicas no transmisibles características de las poblaciones ya envejecidas. A pesar de los adelantos en el control de las enfermedades infecciosas, éstas, y en particular las emergentes y reemergentes, aún constituyen una amenaza grave para la población mayor de bajo nivel socioeconómico.

Para construir el perfil epidemiológico y los factores de riesgo de las personas mayores en la región, se utilizaron los datos de la Encuesta SABE como una de las principales fuentes de referencia.

a) Autopercepción respecto de la salud

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.³⁸ 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

³⁷ El riesgo relativo de muerte se midió suponiendo que todas las personas pueden sobrevivir hasta los 85 años de edad.

³⁸ Las opciones de respuesta fueron cinco: excelente, muy buena, buena, regular o mala.

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 Barbados, Buenos Aires y Montevideo, siendo de sólo 35% y 40% en los Estados 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.

b) Enfermedades no transmisibles

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, éstas tienen su origen en varios 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 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 Barbados y en Ciudad de México la prevalencia de diabetes informada por adultos mayores es superior al 22% y al 10% en las otras ciudades.³⁹ 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 y 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.

c) Salud mental

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 al 18%, siendo sistemáticamente mayor en las mujeres.

³⁹ 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 diagnosticada.

d) Otros problemas de salud

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, Montevideo y Santiago, 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.

3. Estado 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 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 de la vida diaria (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 informa 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.⁴⁰ En los lugares donde se conjetura que hay menos oferta, como Cuba, México, Santiago de Chile y São Paulo, la proporción de personas que tienen cuatro o más limitaciones para las ABVD es casi el doble que para Bridgetown, Buenos Aires 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 los principales prestadores de cuidados para las personas adultas mayores son los miembros de la familia, con una alta proporción de mujeres, cerca

⁴⁰ Este tipo de instituciones no se incluyó en las encuestas SABE, que se basaron únicamente en muestras de viviendas particulares.

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 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 de los países desarrollados no son viables para los países de América Latina y el Caribe.

La información recopilada muestra que en la mayoría de los países de la región no hay registros fiables 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.

C. ENTORNOS FAVORABLES

La creación de condiciones esenciales, tales como la 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 este documento se ha considerado fundamental incluir la situación de los entornos físicos (vivienda y uso del espacio urbano) y de los entornos sociales (maltrato de personas mayores, imagen del envejecimiento y apoyo informal) 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 físicos favorables

a) Vivienda segura y propicia

El desafío que supone una vivienda segura y propicia para las personas mayores se plantea en este capítulo sobre la base de tres ejes conceptuales. En primer lugar, existen múltiples influencias de la vivienda y el vecindario en la calidad de vida, ya sea en la esfera objetiva de las condiciones de vida y del patrimonio de las personas, como en la esfera subjetiva o de percepción de bienestar. En segundo lugar, la adecuación habitacional implica reconocer la diversidad de necesidades y preferencias de los adultos mayores, incluida la opción de "envejecer en casa", como también las situaciones de fragilidad que exigen cuidados y formas especiales de residencia.⁴¹ La vivienda para este grupo social debe satisfacer las necesidades de autonomía e independencia, ofrecer seguridad al amplio espectro de situaciones vitales y posibilitar el bienestar de los mayores. En tercer lugar, el problema de vivienda de las personas mayores debe ser visto en el contexto de su inserción en la estructura familiar, dado que si bien algunas de estas personas se organizan en hogares independientes, también existen formas de cohabitación intra e intergeneracional, siendo fundamental que existan ofertas de esquemas habitacionales que consideren los distintos arreglos residenciales.

Arreglos residenciales de las personas mayores

El tipo de residencia 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 sólo 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 edad.⁴² Asimismo, la 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 urbanos de 1997— residían en hogares multigeneracionales.⁴³

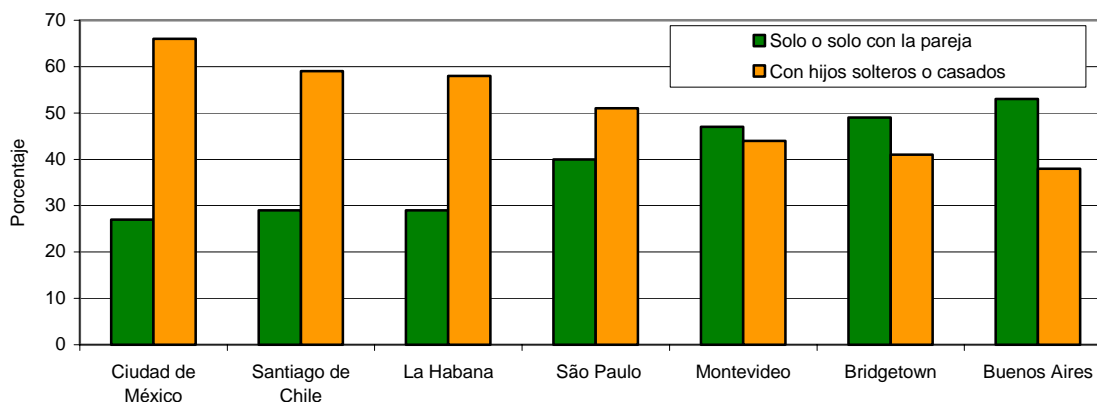
⁴¹ Véase Binstock, R. y Linda K. George (eds.) (2001), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, San Diego, Academic Press.

⁴² Véase Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (2002), "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: datos e indicadores", *Boletín informativo*, edición especial, Santiago de Chile, marzo.

⁴³ 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

Según datos recientes basados en las encuestas sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) un alto porcentaje de personas mayores, de 40% a 65%, vive con hijos, siendo este porcentaje mayor en La Habana, México y Santiago y menor en Bridgetown, Buenos Aires y Montevideo.⁴⁴ Las personas mayores que viven solas o únicamente con su pareja, en cambio, constituyen alrededor del 50% en estas últimas tres ciudades (véase el gráfico 5).

Gráfico 5
**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”, *serie Notas de población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, 2003.

Pese a lo anterior y de acuerdo con las cifras censales, la residencia solitaria es poco significativa en América Latina. En 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. En general también se observa una mayor proporción de residencia solitaria en zonas rurales. Por último, no se aprecia una tendencia generalizada a vivir solo a medida que aumenta el proceso de envejecimiento. En este sentido, se registra un ascenso más o menos sostenido de los hogares unipersonales envejecidos en países como Bolivia, Brasil, Chile y Costa Rica, mientras que en otros como Ecuador, México y Panamá el porcentaje de adultos mayores que vive solo o sola se muestra relativamente estable o errático.

Las necesidades de vivienda son diferentes de acuerdo al tipo de hogar con presencia de personas mayores. Los hogares compuestos por una sola persona o por parejas de al menos un adulto mayor requieren de viviendas de menor superficie unitaria, sean éstas independientes o se encuentren en condominios o en residencias especializadas. En cambio, todas las modalidades de hogar

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).

⁴⁴ 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 habitacionales.

multigeneracional pueden incluir, eventualmente, soluciones habitacionales como la ampliación, el mejoramiento o la densificación, con el objeto de conservar formas extendidas de cohabitación y preservar las redes familiares.

Tenencia de la vivienda

Si bien la residencia en vivienda propia es la pauta generalizada en las personas mayores, pueden señalarse algunas diferencias entre los distintos tipos de hogar respecto de este régimen de propiedad. Los hogares multigeneracionales habitan con más frecuencia en una vivienda propia, lo que puede indicar la existencia de arreglos de cohabitación en los que las personas mayores son dueñas de las viviendas y acogen descendientes en etapas iniciales de la acumulación de activos. La tasa de propiedad de la vivienda es más baja entre los hogares unipersonales de personas mayores, como asimismo entre los hogares donde éstas son miembros secundarios.

Las consecuencias que se derivan de lo anterior para una política habitacional son bastante directas: en las categorías donde las tasas de propiedad de la vivienda son más altas, debe estudiarse el mejoramiento, la ampliación o la adecuación de los alojamientos a las necesidades de las personas mayores y a la preservación de arreglos funcionales de cohabitación y solidaridad intergeneracional; mientras que las personas mayores solas, o que se integran como miembros secundarios, parecen requerir con mayor frecuencia de programas de vivienda nueva.

Acceso a una vivienda de buena calidad

En los países para los cuales se dispone de información, los hogares con personas mayores habitan con mayor frecuencia en viviendas con piso de tierra y con muros deficitarios, en comparación con los hogares sin personas mayores, aunque las diferencias no son significativas. La situación más crítica es la de Bolivia y Nicaragua, cuyo número de hogares con personas mayores en viviendas con piso de tierra se acerca al 50%. 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 Chile y México. 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.

b) Espacio urbano

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 se han identificado factores de riesgo como la falta de barras de sujeción, escalones irregulares, barandas e iluminación inadecuadas, etc. En materia de accidentes de tránsito, las personas mayores son un grupo de riesgo; en Venezuela, 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. Dentro de las limitaciones para el uso del espacio público, la no disponibilidad de sistemas de transporte adecuados a las necesidades de los adultos mayores es una característica corriente en la mayor parte de las ciudades de la región. La existencia de índices de criminalidad y violencia urbana elevada en algunos barrios incide en que las personas mayores no salgan de sus hogares, creando condiciones que limitan la integración social y la movilidad física y por lo tanto potencian las discapacidades. 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.

2. 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”.⁴⁵ Asimismo, 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 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 aquellas 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 redundará 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

⁴⁵ “Action on Elder Abuse’s definition of elder abuse”, *Action on Elder Abuse Bulletin*, Londres, mayo-junio de 1995.

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.

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 la 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.

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 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 no corresponde a la realidad. Las personas mayores tienen potencialidades, recursos y aptitudes transformadoras.

c) **Apoyo familiar y comunitario**

Una de las fuentes importantes de apoyo y cuidado en la vejez es la familia. Los datos de la encuesta SABE muestran una alta proporción de personas mayores que reciben apoyo, principalmente familiar. Esta proporción varía de 82% en la muestra de Barbados hasta 93% en La Habana y São Paulo. 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 personas mayores que prestan algún tipo de apoyo varía de 70% en Bridgetown hasta 88% en Santiago de Chile y São Paulo. 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 una doble vía.

La situación actual respecto 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. Por una parte, la fuerte disminución de la fecundidad reducirá el tamaño potencial de la red de apoyo familiar 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 antecesores, 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.

Los análisis plantean que el origen étnico influye en la naturaleza y las fuentes de apoyo social, debido a que el lugar que ocupa el cuidado en la vejez dentro de un determinado contexto social, y las experiencias de dar y recibir apoyo dependen también de factores culturales. En la región, la familia y la comunidad juegan un papel fundamental en el bienestar de la población mayor de origen indígena, en especial de base rural, tradicionalmente relegada por la falta de servicios básicos o la desigualdad en su acceso. Aunque los datos de los censos no permiten determinar la medida en que la comunidad se estructura como una fuente de apoyo en la vejez, permiten analizar algunos aspectos de los apoyos potenciales de la familia. Por ejemplo, en la mayoría de los países, los indígenas adultos mayores, tanto hombres como mujeres, suelen estar casados o unidos en mayor proporción que en la población no indígena. En cuanto al porcentaje de personas mayores que viven solas varía mucho entre los países, y no se aprecia una diferenciación clara entre indígenas y no indígenas. La divergencia más nítida se registra entre zonas urbanas y rurales, ya que en éstas últimas tiende a ser superior la incidencia de los hogares unipersonales en la población mayor de origen indígena. Es posible que este fenómeno no esté relacionado con la falta de apoyo y cuidado, ya que la vida comunitaria activa puede reemplazar el apoyo familiar basado en la cohabitación.

III. INTEGRACIÓN DE LOS ASUNTOS DE LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO LEGAL Y PROGRAMÁTICO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

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.⁴⁶ 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.

A. 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; y, en general, en todos los instrumentos —mundiales y regionales— en que se establecen derechos de las personas mayores, 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.

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 1999.⁴⁷
- Los planes de acción internacional de conferencias mundiales constituyen una base política en el ámbito internacional y en ellos se proponen directrices sobre las maneras en que la comunidad internacional puede enfrentar diferentes temas, como el envejecimiento. En el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en el año 1994, se plantea como base para la acción la creación de condiciones

⁴⁶ Véase Huenchuan, Sandra (2004), “Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina”, *serie Población y Desarrollo*, N° 51 (LC/L.2115-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.44, abril de 2004.

⁴⁷ Véase Naciones Unidas, 1999, “Derechos humanos y personas de edad” [en línea], <http://www.onu.org/temas/edad/ddhhyedad.pdf>.

que mejoren la calidad de vida de las personas mayores y les permitan trabajar y vivir en forma independiente en sus propias comunidades tanto tiempo como puedan o deseen. Asimismo, se establecen sistemas de atención de salud, sistemas de seguridad económica, con especial atención a las necesidades de las mujeres, y de apoyo social para aumentar la capacidad de las familias de hacerse cargo de las personas de edad.⁴⁸ En la Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en 1995, se formularon recomendaciones basadas en el ciclo vital referidas expresamente a todas las mujeres, independientemente de su edad.⁴⁹ En el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento aprobado en Madrid en 2002 se plantean como temas centrales el respeto de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad y la garantía de los 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 reflejan el interés por las personas mayores, desde el año 1973. Entre la más importante se encuentra la resolución 46/91 de 1991, en la 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), sobre los trabajadores de edad, y la resolución relativa a la seguridad social de la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) adoptada en la 89a reunión celebrada del 5 al 21 de junio de 2001 de la misma organización, que establece recomendaciones relativas al conjunto de la población, pero que afectan particularmente el bienestar de las personas mayores.

En el ámbito regional se destacan tres instrumentos.

- 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”. Por último, 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.
- El Capítulo Regional del Caribe sobre Envejecimiento y Salud adoptado en 1999 por la CARICOM y cuyo objetivo es orientar las acciones para asegurar la salud, así como la plena integración y participación de las personas mayores en las sociedades y economías del Caribe.
- La Estrategia de Implementación Regional para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento adoptada por los países de la región en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento llevada a cabo entre el

⁴⁸ Naciones Unidas (1994), Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13), octubre.

⁴⁹ Naciones Unidas (1995), Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (A/CONF.177/20), octubre.

19 y 21 de noviembre de 2003. La Estrategia incluye recomendaciones en las áreas prioritarias del Plan de Acción Internacional de Madrid, entre las que destacan: la creación de espacios ambientales favorables para las personas mayores, la equidad de género en los sistemas de seguridad social, el desarrollo de mecanismos de apoyo a las familias, en especial a las mujeres, y la atención en salud sexual y reproductiva en vejez con una perspectiva del ciclo de vida (véase el anexo 2).

El Protocolo de San Salvador es el único instrumento vinculante para los países de América Latina y el Caribe que lo suscriben y en él se establecen normas sobre los derechos básicos de las personas mayores, cuyo cumplimiento, aunque sea progresivo, debería dar origen a una base mínima de reconocimiento y ejercicio de derechos en la vejez. Y, a partir del año 2003, los países de la región también cuentan con un instrumento programático que les orienta en la formulación e implementación de acciones en favor de las personas mayores.

B. 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 CINCO 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 sólo 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.

C. POLÍTICAS DE VEJEZ

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”.⁵⁰ A continuación se presentará un análisis de las políticas de vejez de seis países de América Latina: 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).

Cuadro 8
ÁMBITOS DE ACCIÓN DE POLÍTICAS DE VEJEZ EN SEIS PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA

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).

⁵⁰ Véase Huenchuan, Sandra (1999), “De objetos de protección a sujetos de derecho: trayectoria y lecciones de las políticas de vejez en Europa y Estados Unidos”, *Notas sobre intervención y acción social*, N° 8, Santiago de Chile, Universidad Católica Raúl Silva Henríquez, diciembre.

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 debió a la falta de instrumentos regionales para guiar la formulación de políticas de vejez, lo que recientemente fue superado con la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 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 sólo servirán para los demás países de la región sino para perfeccionar sus propias intervenciones.

La situación en el Caribe es diferente. En algunos países de la subregión se cuenta con instrumentos dirigidos específicamente a las personas mayores, por ejemplo, Belice que el año 2002 inauguró su política nacional, pero no en todos se han formulado políticas específicas dirigidas a este grupo social. En general, las intervenciones públicas dirigidas a las personas mayores se enmarcan en iniciativas ministeriales de distinto orden. En Puerto Rico, el Departamento de Servicios Familiares apoya a las personas mayores mediante el Programa de Ayuda Económica, y otras iniciativas están vinculadas al ministerio de asuntos de la familia; en Granadinas, el Ministerio de Desarrollo Social cuenta con un programa de ayuda en casa para las personas mayores. De este modo se atienden necesidades particulares de las personas mayores a través del ministerio público a cargo del tema específico. En otros casos, como en Bahamas, Guyana y Jamaica, existe una institucionalidad específica dirigida a las personas mayores, que desarrolla programas especiales en su beneficio.

D. PROGRAMAS SECTORIALES DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES

Si bien no en todos los 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 implica que la perspectiva de la equidad generacional esté contemplada en las políticas y programas sectoriales, sino que las personas mayores califican como 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—, programas habitacionales y de salud.

1. Pensiones no contributivas

Las pensiones no contributivas otorgan prestaciones monetarias relativamente uniformes en forma focalizada ante los riesgos de invalidez, vejez o muerte, asociados a situaciones de pobreza. Cabe aclarar que las pensiones no contributivas generalmente incluyen las denominadas pensiones asistenciales, y sus características más distintivas son que su financiamiento proviene de ingresos generales y que las condiciones de otorgamiento están desvinculadas de la trayectoria laboral o historia de cotizaciones.⁵¹

Los esquemas de pensiones no contributivas se encuentran más desarrollados en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay. En todos se cuentan con sistemas 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.⁵² 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 de vejez 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 en este sistema es el programa rural de pensiones no contributivas de Brasil en el que no se requiere de una prueba de medios económicos para el acceso a los beneficios, sino un cierto número de años de trabajo en el sector rural.

En el Caribe, se han llevado a cabo diversas iniciativas por parte de los gobiernos de la subregión para ampliar los sistemas de pensión y para mejorar la cobertura de quienes antes estaban excluidos.

- *Antigua y Barbuda*: Introdujo un sistema de pensión no contributivo en 1994 para suministrar asistencia a los necesitados. Además, de un sistema de ayuda organizado por el *Board of Guardians*, que brinda apoyo a quienes no poseen otra cobertura.
- *Bahamas*: Desde 1972 todas las personas aseguradas mayores de 65 años tienen derecho a los beneficios de una jubilación, lo que también incluye la posibilidad de una jubilación

⁵¹ Véase Grushka, Carlos, “Seguridad económica en la vejez, calidad de vida en la vejez. Conceptos e indicadores para el seguimiento de políticas y programas”, Santiago de Chile, inédito.

⁵² Véase Bertranou, Fabio y A. Sánchez (2003), *Tendencias e indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina. Versión preliminar*, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).

temprana. Más recientemente, se han establecido sistemas de pensiones no contributivas para aumentar la cobertura de quienes estaban excluidos de los sistemas de pensión contributiva.

- *Barbados*: Existe una cobertura de pensión universal para todas las personas mayores de 65 años y más, mediante pensiones contributivas y no contributivas.
- *Haití*: Todo aquel que haya contribuido durante por lo menos 250 meses o que hay sufrido una invalidez para trabajar antes de llegar a la edad de retiro tiene derecho a recibir una pensión del gobierno.
- *Saint Kitts y Nevis*: El Gobierno de Saint Kitts y Nevis estableció recientemente un sistema de pensión no contributiva para brindar asistencia a quienes se encuentran necesitados económicamente. En 1997, se introdujo un sistema de contribución obligatoria para los trabajadores por cuenta propia para asegurar la cobertura por retiro.
- *Trinidad y Tabago*: Se ha establecido un grupo de trabajo para analizar el sistema de pensiones y formular un modelo adecuado que asegure la equidad entre el sistema contributivo y el no contributivo. El gobierno brinda pensiones por vejez por un monto de 1.000 dólares de Trinidad y Tabago, y asegura de esta manera que los pensionados reciban una cantidad por encima de la línea de pobreza definida aquí como un ingreso inferior a 600 dólares de Trinidad y Tabago por mes.⁵³

2. 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.

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.

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

⁵³ Véase CEPAL (2003).

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.

3. Programas de salud del adulto mayor

Desde 1980, la OPS ha manifestado su preocupación por la falta de programas adecuados para las personas mayores y ha instado a los Estados Miembros a establecerlos. Los ámbitos específicos de acción que ha priorizado la OPS en sus recomendaciones para la formulación de programas y servicios de salud destinados a las personas mayores son: i) programas comunitarios integrales, que proporcionan una gama de entornos para el envejecimiento sano, y programas concebidos para apoyar las actividades de cuidado familiar, la protección de la dignidad de las personas y la evitación del internamiento innecesario en establecimientos asistenciales cuya salud ambiental es frágil; ii) programas formulados para fortalecer la capacidad del nivel de atención proporcionada a las personas mayores y que permiten así la utilización de las salas de urgencia de los hospitales públicos que es más costosa; y iii) programas concebidos para ofrecer incentivos capaces de alentar la autonomía, las actividades socialmente productivas y los programas generadores de ingresos para las personas mayores.⁵⁴

En algunos países de América Latina se están llevando a cabo iniciativas para atender las necesidades de salud de la población de edad avanzada, pero los arreglos programáticos son de distinto carácter. En países como Argentina y Brasil no existen programas específicos de salud para las personas mayores. No obstante, en Argentina el Ministerio de Desarrollo Social ha promovido diversas actividades que tienden a fortalecer el estado de salud y la atención de las personas mayores por medio del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. Algo similar ocurre en Brasil donde no existe un programa de salud específicamente dirigido a la población mayor, pero mediante el Programa Saúde da Família se intenta acrecentar la capacidad de atención y cobertura médica para todos los integrantes del grupo familiar y elevar su calidad de vida.

En otros países existen iniciativas particulares respecto de la salud dirigidas a las personas mayores. En Chile se desarrolla desde 1998 la Política de Salud para el Adulto Mayor, que tiene por objeto mejorar y mantener las condiciones de autovalencia de las personas mayores por medio del incentivo de acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa específica para el envejecimiento activo. En México, el Programa de Acción: Atención al Envejecimiento (2001-2006) se integra al Programa Nacional de Salud y busca afrontar de manera íntegra los problemas que afectan a la población mayor y alcanzar una cultura a favor del envejecimiento activo. Algo parecido ocurre en El Salvador, donde el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor (1999-2004) tiene por objetivo promover la salud de los adultos mayores, mediante intervenciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que aseguren una atención integral a este grupo poblacional.

En el Caribe, el Capítulo Regional del Caribe sobre Envejecimiento y Salud adoptado en 1999 por la CARICOM propone que los países de la subregión lleven a cabo las siguientes iniciativas con relación al tema: i) un Plan Nacional de Envejecimiento Saludable establecido por todos los países hacia mediados de 2000, ii) Puntos Focales de Salud Nacional, mecanismos multisectoriales de control/dirección y pruebas de movilización de recursos para la implementación del plan de Envejecimiento Saludable identificado en todos los países hacia fines de 2000, iii) Indicadores Caribeños de Salud y Envejecimiento desarrollados hacia fines de 2000, y sistemas de información nacional en todos

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998), *Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma* (CSP25/12), Washington, D.C.

los países, modificados según sea necesario, hacia el año 2002, y iv) el desarrollo de un programa de formación para los trabajadores de la salud, las personas y a los prestadores de servicios de cuidado de la comunidad relacionados con el proceso de envejecimiento y las necesidades de salud de las personas mayores.

La mayoría de los gobiernos ya se ha embarcado en estas iniciativas, pero ninguno ha cumplido todas las metas propuestas en el Capítulo de Salud y Envejecimiento. Algunas experiencias relacionadas con el cuidado de la salud en la vejez son.⁵⁵

- *Antigua y Barbuda*: En 1994 el Gobierno presentó un programa de cuidado en domicilio para las personas mayores y discapacitadas. Existen dos instalaciones para estadías prolongadas, el Hospital Psiquiátrico, que posee 150 camas, con un promedio de ocupación en 1995 de 85 pacientes, y el Instituto Fiennes, que presta cuidados a 100 pacientes geriátricos.
- *Aruba*: Todas las personas que residan legalmente en la isla tienen acceso a la atención médica. Las personas pueden obtener un seguro médico en forma privada o mediante sus empleadores. Las personas mayores pueden recibir una tarjeta PPK ("pro-paupere kaart"), que les permite recibir atención de médicos estatales. El Gobierno también brinda los medicamentos que los titulares de la tarjeta PPK puedan necesitar.
- *Bahamas*: Existe una amplia disponibilidad de atención de salud para las personas de 60 años y más mediante una red de clínicas y hospitales comunitarios. Los hospitales del Gobierno suministran medicación sin costo a las personas mayores de 65 años, mientras que varias farmacias privadas ofrecen un 10% de descuento a las personas mayores. La atención de la salud en el domicilio puede obtenerse mediante los servicios de enfermería de los distritos. No se ha adoptado ningún plan nacional de seguro de salud. Durante la enfermedad se brinda un sustituto parcial del salario, así como también cuidado de la salud pago para los daños que se sufran en el trabajo. Otros beneficios que se brindan son los generados por la maternidad, la invalidez y la muerte. Además, se realizan provisiones para brindar beneficios por invalidez, jubilación, y sobrevivencia. Hay varias opciones para seguros de salud y odontológicos mediante un sistema de seguro privado.
- *Barbados*: Existe un acceso universal a la atención de la salud y los servicios de medicamentos para todas las personas de 60 años y más. El suministro de servicios de salud se clasifica en las siguientes siete áreas programáticas: atención primaria de salud, atención de salud de estadía corta, secundaria y terciaria y emergencia médica las 24 horas; cuidado de personas mayores que incluye servicios de rehabilitación, servicios de medicamentos; servicios de evaluación y promoción de la salud. Los servicios de atención primaria a la salud suministran cuidado a las personas discapacitadas y a las personas mayores; atención médica general en clínicas para hipertensión, diabetes, y enfermedades de transmisión sexual, nutrición, servicios farmacéuticos, atención psiquiátrica a la comunidad y cuidado de la salud ambiental. Estos servicios se suministran mediante una red de policlínicas y servicios de consulta externa.

⁵⁵ La información brindada se basa en los Perfiles Básicos de Salud de Países de la OPS al que se accedió el 16 de junio de 2003 en el siguiente sitio de Internet <http://165.158.1.110/english/sha> y del Informe de la OPS sobre el Foro del Caribe sobre Salud y Envejecimiento (1998), Nassau, Bahamas.

- *Jamaica:* En Jamaica no se han adoptado políticas nacionales para las personas mayores. Desde 1977, el Gobierno ha puesto a disposición medicamentos para enfermedades crónicas a un costo menor para las personas mayores. Muchas farmacias ofrecen descuentos para personas mayores en los precios de medicamentos. Todos los ciudadanos que reciben pensiones por vejez tiene derecho a recibir medicamentos sin costo de cualquier farmacia del estado o privada, para el tratamiento de determinadas enfermedades que requieren medicamentos con receta, como la hipertensión, la diabetes y el glaucoma.⁵⁶

⁵⁶ CEPAL (2003).

IV. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

A. EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN REGIONAL

La Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid en abril de 2002, constituye un hito significativo para el mundo y la región. En ella se adoptaron dos documentos oficiales: una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Plan Madrid).

En el primer documento se establecen los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural de las sociedades, mientras que el segundo constituye un instrumento programático que propone más de un centenar de recomendaciones en tres áreas prioritarias: i) las personas de edad y el desarrollo; ii) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y, iii) la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores. Asimismo, el Plan propone mecanismos institucionales para su implementación, entre los cuales se encuentra la “coordinación de las instituciones internacionales en materia de políticas y programas”.

En cumplimiento de este mandato, la CEPAL, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa de Envejecimiento de las Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y, recientemente, el Banco Mundial, conformaron el Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento (GIE).

La iniciativa de formar este Grupo fue presentada a los delegados de los países en la Reunión Preparatoria Iberoamericana para la Asamblea Mundial, realizada en Santa Cruz, Bolivia, del 19 al 21 de noviembre de 2001 y en la Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL, realizada en Santiago de Chile los días 4 y 5 de diciembre de 2001. En ambas instancias dicha iniciativa recibió un fuerte apoyo de los países.

En la primera reunión del GIE celebrada en Washington, D.C., el 7 de mayo de 2002, se acordó una estrategia de seguimiento de la Asamblea Mundial, en cuyo marco se ha desarrollado un conjunto de actividades dirigidas a la implementación regional del Plan Madrid, y que se llevan a cabo de manera coordinada y con amplia participación de los organismos de gobierno, universidades y organizaciones civiles.

Las actividades más importantes desarrolladas por el GIE hasta el momento incluyen: i) la realización de tres reuniones de expertos sobre temas relevantes para la región en el plano del envejecimiento redes de apoyo social, salud y seguridad económica, ii) estudio de la situación de las personas mayores en América Latina y el Caribe, y iii) realización de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, celebrada del 19 al 21 de noviembre de 2003, en la cual participaron delegaciones de 38 países y representantes de organismos internacionales y de organizaciones no gubernamentales (véase el anexo 3).

El fruto de este esfuerzo mancomunado fue la adopción, el 21 de noviembre de 2003, por parte de los países de América Latina y el Caribe, de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

**B. ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN PARA AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO**

La Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento plantea metas y recomendaciones para la adopción de medidas en favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en el Plan Madrid. Constituye un marco de referencia regional que los países deben adaptar a sus realidades nacionales con el fin de responder eficazmente a las necesidades e intereses de las personas mayores, propiciando de esta manera la creación de condiciones que favorezcan un envejecimiento individual y colectivo con seguridad y dignidad. El desafío actual está centrado en la implementación de dichos acuerdos, para lo cual los países de la región deben hacer suyo este instrumento y diseñar creativamente las medidas que contribuyan a su concreción.

Los principios que la sustentan la Estrategia Regional son el envejecimiento activo, el protagonismo de las personas mayores, el respeto a la heterogeneidad de personas mayores, un enfoque que tenga en cuenta el ciclo de vida y la visión prospectiva de largo plazo, así como también la solidaridad intergeneracional. En el documento se plantean recomendaciones en tres áreas prioritarias, a saber:

- Personas de edad y desarrollo
 - protección de los derechos humanos de las personas mayores
 - acceso al empleo decente y al crédito para microemprendimientos
 - inclusión laboral formal de las personas mayores
 - mejoramiento de la cobertura de pensiones contributivas y no contributivas
 - creación de condiciones para la participación en la vejez
 - acceso a la educación durante toda la vida
- Salud y bienestar en la vejez
 - cobertura universal de los servicios de salud
 - servicios integrales de salud que respondan a las necesidades de las personas mayores
 - promoción de conductas y ambientes saludables mediante programas sectoriales
 - aprobación de normas para los servicios de largo plazo
 - formación de recursos humanos
 - seguimiento del estado de salud de las personas mayores
- Entornos propicios y favorables
 - adaptación del entorno físico para una vida independiente en la vejez
 - apoyo a la sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo
 - promoción de una imagen positiva en la vejez

En la quinta y sexta sección del documento de Estrategia Regional se indican las acciones que los países, organismos internacionales e intergubernamentales, y la CEPAL —en su calidad de secretaría técnica— deben llevar a cabo para la aplicación, revisión y evaluación de la Estrategia.

En la Estrategia Regional se establece que su aplicación es responsabilidad de los países firmantes y se les alienta a impulsar las acciones necesarias para lograr el pleno cumplimiento de los acuerdos. Las medidas que los países se comprometieron llevar a cabo para la aplicación de la Estrategia son:

- incorporación del tema del envejecimiento en todos los ámbitos de la política pública
- elaboración de planes y programas nacionales de envejecimiento
- diseño de un sistema de indicadores de la situación de las personas mayores
- desarrollo de una agenda de investigación para el envejecimiento
- solicitud de apoyo a los organismos internacionales para la aplicación de la Estrategia.

La evaluación y aplicación de la Estrategia Regional está a cargo del Comité Especial de Población y Desarrollo, organismo intergubernamental que debe asumir el seguimiento de las metas nacionales a establecer por los países en un plazo no superior a seis meses de realizada la Conferencia. Los avances en la fijación de las metas nacionales se presentarán al Comité en el marco del trigésimo periodo de sesiones de la CEPAL (junio de 2004) y su revisión se realizará en el marco del trigésimo primer periodo de sesiones en el año 2006 (véase el anexo 2).

C. PROPUESTA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA REGIONAL

El seguimiento de la situación de las personas mayores es decisivo en las intervenciones a favor de este grupo, ya que de esa manera es posible vigilar, medir e informar en forma objetiva acerca de los avances o retrocesos en las condiciones de bienestar de este sector de la población. Para ello, se utilizan indicadores que permitan representar de la mejor manera las modificaciones en cada uno de los objetivos previstos.

El seguimiento es útil como medio de control, para verificar si lo que se ha avanzado corresponde a lo previsto, y como medio de gestión, ya que permite tomar medidas prácticas para corregir y adaptar las intervenciones cuando sea necesario.

Los actores involucrados en el proceso de seguimiento pueden ser: i) los planificadores, es decir, quienes han diseñado las medidas y las estrategias; ii) los ejecutores, es decir quienes llevan las medidas en la práctica; iii) los actores, es decir, los beneficiados por las medidas. También pueden existir otros participantes, como las organizaciones de la sociedad civil u organismos internacionales de apoyo. Todo depende de la naturaleza de la acción y de los propósitos del proceso de seguimiento.

Existen aspectos claves para lograr un seguimiento con buenos resultados, a saber: que el costo sea bajo, que sea orientado, es decir, que se elijan adecuadamente los indicadores para aprehender la realidad y definir claramente la información que se necesita, que sea concertado, es decir, que involucre a diferentes actores y que sea integral, es decir, que combine elementos de orden cuantitativo y cualitativo.

En años recientes, diversos organismos internacionales han venido haciendo esfuerzos en pro de la definición e implementación de sistemas o conjuntos de indicadores de las condiciones de vida, y la participación económica y social de las personas mayores.

Entre las distintas propuestas elaboradas o en vías de ejecución se encuentra la incluida en el “Portal de decisiones para el envejecimiento exitoso” —en proceso de desarrollo a la fecha de este informe— del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Los poco menos de cincuenta indicadores contenidos en la misma se agrupan en las siguientes áreas:

- Actitudes hacia la vejez y las personas mayores: reportajes en los medios, focalización publicitaria, respeto.
- Pobreza y desigualdad de ingresos: nivel de pobreza, cobertura e insuficiencia de las pensiones, desigualdad de ingresos y salarios.
- Participación laboral y educativa de las personas mayores: nivel de participación económica, horas de trabajo, aspectos educacionales.
- Accesibilidad y seguridad del entorno para las personas mayores: seguridad y accesibilidad de los entornos interior y exterior, disponibilidad de ayudas visuales, auditivas y de movilización.
- Estilos de vida, actividad física y sexualidad: ejercicios físicos, consumo de tabaco y alcohol.
- Acceso a los servicios de salud: necesidades insatisfechas de atención de la salud en general, salud oral y enfermedades crónicas específicas, tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino.
- Acceso de las personas mayores a los servicios sociales: satisfacción con arreglos de convivencia, ayuda a domicilio, en centros de atención durante el día o en establecimientos residenciales, apoyo de redes comunitarias, participación en organizaciones de la sociedad civil.
- Atención al final de la vida: indicadores no especificados aún.

Igualmente se plantean otros indicadores no incluidos en la clasificación anterior concernientes al nivel de salud, es decir, la esperanza de vida al nacer y a los 60 años, los años potenciales de vida perdidos, la esperanza de vida libre de discapacidad y el nivel de salud autopercebido, así como la capacidad funcional, el abuso contra las personas mayores y su participación política.

Una característica relevante de este conjunto de indicadores es que para la gran mayoría las definiciones y formas de puesta en práctica sugeridas se basan en encuestas de hogares.

Otra propuesta es el conjunto de indicadores mínimos para el seguimiento de la salud y el envejecimiento en la región del Caribe, “Caribbean Health and Ageing Minimum Data Set” (CHAMDS), desarrollada bajo los auspicios de la OPS y la OMS.⁵⁷

⁵⁷ Véase Organización Panamericana de la Salud (OPS), Caribbean Health and Ageing Minimum Data Set (CHAMDS), Barbados, diciembre.

El esquema de clasificación del CHAMDS enumera 33 indicadores —desglosados en 67 indicadores más específicos— comprendidos en seis grupos principales, según se describe a continuación:

- Entornos favorables para las personas mayores, en el hogar, en la comunidad y en establecimientos que incluyen los de atención a largo plazo; el abuso y la violencia, la legislación para proteger de las personas mayores; las instituciones o programas residenciales, de salud y de recreación para las personas mayores; instalaciones para actividades físicas y el transporte para personas mayores discapacitadas.
- Atención primaria de salud y promoción de la salud: la disponibilidad de servicios de educación en el área de la nutrición y actividades físicas, estrategias de prevención de factores de riesgo, programas de entrenamiento en gerontología y atención a los mayores; cobertura de los medios sobre los temas de salud y envejecimiento.
- Seguridad económica, empleo y actividades productivas para lograr un envejecimiento saludable la pobreza en las personas mayores, los gastos públicos y los subsidios en ámbito de la salud de los mayores, las fuentes de ingresos y la participación en la fuerza de trabajo de los adultos mayores, así como también la posesión de vivienda.
- Población: proporción de personas mayores en la población, estado marital, arreglos familiares, educación y analfabetismo de las personas mayores.
- Situación de salud: esperanza de vida, tasas de mortalidad, causas de muerte, prevalencia de enfermedades crónicas, proporción de personas mayores discapacitadas, tasas y duración promedio de hospitalización.
- Infraestructura nacional: existencia de políticas o de un plan nacional para las personas mayores, existencia de un organismo coordinador de programas para los mayores, investigación o actividades que aborden los temas de salud, económicos y sociales de las personas mayores en los últimos cinco años.

Cabe destacar que el diseño del CHAMDS, a diferencia del esquema del Banco Interamericano de Desarrollo, se basa principalmente en el uso de registros y estadísticas continuas de instituciones, servicios y programas para los adultos mayores, aprovecha en escasa medida los datos censales, a excepción de los correspondientes al grupo de población y parcialmente a los de la seguridad económica y prácticamente no utiliza la información proveniente de encuestas de hogares.

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL ha desarrollado dos propuestas con relación a este tema. En la primera, se presentan tres categorías de indicadores: A. Calidad de vida de los mayores (indicadores de resultado); B. Oferta de servicios (indicadores de insumo), y C. Implementación de políticas (indicadores de proceso). Mientras la primera categoría comprende los aspectos demográficos, económicos, de salud, educacionales y las tasas de muertes violentas de los adultos mayores, las dos categorías restantes proponen indicadores en las áreas de recursos para la salud, recursos y beneficiarios de la seguridad social, utilización de centros de atención, recursos y programas en educación en gerontología y cuidado a los mayores, abuso contra las personas mayores, y medidas de formación para la integración de los adultos mayores en el mercado de trabajo.

La segunda propuesta contiene indicadores de envejecimiento referidos a: A. Características de los hogares y las viviendas, seguridad económica, empleo y pobreza, discapacidad, educación y etnia de los adultos mayores y B. Indicadores de envejecimiento con perspectiva de género, que abarca las áreas de seguridad e independencia económica; acceso a bienes, tierra y vivienda; salud, funcionalidad y atención sanitaria; redes de apoyo familiares y comunitarias; participación e integración social; el entorno, es decir, la vivienda y la comunidad; violencia y abuso; percepciones e imagen de la vejez e indicadores demográficos generales.

En el anexo 4 se presenta un listado de indicadores de la situación de las personas mayores, basados en los sistemas examinados y que ha tomado como referencia las orientaciones prioritarias del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

Anexo 1
CUADROS DE REFERENCIA

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: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Proyecciones demográficas, 2003, y Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision* (ESA/P/WP.165), vol. 1, Nueva York, 2001.

Cuadro A.2
**CARIBE: TASAS DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 70 AÑOS Y MÁS,
 PERÍODO 1980-2010**

Total	1980	1990	2000	2005	2010
Bahamas	15,7	11,4	8,6	8,1	7,6
Guyana	24,2	19,7	13,2	9,4	5,9
Haití	91,5	87,8	83,8	80,0	79,4
Jamaica	53,4	43,0	33,2	30,4	27,2
Antillas Neerlandesas	13,3	10,1	7,3	6,2	5,3
Puerto Rico	28,7	20,4	14,6	12,4	10,4
Trinidad y Tabago	21,6	15,0	10,1	7,4	5,1
Mujeres	1980	1990	2000	2005	2010
Bahamas	17,1	11,9	8,4	7,9	7,3
Guyana	30,4	27,2	17,4	12,6	7,0
Haití	94,0	90,8	87,0	83,4	82,5
Jamaica	52,0	40,1	28,9	26,8	23,7
Antillas Neerlandesas	13,9	10,3	7,5	6,3	5,4
Puerto Rico	33,2	22,8	15,8	13,2	10,7
Trinidad y Tabago	25,1	19,1	14,1	10,4	7,0
Hombres	1980	1990	2000	2005	2010
Bahamas	13,7	10,9	8,8	8,5	8,1
Guyana	16,3	12,3	7,8	5,7	4,4
Haití	88,4	84,2	79,8	75,5	75,3
Jamaica	55,0	46,7	38,5	35,1	31,6
Antillas Neerlandesas	12,6	9,9	7,0	5,9	5,1
Puerto Rico	23,7	17,5	13,0	11,3	10,0
Trinidad y Tabago	17,0	10,2	5,3	3,6	2,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Population Ageing in the Caribbean: An Inventory of Policies, Programmes and Future Challenges* (LC/CAR/G.772), Puerto España, Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe, diciembre, 2003.

Cuadro A.3
**AMÉRICA LATINA: DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS
 E ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, 2000**

Países	Porcentaje de la población de 60 años y más		Índice de envejecimiento	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
América Latina	7,9	8,0	27,3	23,7
Argentina	13,6	11,4	50,1	34,3
Bolivia	5,5	8,0	14,5	18,8
Brasil	7,7	8,5	28,1	24,9
Chile	10,0	11,3	35,6	37,3
Colombia	6,8	6,9	22,1	18,2
Costa Rica	8,6	6,5	29,8	18,8
Cuba	14,2	11,6	70,9	44,3
Ecuador	6,4	7,8	20,5	20,5
El Salvador	7,8	6,4	24,7	15,9
Guatemala	6,0	4,8	15,4	10,3
Haití	4,8	6,2	12,3	15,1
Honduras	5,1	5,2	13,6	11,5
México	6,7	7,5	21,6	19,1
Nicaragua	4,9	4,1	12,5	8,9
Panamá	8,0	7,8	28,2	21,3
Paraguay	5,6	5,0	15,8	11,1
Perú	7,2	6,8	23,0	15,9
República Dominicana	6,3	7,0	19,8	19,7
Uruguay	17,0	19,5	67,7	90,2
Venezuela	6,5	7,4	19,5	18,8

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, "América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950 - 2050", *serie Boletín demográfico*, N° 72 (LC/G.221-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, julio de 2003. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.03.II.G.87.

Cuadro A.4
**INDICADORES DEL ENVEJECIMIENTO ENTRE LAS POBLACIONES INDÍGENAS,
 POR ÁREA URBANA Y RURAL. PAÍSES SELECCIONADOS, CIRCA 2000**

País	Año censal	Población indígena		Porcentaje de población indígena		Porcentaje de población de 60 años y más		Índice de envejecimiento		Índice de masculinidad de 60 años y más	
		Total	60 años y más	Total	60 años y más	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena
Total											
Bolivia ^a	2001	3 145 775	398 469	62,0	68,8	12,7	9,4	---	---	86,4	85,5
Brasil	2000	734 127	61 806	0,4	0,4	8,4	8,6	25,8	28,9	99,0	96,9
Chile	2002	692 192	68 014	4,6	4,0	9,8	11,4	36,9	44,5	94,6	78,4
Costa Rica	2000	63 876	3 583	1,7	1,2	5,6	8,0	13,8	25,1	112,3	91,1
Ecuador	2001	830 418	69 446	6,8	6,7	8,4	8,5	22,5	26,0	88,0	95,3
México	2000	5 269 195	491 697	6,3	7,1	9,3	8,2	32,1	32,7	100,0	87,4
Panamá	2000	284 754	12 976	10,0	5,3	4,6	9,1	9,9	29,7	124,8	96,2
Urbano											
Bolivia	2001	148 477	159 218	53,3	54,5	9,1	8,7	---	---	79,9	78,7
Chile	2002	448 382	33 469	3,4	2,3	7,5	11,2	28,9	43,6	84,1	73,5
Costa Rica	2000	13 383	907	0,6	0,5	6,8	8,5	23,7	29,1	90,1	79,0
Ecuador	2001	149 832	10 878	2,0	1,8	7,3	8,1	23,6	25,9	94,8	89,2
México	2000	1 927 504	181 679	3,1	3,7	9,4	7,9	39,2	33,1	96,2	81,5
Panamá	2000	51 861	2 198	2,9	1,5	4,2	8,5	12,4	29,7	144,5	80,8
Rural											
Bolivia	2001	1 397 298	239 251	77,7	83,3	17,1	12,0	---	---	91,0	107,3
Chile	2002	243 810	34 45	12,0	12,7	14,2	13,3	50,2	51,1	106,1	114,5
Costa Rica	2000	50 493	2 676	3,3	2,5	5,3	7,1	12,0	20,2	121,0	117,6
Ecuador	2001	680 86	58 568	14,4	13,6	8,6	9,2	22,3	26,1	---	---
México	2000	3 341 691	310 018	16,0	15,6	9,3	9,6	29,0	31,4	102,4	106,5
Panamá	2000	232 893	10 778	21,7	11,1	4,6	10,3	9,5	29,8	121,2	129,1

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, procesamientos especiales de las bases de microdatos censales de la ronda de 2000.

^a La identificación de la población indígena se basa en las personas de 15 y más años de edad.

Cuadro A.5
**TASAS DE ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS
 EN PAÍSES SELECCIONADOS DEL CARIBE, 1980-2010**

Años	1980	1990	2000	2005	2010
Total					
Caribe	31,19	23,01	15,11	13,16	11,52
Bahamas	35,9	40,2	24,3	22,4	20,8
Barbados	24,8	19,0	8,4	7,0	6,0
Belice	48,2	32,4	29,3	26,7	24,2
Guadalupe	34,1	13,1	5,0	4,0	2,9
Guyana	29,4	21,7	17,2	14,9	13,1
Jamaica	34,1	39,5	37,4	34,3	31,6
Martinica	31,2	16,4	3,8	3,0	2,5
Antillas Neerlandesas	9,5	9,6	8,2	7,5	6,7
Puerto Rico	30,5	15,4	9,3	5,6	2,4
Suriname	35,0	22,9	11,3	9,2	7,6
Trinidad y Tabago	30,4	22,9	12,0	10,2	8,9
Mujeres					
Caribe	11,07	11,29	7,44	6,83	6,31
Bahamas	18,0	28,3	15,2	14,7	14,2
Barbados	19,0	10,9	4,1	3,4	2,9
Belice	11,9	7,5	5,2	4,6	4,1
Guadalupe	7,8	6,0	5,1	4,7	4,4
Guyana	11,4	23,6	23,7	22,3	21
Jamaica	5,4	4,8	3,6	3,1	2,6
Martinica	4,8	2,9	2,7	2,3	2
Antillas Neerlandesas	8,9	7,1	2,2	1,9	1,6
Puerto Rico	12,4	10,5	5,2	4,5	4,0
Hombres					
Caribe	57,13	41,91	29,30	25,64	22,46
Bahamas	60,9	57,9	36,4	32,7	29,7
Barbados	42,0	34,0	15,0	12,8	11,2
Belice	88,1	59,4	55,0	50,1	46,0
Guadalupe	60,4	41,4	31,4	27,8	25,0
Guyana	67,0	59,5	53,8	49,3	44,8
Jamaica	18,4	16,8	14,4	13,5	12,6
Martinica	58,4	28,7	17,1	10,0	2,8
Antillas Neerlandesas	65,6	40,6	21,7	18,4	15,9
Puerto Rico	53,4	38,9	18,9	16,2	14,1

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Population Ageing in the Caribbean: An Inventory of Policies, Programmes and Future Challenges* (LC/CAR/G.772), Puerto España, Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe, diciembre, 2003.

Anexo 2

**ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN PARA AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO**

Los países de América Latina y el Caribe participantes en la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, celebrada en Santiago de Chile, del 19 al 21 de noviembre de 2003,

Considerando lo siguiente:

I. CONSIDERACIONES GENERALES

1. La adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y de la declaración política, el 12 de abril de 2002, marcó un hito en el tratamiento del envejecimiento demográfico en el mundo entero.

2. El contexto de transición demográfica en América Latina y el Caribe revela una región que está envejeciendo paulatina pero inexorablemente, siendo este un proceso generalizado, en que todos los países marchan hacia sociedades más envejecidas. No obstante, la situación difiere de un país a otro: unos países están en una etapa de envejecimiento avanzado, mientras que otros se sitúan en el otro extremo, en una fase aún incipiente de este proceso. Por ello, si bien los retos a mediano y largo plazo pueden ser similares, las prioridades en el corto plazo pueden diferir.

3. El proceso de envejecimiento demográfico es el resultado del descenso sostenido de la fecundidad, la emigración e inmigración en algunos países, y el aumento de las expectativas de vida. Estos fenómenos reflejan una mayor capacidad de las sociedades de evitar la muerte temprana y permitir que las parejas puedan determinar libremente el número de hijos deseados. Desde esta perspectiva, el envejecimiento constituye un éxito de la salud pública y un mayor ejercicio de derechos.

4. El hecho de que la estructura por edad envejezca plantea retos que se vuelven más complejos dadas las características del proceso mismo y la situación de la región. En primer lugar, el envejecimiento se está dando y se dará en el futuro a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. En segundo lugar, ocurre en un contexto caracterizado por una gran incidencia de la pobreza, una alta y creciente participación laboral en el mercado informal, una persistente y aguda inequidad social, un escaso desarrollo institucional y una baja cobertura de la seguridad social. A ello se agrega la mayor dificultad que habría en el futuro si los hijos de las cohortes más jóvenes, que serían los que prestarían apoyo a las generaciones más viejas, no logran tener los recursos suficientes para compensar el hecho de que son parte de una red familiar más pequeña y si desde el Estado no se apoya la prestación de servicios que hoy entregan, especialmente las mujeres, al interior de las familias.

5. No obstante, la mayor inversión en capital humano de las nuevas generaciones, posibilitada por la baja de la fecundidad, permite crear condiciones para mantener el apoyo familiar. Al mismo tiempo, la baja de la fecundidad crea una ventana de oportunidades por la disminución de la tasa de dependencia

demográfica y la consecuente baja de la carga que representan los niños, niñas y adolescentes y las personas mayores para la población en edad de trabajar.

6. En el proceso de envejecimiento hay rasgos claros de inequidades de género, etnia y raza que repercuten en la calidad de vida e inclusión de las personas mayores. En general estos grupos tienen una inserción deficiente en el mercado laboral con un menor salario y una mayor precariedad contractual. Las mujeres, además, debido a interrupciones en la participación económica vinculadas con la maternidad y a su mayor longevidad, quedan en una situación desventajosa frente a los sistemas de seguridad social. En consecuencia, la meta de la equidad de género, etnia y raza es una condición fundamental de las políticas e implica la eliminación de todas las formas de discriminación.

7. La presente Estrategia Regional tiene como meta general definir las prioridades para la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que se fundamenta en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad -independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad- y se enmarca en los compromisos de la Declaración del Milenio.

8. Asimismo, establece orientaciones generales que fundamentan las metas, propósitos y acciones propuestos, entre ellos:

- El envejecimiento activo, entendido como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales.
- El protagonismo de las personas mayores en el logro de su bienestar económico supone una plena integración en el mundo laboral y el acceso a oportunidades de formación y educación continua que les permita disminuir brechas generacionales y de género.
- Una de las principales características del grupo de personas mayores es su heterogeneidad, determinada por diferencias de edad, género, nivel socioeconómico, etnia, condición migratoria o de desplazamiento, residencia urbana o rural, entre otras.
- Es necesario adoptar un enfoque de ciclo de vida y de visión prospectiva de largo plazo, a fin de entender que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y, por lo tanto, exige considerar el efecto en la vejez de las acciones realizadas en etapas precedentes.
- La solidaridad intergeneracional es un valor fundamental para guiar las acciones dirigidas a las personas mayores. Se trata de avanzar hacia la construcción de una actitud de respeto, apoyo, estimulación e intercambio entre generaciones.
- La incorporación de la cuestión del envejecimiento en el desarrollo integral y en las políticas públicas, con la consecuente reasignación de recursos entre las generaciones, es parte de los ajustes necesarios para dar respuesta a los problemas de las sociedades demográficamente más envejecidas. En éstas se requiere un nuevo contrato social en que participe el conjunto de la sociedad, con miras a lograr la erradicación de la pobreza y una mejor calidad de vida para las personas mayores en la región.

II. LAS PERSONAS DE EDAD Y EL DESARROLLO

9. El desarrollo implica no sólo la capacidad de un país de producir una mayor cantidad de bienes y servicios con una alta tasa de productividad sino también la disponibilidad y acceso equitativo de todos sus habitantes a dichos recursos y la creación de condiciones para la autorrealización personal en un contexto de seguridad y dignidad.
10. La vejez constituye la continuidad de una serie de logros y la madurez de una experiencia vital, y la participación de las personas mayores en el desarrollo aporta elementos de interrelación con sus conciudadanos que a todos enriquecen.
11. Un componente fundamental de la calidad de vida de las personas mayores es su seguridad económica, definida como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenidos que les permita llevar una vida digna y el logro de calidad de vida en la vejez.
12. Las condiciones de seguridad económica en gran parte de los países de América Latina y el Caribe son insuficientes y no equitativas, especialmente para las mujeres, los habitantes rurales y los grupos étnicos y raciales.
13. Muchas personas mayores desearían seguir trabajando o desarrollando proyectos que les permitan generar ingresos, mantenerse activos o buscar su realización personal. No obstante, en la mayoría de los casos no cuentan con el acceso al crédito ni a la capacitación necesarios para desarrollar estas actividades.
14. Las personas mayores realizan actividades de distinta índole en su propio beneficio y en el de la comunidad, a través de su participación en organizaciones compuestas exclusivamente por adultos mayores u organizaciones intergeneracionales y, en general, provocan cambios positivos en sus condiciones de vida y en su empoderamiento como grupo social.
15. Muchas personas mayores de la región no cuentan con oportunidades de acceso a la educación continua, a pesar de que constituyen el grupo de menor nivel de instrucción, con un elevado analfabetismo, especialmente entre las mujeres.

Se establece como meta general:

A. Protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo

Para alcanzar esta meta general se definen los siguientes objetivos específicos, con las correspondientes recomendaciones para la acción:

16. **Objetivo 1: Promover los derechos humanos de las personas mayores**

Recomendaciones para la acción:

- Incorporar explícitamente los derechos de las personas mayores en el ámbito de las políticas, las leyes y las regulaciones.
- Elaborar y proponer legislaciones específicas que definan y protejan estos derechos, de conformidad con los estándares internacionales y la normativa al respecto aceptada por los Estados.
- Crear mecanismos de monitoreo a través de los organismos nacionales correspondientes.

17. **Objetivo 2: Promoción del acceso, en condiciones de igualdad, al empleo decente, a la formación continua y al crédito para emprendimientos propios o comunitarios**

Recomendaciones para la acción:

- Aplicar las disposiciones de la recomendación 162 de la OIT referida a la promoción de políticas de igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores de todas las edades.
- Realizar campañas de sensibilización y promoción del potencial productivo de las personas mayores dirigidas a los interlocutores del mundo laboral público y privado.
- Generar incentivos para la participación de las personas mayores en trabajos remunerados y no remunerados (voluntariado).
- Ofrecer programas para el desarrollo de habilidades laborales y de otro tipo de las personas mayores y sus organizaciones, tales como la alfabetización, el aprendizaje de oficios y la capacitación en el uso de las tecnologías de la información, que les faciliten su permanencia en el mundo laboral, así como la creación y el fortalecimiento de actividades generadoras de proyectos e ingresos.
- Promover el acceso a oportunidades de crédito para las personas mayores con el fin de facilitar la creación de emprendimientos propios.
- Incentivar el modelo de economía solidaria en las áreas rurales, marginales e indígenas.
- Promover la formación de organizaciones no gubernamentales que tengan como objetivo el desarrollo socioeconómico de la población adulta mayor en áreas vulnerables.

18. **Objetivo 3: Promoción y facilitación de la inclusión laboral formal para los adultos mayores**

Recomendaciones para la acción:

- Fomentar la creación de trabajos con horario reducido, más acorde con la demanda del mercado laboral.

- Promover todas aquellas medidas y normas que tiendan a posibilitar la continuidad laboral del adulto mayor y su reinserción laboral, incluso más allá de haber adquirido su calidad de jubilado o pensionista.
- Diseñar medidas y lineamientos que protejan a las personas mayores de los riesgos que se les presentan en su seguridad y salud ocupacional.

19. **Objetivo 4: Ampliación y mejoramiento de la cobertura de pensiones, tanto contributivas como no contributivas**

Recomendaciones para la acción:

- Ampliar de manera progresiva y sustentable la cobertura y suficiencia de las pensiones no contributivas, sobre la base de criterios de focalización que aseguren la inclusión de las personas mayores en situación de mayor vulnerabilidad.
- Incluir la problemática de la población mayor en las estrategias integrales de reducción de la pobreza.
- Establecer mecanismos de cooperación entre el Estado, la sociedad civil y las organizaciones de personas de edad, para velar por el cumplimiento de los derechos de las personas mayores.

20. **Objetivo 5: Creación de las condiciones adecuadas para articular la plena participación de las personas mayores en la sociedad, con el fin de favorecer su empoderamiento como grupo social y fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa**

Recomendaciones para la acción:

- Ratificar, en los casos que proceda, divulgar y promover los instrumentos internacionales vigentes en favor del adulto mayor, y dar cumplimiento, según la realidad de cada país, a los compromisos adoptados al respecto en las distintas cumbres mundiales.
- Incorporar a las personas mayores en el diseño y monitoreo de las políticas que las afectan, mediante su participación con derecho a voz y voto en los consejos consultivos o asesores de las instituciones encargadas de los asuntos de la vejez en el ámbito nacional.
- Promover el apoyo financiero y técnico a las organizaciones de personas mayores para favorecer su funcionamiento y autogestión, y especialmente en la satisfacción —en conjunto con los gobiernos locales— de las necesidades de las personas mayores en situación de pobreza.
- Incorporar los intereses y expectativas de las personas mayores en los servicios que ofrecen las organizaciones no gubernamentales, la empresa privada y los gobiernos.
- Apoyar la elaboración de estudios en que se cuantifique el aporte de las personas de edad a sus familias, comunidades y sociedad en general.

21. **Objetivo 6: Promoción de la igualdad de oportunidades y de acceso a la educación a lo largo de toda la vida**

Recomendaciones para la acción:

- Fomentar la igualdad de oportunidades que faciliten el acceso de las personas mayores a la alfabetización, a fin de lograr su mayor autonomía social.
- Desarrollar sistemas flexibles e incentivos para que las personas mayores completen su educación básica y secundaria.
- Promover el rol de las personas mayores en la transmisión de la cultura e historias locales a las nuevas generaciones, posibilitando la conservación de las tradiciones y las raíces culturales de las comunidades locales.\
- Fomentar el acceso de las personas mayores a programas de educación superior.
- Crear y fomentar las actividades de las personas mayores jubiladas, cuya experiencia laboral y profesional sea un apoyo efectivo y eficaz para grupos generacionales más jóvenes.

III. EL FOMENTO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA VEJEZ

22. La salud en la vejez es el resultado de la forma en que se ha vivido a lo largo de la vida. Las condiciones y prácticas durante la niñez y la edad adulta en cuanto al cuidado de la salud en general, la salud sexual y reproductiva, la nutrición, la actividad física y recreativa y demás factores tienen gran influencia en el buen estado de salud de las personas mayores.

23. Las personas mayores de la región se enfrentan a diferentes problemas de salud, cuyo curso está determinado por la condición social, género y etnia, y por la inequidad en el acceso oportuno a servicios de salud de calidad.

24. La promoción de la salud constituye una de las estrategias de mayor impacto en la situación de salud de la población. Sin embargo, menos del 2% de los países incluyen metas de promoción de salud para la población de 60 años y más. El desarrollo de un enfoque de salud comunitaria que promueva el envejecimiento activo es uno de los principales retos que enfrentan los gobiernos de la región dado el aumento de la esperanza de vida. En América Latina y el Caribe se detectan varias experiencias demostrativas en salud comunitaria de los adultos mayores, pero la falta de evaluación y sistematización de la mayoría de éstas no ha permitido su pleno aprovechamiento.

25. La prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades entre las personas mayores podría reducirse mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que se traduciría en un ahorro significativo para los sistemas de salud y una mejora en la calidad de vida de las personas mayores.

26. La epidemia de VIH/SIDA pesa sobre las familias, los cuidadores y los sistemas de salud.

27. En el caso de las personas mayores, los servicios de salud están fragmentados y no ofrecen una atención integral. La coordinación de la red de servicios no está adaptada a sus necesidades, de manera que el nuevo usuario se integra a un esquema de funcionamiento concebido para atender los problemas agudos de los usuarios más jóvenes, y no los de las personas mayores.

28. Muchos países de la región acusan una falta de personal capacitado y sensibilizado para atender a las personas mayores. A pesar de que todos los adultos mayores tienen derecho a ser atendidos por personal de salud que haya recibido capacitación apropiada en el manejo de los problemas de salud más comunes en la vejez, un porcentaje importante de este personal carece de una formación o capacitación en salud pública, envejecimiento, gerontología y geriatría. Este problema se agrava en algunos países, especialmente del Caribe, por la emigración selectiva de profesionales de la salud, sobre todo enfermeras, hacia los países desarrollados.

29. La atención familiar es una constante para los miembros mayores con discapacidad, asumida en general por una sola persona, que suele ser la mujer y que incluso puede ser otra persona mayor. Esto representa una carga excesiva que debe casi siempre compartirse con otras responsabilidades. Por lo tanto, es preciso reconocer el rol que la mujer ha ejercido en la provisión de servicios y cuidados, y arbitrar las medidas para favorecer que dichas actividades sean también responsabilidad de los hombres.

30. Existe un desarrollo limitado y una escasa fiscalización de las regulaciones que rigen el funcionamiento de las instituciones de larga estancia. Tampoco existe una fiscalización adecuada en cuanto a los derechos humanos ni un monitoreo de las obligaciones internacionales que han asumido los Estados respecto del tratamiento y cuidado de las personas mayores que residen en dichas instituciones.

31. La investigación y el monitoreo de las condiciones de salud de las personas mayores son limitados. Actualmente, ninguno de los sistemas de vigilancia de la región tiene la capacidad de analizar la naturaleza y magnitud de las amenazas que plantean la malnutrición, las caídas, la artropatía o 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.

Se define la siguiente meta general:

B. Las personas mayores deberían tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía

Para alcanzar la anterior meta general se establecen los siguientes objetivos específicos y recomendaciones para la acción:

32. **Objetivo 1: Promoción de una cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud**

Recomendaciones para la acción:

- Definir y aplicar los estándares apropiados para promover el acceso equitativo de todas las personas mayores a los cuidados de salud necesarios y adecuados, de conformidad con la normativa internacional de derechos humanos ratificada por los Estados de la región y los estándares internacionales aprobados por los organismos internacionales.

- Desarrollar un sistema sanitario que destaque la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la provisión de cuidados equitativos y dignos a los adultos mayores.
- Establecer normas relativas al derecho a la prestación de servicios, la provisión de medicamentos básicos, equipamientos de ayuda y servicios integrales de rehabilitación, especialmente adaptados para mejorar la autonomía de las personas mayores con discapacidades.
- Procurar una mejor prestación de servicios sanitarios para las personas adultas mayores pobres, indígenas y rurales, adoptando las medidas necesarias para garantizarles un acceso sin discriminación y teniendo en cuenta sus patrones culturales, tanto en las leyes como en las políticas nacionales de salud pública.
- Incorporar la salud de los adultos mayores en las funciones esenciales de salud pública acordadas por los ministros de salud de la región en el marco de la OPS.
- Formular políticas en que se definan los cuidados que necesitan las personas mayores y los mecanismos de acceso a ellos.
- Capacitar y sensibilizar a todo el personal sanitario en la implementación de los cambios requeridos para la eliminación de las barreras de acceso de las personas mayores a los servicios de salud.

33. **Objetivo 2: Establecimiento de un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, fortaleciendo y reorientando para ello los servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios**

Recomendaciones para la acción:

- Implementar un plan integral de salud, dotándolo progresivamente de los recursos necesarios tanto humanos como financieros, en que se coordinen los servicios destinados al cuidado de la salud de los adultos mayores, en el ámbito local, regional y nacional.
- Aplicar un plan básico para la distribución de equipamientos, medicamentos, prótesis y órtesis, productos y tecnologías que ayuden a las personas mayores en su funcionamiento, participación e independencia.
- Elaborar programas de salud mental, en el contexto de la atención primaria, con énfasis en la promoción, prevención y diagnóstico temprano, y que incluyan programas de rehabilitación de base comunitaria.
- Establecer los mecanismos apropiados para la colaboración entre las distintas instituciones tanto públicas como privadas prestadoras de servicios de salud a las personas mayores.
- Estimular que las políticas y programas orientados a la población femenina incluyan temas específicos para las adultas mayores, en particular en el campo de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de promoción de la salud y un seguimiento permanente.

34. **Objetivo 3: Promoción de conductas personales y ambientes saludables a través de leyes, políticas, programas y acciones nacionales y comunitarios**

Recomendaciones para la acción:

- Realizar campañas nacionales y locales para combatir los factores de riesgo y promover patrones de vida saludables, incluidas la actividad física y la alimentación balanceada, así como prácticas de salud, y en particular de salud sexual y reproductiva, conducentes a una mejor calidad de vida en la vejez.
- Desarrollar los mecanismos adecuados para hacer accesible la información sobre hábitos saludables.
- Promover la inserción del tema de envejecimiento en los programas de educación formal e informal, con una perspectiva del ciclo de vida.
- Generar la colaboración multisectorial en el ámbito local para el desarrollo de actividades de promoción de salud para las personas mayores.
- Impulsar mecanismos para que los adultos mayores participen en el establecimiento de metas de salud comunitarias.

35. **Objetivo 4: Creación de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores que utilizan los servicios de cuidado de largo plazo**

Recomendaciones para la acción:

- Implementar las disposiciones legales para la apertura y el funcionamiento de los centros residenciales y la vigilancia de las condiciones de vida, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores que residen en ellos.
- Fortalecer la capacidad gubernamental e institucional para establecer, difundir y hacer cumplir las reglas y normas que deban regir a los establecimientos que ofrecen cuidados de largo plazo para las personas mayores, especialmente aquellas con discapacidad, para proteger sus derechos y su dignidad y evitar violaciones a los mismos.
- Capacitar al personal encargado del cumplimiento de dichas normas y de toda la normativa internacional ratificada por los Estados y supervisar su desempeño.
- Elaborar y actualizar permanentemente un registro de los establecimientos que ofrecen cuidados de largo plazo y establecer mecanismos de monitoreo en que participen distintas instituciones del Estado, según corresponda.
- Desarrollar una estrecha colaboración multisectorial para educar a los proveedores y a los usuarios de estos servicios acerca de la calidad de los cuidados y los derechos humanos, libertades y condiciones de vida óptimas para su bienestar, con el establecimiento y difusión de mecanismos eficaces de queja que sean fácilmente accesibles para los usuarios y sus familiares.

- Fomentar la creación de redes de apoyo a los cuidadores familiares para viabilizar la permanencia de la persona mayor en el hogar y a la vez prevenir el agotamiento físico y mental del cuidador.
- Fomentar la creación de alternativas comunitarias a los cuidados de largo plazo para las personas mayores.

36. **Objetivo 5: Promoción de la formación de recursos humanos a través del diseño y la implementación de un plan nacional de capacitación en gerontología y geriatría para los prestadores actuales y futuros de servicios de salud, en todos los niveles de atención, con énfasis en el nivel de atención primaria**

Recomendaciones para la acción:

- Proponer la incorporación de las herramientas básicas de gerontología y geriatría en la educación universitaria en salud.
- Promover el desarrollo de programas de especialización en geriatría en las escuelas de medicina.
- Promover la incorporación de los actuales profesionales de la salud en entrenamientos de especialización en gerontología y geriatría.
- Formular iniciativas regionales y nacionales para el establecimiento de modelos de capacitación práctica en geriatría.
- Incorporar en los servicios de atención primaria el concepto de envejecimiento como parte del ciclo vital y las particularidades en la atención de ese grupo poblacional.

37. **Objetivo 6: Elaboración y utilización de instrumentos para mejorar el conocimiento del estado de salud de las personas mayores y monitorear sus cambios**

Recomendaciones para la acción:

- Establecer los mecanismos para la recolección sistemática de información disponible de las personas de 60 años y más desagregadas por sexo y grupo étnico y racial, con los siguientes datos: características sociodemográficas, mortalidad, morbilidad, factores de riesgo de enfermedad y discapacidad, estado nutricional, capacidades funcionales, acceso y utilización de servicios, incluido el uso de medicamentos y de apoyos —tales como muletas y sillas de ruedas—, gastos personales en salud, barreras de acceso y prácticas discriminatorias.
- Trazar metas regionales y nacionales quinquenales específicas en salud para ser evaluadas mediante la implementación de un sistema de vigilancia que incluya un mínimo de indicadores necesarios para su monitoreo.
- Promover el establecimiento de una agenda de investigación en salud y envejecimiento y la búsqueda de recursos para su desarrollo.

- Formar recursos humanos capacitados para la investigación en salud y envejecimiento, especialmente en los temas de epidemiología, biología, demografía del envejecimiento y bioética.
- Promover la inclusión de los temas del envejecimiento en las agendas de investigación nacionales.

IV. CREACIÓN DE UN ENTORNO PROPICIO Y FAVORABLE

38. La creación de condiciones políticas, económicas, físicas, sociales y culturales adecuadas para las personas mayores es fundamental para el desarrollo social y el ejercicio de los derechos, deberes y libertades en la vejez.

39. En la región las condiciones que las sociedades ofrecen para vivir esta etapa de la vida revelan importantes carencias, tanto en el espacio físico como en el entorno social, político, económico y cultural, que obstaculizan la capacidad de las personas mayores de lograr cambios significativos en sus condiciones de vida.

40. Si bien las personas mayores, en general, son propietarias de las viviendas que habitan, éstas no responden adecuadamente a sus necesidades de habitabilidad, seguridad y accesibilidad. El desafío de una vivienda segura y propicia para las personas mayores implica reconocer, por una parte, la diversidad de necesidades y preferencias de las personas mayores, incluidos la opción y el derecho de "envejecer en casa" y, por otra, las situaciones de fragilidad que exigen cuidados y formas especiales de residencia.

41. Algunos espacios públicos no están preparados para recibir a las personas mayores, lo que desalienta su uso. Para que las personas mayores puedan integrarse y ejercer la ciudadanía, especialmente en las áreas urbanas, se requieren espacios públicos con características físico-espaciales que generen un entorno seguro y accesible y una nueva generación de diseño de este espacio, así como facilidades en el transporte que permitan a las personas mayores ejercer su derecho a desplazarse con autonomía y seguridad, de modo que puedan acceder no sólo a un espacio de intercambio y recreación sino también a servicios sociales y ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

42. La discriminación por edad se manifiesta de distintas maneras, entre ellas en la falta de reconocimiento expreso de las personas mayores como sujetos pasivos de violencia y maltrato en algunas legislaciones. Asimismo, se tiende a presentar una imagen estereotipada de la vejez, expresada como pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social que, en general, los medios de comunicación mantienen y reproducen.

43. Las redes informales de apoyo social son parte de los activos del capital social acumulado por las personas mayores en el transcurso de su vida y por lo tanto son factores de importancia para su bienestar. Los hombres mayores son altamente vulnerables a perder o reducir sus redes de apoyo una vez pasada su jubilación. En el caso de las mujeres, las principales dificultades se encuentran en el acceso y disponibilidad de las redes de apoyo de orden formal, sobre todo de la seguridad social.

Se establece la siguiente meta general:

C. Las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez

Para alcanzar esta meta general se definen los siguientes objetivos específicos con las correspondientes recomendaciones para la acción:

44. **Objetivo 1: Adaptación del entorno físico a las características y necesidades de las personas mayores para lograr una vida independiente en la vejez**

Recomendaciones para la acción:

- Promover iniciativas que permitan a los adultos mayores acceder a financiamiento para adquirir una vivienda o adaptar la propia a sus nuevas necesidades de habitabilidad y seguridad.
- Introducir en la normativa que regula la construcción de viviendas en el ámbito nacional las necesidades de las personas mayores con relación a su accesibilidad, seguridad y dotación de servicios públicos.
- Adaptar los medios de transporte público a las necesidades de las personas mayores, velando por el cumplimiento, en los que casos que así corresponda, de las disposiciones legales que regulan su accesibilidad, trato preferencial en asientos reservados y tarifas rebajadas.
- Introducir, en las políticas urbanas, la creación y habilitación de espacios públicos amigables y seguros, garantizando, mediante la eliminación de barreras arquitectónicas, la accesibilidad de las personas mayores.
- Disminuir los riesgos de accidentes de tránsito en las personas mayores, a través de la educación peatonal y de conductores, la señalización adecuada de las vías públicas y los vehículos apropiados para el transporte de pasajeros.

45. **Objetivo 2: Aumento de la disponibilidad, sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo social de las personas mayores**

Recomendaciones para la acción:

- Fomentar la creación y mejoramiento de la infraestructura social y de servicios comunitarios en el ámbito local.
- Promover incentivos para apoyar a las familias que brindan cuidado a las personas mayores.
- Sensibilizar a las personas, y en especial a los hombres, respecto de la importancia de crear y mantener redes de familiares, amigos o comunidades durante su vida para disfrutar de apoyo y compañía en su vejez.

- Promover actividades durante la etapa laboral que sirvan de apoyo a las personas en su tránsito hacia la jubilación, a fin de prevenir los efectos negativos de esta.
- Apoyar la creación y el fortalecimiento de organizaciones locales autogestionadas, formadas por personas mayores y otros interesados.
- Asegurar la equidad de género en el acceso al sistema de protección social y otras fuentes de apoyo formal.
- Facilitar mecanismos de coordinación entre los sistemas de apoyo formales e informales.

46. **Objetivo 3: Eliminación de todas las formas de discriminación y maltrato en contra de las personas mayores**

Recomendaciones para la acción:

- Procurar que la publicidad no incluya imágenes discriminatorias de las personas mayores y el envejecimiento.
- Fomentar, en la familia, la enseñanza y los medios de comunicación, valores como la tolerancia y el respeto de la diversidad basada en las diferencias etarias y en cualquier otra condición social como el género, la etnia u otras.
- Fomentar programas de acción social, cultural, cívica y de otra índole en que “la sociedad para todas las edades” sea una sociedad de integración y colaboración intergeneracionales, sobre la base del conocimiento y la comprensión de las características correspondientes a cada etapa de la vida.
- Crear programas que potencien el conocimiento de las diversas etapas del desarrollo de la vida humana, especialmente la vejez, con el fin de lograr relaciones intergeneracionales de complementariedad y apoyo recíproco.
- Combatir la violencia, el abuso, la negligencia y la explotación de las personas mayores, estableciendo leyes y normas que penalicen toda forma de maltrato físico, psicológico, emocional y económico.
- Facilitar el acceso a la asistencia jurídica y sicosocial para denunciar y castigar el abuso y maltrato de las personas mayores.
- Promover la inclusión, en los entes gubernamentales de derechos humanos, de un capítulo específico de derechos humanos de las personas mayores.

47. **Objetivo 4: Promoción de una imagen positiva de la vejez**

Recomendaciones para la acción:

- Sensibilizar a los medios de comunicación y publicitarios para que proyecten una imagen positiva del envejecimiento.

V. APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA REGIONAL

48. La responsabilidad de los gobiernos de los países firmantes es crucial en la aplicación de estos acuerdos y en el seguimiento de la evolución de la situación de las personas mayores en la región.

Se establece la siguiente meta general:

D. Se alienta a cada país de la región a impulsar las acciones necesarias para lograr la plena ejecución de esta Estrategia y establecer los mecanismos para su aplicación, seguimiento, evaluación y revisión, de acuerdo con sus propias realidades

Con miras a esta meta general se definen los siguientes objetivos específicos y sus correspondientes recomendaciones para la acción.

49. **Objetivo 1: Incorporación del envejecimiento en todos los ámbitos de política pública, con el propósito de adecuar las intervenciones del Estado al cambio demográfico y a la construcción de una sociedad para todas las edades**

Recomendaciones para la acción:

- Integrar el envejecimiento demográfico en los planes de desarrollo nacional y en la planificación de las intervenciones de los Ministerios de Hacienda, Planificación, Desarrollo Social, Salud, Educación, Vivienda, Transporte, Trabajo, Turismo y Comunicación, así como en los programas de cobertura en el ámbito de la seguridad social.
- Establecer o fortalecer, cuando ya existan, puntos focales sobre envejecimiento en los ministerios nacionales competentes.
- Promover, en caso de que no existan, la creación de puntos focales sobre envejecimiento en las organizaciones multilaterales y la inclusión del tema en los trabajos que estas realicen en la región.
- Integrar el envejecimiento en el quehacer de las administraciones gubernamentales en todos sus niveles, de manera de responder a los desafíos que implica la heterogeneidad de las personas mayores y sus contextos.
- Actuar de manera constante y coordinada en todos los niveles mediante la promoción de alianzas estratégicas entre el Estado, la sociedad civil y las organizaciones de personas mayores, comprometiendo incluso al sector privado en la implementación de la Estrategia, sin olvidar que la responsabilidad primordial recae en los gobiernos nacionales.
- Trabajar para asegurar el apoyo presupuestario necesario para la aplicación de las medidas que se contemplen en las políticas y programas a favor de las personas mayores.

50. **Objetivo 2: Consecución de asistencia técnica a través de la cooperación entre países y del apoyo de los organismos internacionales para el diseño de políticas y programas sobre envejecimiento**

Recomendaciones para la acción:

- Solicitar a las instituciones internacionales en el área del envejecimiento a través del grupo interinstitucional conformado por la CEPAL, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización Internacional del Trabajo, el Programa sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, que coordinen sus actividades para atender mejor las solicitudes de asistencia técnica de los países a la hora de elaborar sus políticas y programas nacionales dirigidos a las personas mayores.
- Convocar a grupos de expertos y organizaciones de personas mayores en cada país para identificar y debatir las prioridades relacionadas con el envejecimiento y la manera de satisfacerlas en el correspondiente contexto nacional.
- Solicitar la asistencia técnica de la CEPAL y los demás organismos del grupo interinstitucional para apoyar a los países en la elaboración de sus propios planes de acción.
- Promover fórmulas adecuadas de colaboración en el seguimiento del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento con las redes intergubernamentales, internacionales y de la sociedad civil que trabajan en materia de envejecimiento en la región, como la RIICOTEC, la CARICOM y todas aquellas otras que se desempeñan en este ámbito, con el fin de lograr una adecuada complementariedad de esfuerzos.

51. **Objetivo 3: Elaboración e implementación de un sistema de indicadores específicos que sirva de referencia en el seguimiento y evaluación de la situación de las personas mayores en el ámbito nacional y regional**

Recomendaciones para la acción:

- Recabar toda la información disponible de los censos y otras fuentes de datos sobre la situación de las personas mayores en cada uno de los países y en la región y analizar y difundir esa información, desagregándola por edad, género y condición étnica y racial.
- Definir modos de obtención de información para el monitoreo de los indicadores clave de la Estrategia, incluida la incorporación de módulos especiales relacionados con la calidad de vida de las personas mayores en encuestas de hogares y demás encuestas nacionales para evaluar los avances en cada uno de los objetivos.
- Establecer un sistema de monitoreo de la situación de las personas mayores en el marco de los sistemas de monitoreo elaborados en otras cumbres o programas nacionales y donde se incluyan organizaciones de adultos mayores.

- Solicitar a los organismos internacionales el apoyo técnico y financiero necesario para el diseño y aplicación de instrumentos que permitan conocer la situación de los adultos mayores.

52. **Objetivo 4: Desarrollo y promoción de investigaciones sobre los principales aspectos del envejecimiento en el ámbito nacional y regional**

Recomendaciones para la acción:

- Promover la elaboración de una agenda de investigación sobre los principales temas relacionados con las personas mayores en los países y en la región.
- Implementar estrategias de obtención de financiamiento para la realización de dichas investigaciones.
- Fomentar la cooperación entre los distintos organismos y organizaciones internacionales especializadas, universidades e instituciones académicas, para lograr así una acción investigadora coherente.

53. **Objetivo 5: Solicitud a la CEPAL y demás organizaciones pertinentes de propiciar contactos con todos los países de la región, haciéndoles llegar el ofrecimiento formal de apoyo del grupo interinstitucional para desarrollar los mecanismos necesarios que permitan la aplicación adecuada de los compromisos emanados de esta Conferencia**

VI. EVALUACIÓN Y REVISIÓN

54. En el párrafo 114 del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento se afirma que el éxito de éste exige una acción sostenida en todos los niveles, gobiernos, sociedad civil, sector privado y demás partes interesadas para dar respuesta a las necesidades de una sociedad demográficamente cambiante.

55. Esta Estrategia regional ofrece un marco para la concreción de las medidas más adaptadas a la realidad de cada país.

56. La CEPAL, como Comisión Regional de las Naciones Unidas, está en una posición idónea para establecer las conexiones con los países, las autoridades nacionales encargadas de los asuntos relativos a las personas mayores, los organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas y demás organismos internacionales y lograr así la coordinación del proceso de seguimiento.

57. La realización de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y la formulación de la presente Estrategia de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento fue solicitada por los países miembros de la CEPAL por medio de la resolución 590(XXIX) aprobada en el vigésimo noveno período de sesiones de la CEPAL, celebrado en Brasilia en mayo de 2002 y propuesta por el Comité Especial sobre Población y Desarrollo. En este contexto, este Comité constituye el órgano intergubernamental idóneo para el seguimiento en el ámbito regional de la implementación de la presente Estrategia.

Los países participantes en la Conferencia se comprometen a:

58. Definir, dentro de un plazo de seis meses después de finalizada la presente Conferencia, para cada uno de los objetivos de la Estrategia, las metas específicas por lograr, de acuerdo con sus propias realidades, así como los mecanismos para realizar el seguimiento de las políticas y programas que apliquen. Los avances logrados en tal sentido se presentarán en la reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo, que se llevará a cabo en el marco del trigésimo período de sesiones de la CEPAL (Puerto Rico, mayo de 2004).
59. Solicitar a la Comisión Económica para América Latina y Caribe que, en colaboración con las instituciones del Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento, continúe actuando como Secretaría Técnica, haciéndose receptora de las metas comprometidas por cada uno de los países y su seguimiento.
60. Examinar los resultados obtenidos con relación a las metas fijadas a nivel nacional en oportunidad de la reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo en el marco del trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL (2006).
61. Invitar a la CEPAL a que continúe con la publicación del Boletín sobre envejecimiento, como medio de difusión y comunicación de las acciones que cada país emprenda.

Anexo 3

**REPRESENTACIÓN DE LOS ESTADOS MIEMBROS Y DE OTROS PAÍSES
EN LA CONFERENCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL
SOBRE ENVEJECIMIENTO**

Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003

Participaron en la Conferencia representantes de 30 Estados miembros de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe:

- Antigua y Barbuda
- Argentina
- Barbados
- Bolivia
- Brasil
- Canadá
- Chile
- Colombia
- Costa Rica
- Cuba
- Dominica
- Ecuador
- El Salvador
- España
- Estados Unidos
- Francia
- Haití
- Honduras
- Italia
- Jamaica
- México
- Nicaragua
- Panamá
- Paraguay
- Perú
- República Dominicana
- Santa Lucía
- Trinidad y Tabago
- Uruguay
- Venezuela

También se hicieron representar tres miembros asociados de la Comisión:

- Anguila
- Aruba
- Puerto Rico

Con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 6 de las Atribuciones de la Comisión, participaron con carácter consultivo representantes de los siguientes cinco Estados miembros de las Naciones Unidas que no son miembros de la Comisión:

- La Federación de Rusia
- Marruecos
- Polonia
- Rumania
- Suiza

A la reunión asistió como observador con carácter consultivo un representante de la Santa Sede.

Anexo 4

LISTADO DE INDICADORES SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

Áreas e indicadores	Definición del indicador	Observaciones
1. Aspectos sociodemográficos		
A. Demografía del envejecimiento		
a.1 Número de personas de 60 años y más	Población total (ambos sexos, hombres, mujeres) de 60 años y más	
a.2 Porcentaje de personas de 60 años y más	Relación entre la población de 60 años y más y la población total, por cien	
a.3 Número de personas de 65 años y más	Población total (ambos sexos, hombres, mujeres) de 65 años y más	
a.4 Porcentaje de personas de 65 años y más	Relación entre la población de 65 años y más y la población total, por cien	
a.5 Número de personas de 85 años y más	Población total (ambos sexos, hombres, mujeres) de 85 años y más	
a.6 Porcentaje de personas de 85 años y más	Relación entre la población de 85 años y más y la población total, por cien	
a.7 Índice de envejecimiento	Relación entre la población de 60 años y más y la población menor de 15 años, por cien	
a.8 Relación de dependencia de edades avanzadas	Relación entre la población de 65 años y más y la población de 15 a 64 años, por cien	
a.9 Razón de apoyo	Relación entre la población de 85 años y más y la población de 50 a 64 años de edad, por cien	
a.10 Peso de los más viejos entre los mayores	Relación entre la población de 75 u 80 años y más y la población de 60 años y más, por cien	
a.11 Edad mediana de la población	Es la edad que divide a la población en dos grupos del mismo tamaño, de modo que una mitad de la población es menor que esa edad y la otra es mayor	
a.12 Tasa de crecimiento promedio anual de la población de 60 años y más	Porcentaje de aumento o disminución promedio anual de la población de 60 años y más durante el último período intercensal	Pt = Po *e
a.13 Tasa de crecimiento promedio anual de la población de 85 años y más	Porcentaje de aumento o disminución promedio anual de la población de 85 años y más durante el último período intercensal	
a.14 Razón de sexo en los adultos mayores	Número de hombres de 60 años y más por cada 100 mujeres de 60 años y más	
B. Arreglos familiares		
b.1 Porcentaje de hogares con adultos mayores	Relación entre el número de hogares en que residen adultos mayores y el total de hogares, por cien	
b.2 Tasa de crecimiento promedio anual de hogares con adultos mayores	Porcentaje de aumento o disminución promedio anual de los hogares con adultos mayores en el último período intercensal	
b.3 Tamaño promedio de los hogares con adultos mayores	Cociente entre la suma de todos los miembros habituales de los hogares con adultos mayores y el total de estos hogares	
b.4 Porcentaje de hogares con adultos mayores conformados por una generación	Relación entre el número de hogares en que residen sólo adultos mayores y el total de hogares	
b.5 Porcentaje de hogares con adultos mayores conformados por dos generaciones	Relación entre el número de hogares con adultos mayores en que hay: { a) (hijos (as) o yerno/nuera) o b) nietos (as) o c) padres/suegros, del jefe } y el total de hogares con adultos mayores, por cien	
b.6 Porcentaje de hogares con adultos mayores conformados por tres generaciones	Relación entre el número de hogares con adultos mayores en que hay: { a) (hijos (as) o yerno/nuera) y (nietos (as) del jefe, o b) (hijos (as) o yerno/nuera) y (padres/suegros), o c) nietos (as) y padres/suegros del jefe }, y el total de hogares con adultos mayores, por cien	

Áreas e indicadores	Definición del indicador	Observaciones
b.7 Porcentaje de hogares con jefes adultos mayores	Relación entre el número de hogares cuyo jefe(a) es un adulto mayor y el total de hogares, por cien	
b.8 Porcentaje de hogares con jefes adultos mayores hombres	Relación entre el número de hogares cuyo jefe es un adulto mayor hombre y el total de hogares, por cien	
b.9 Porcentaje de hogares con jefes adultos mayores mujeres	Relación entre el número de hogares cuyo jefe es un adulto mayor mujer y el total de hogares, por cien	
b.10 Tasa de crecimiento promedio anual de hogares con jefes adultos mayores (total)	Porcentaje de aumento o disminución promedio anual de hogares con jefes adultos mayores durante el último período intercensal. Total	
b.11 Tasa de crecimiento promedio anual de hogares con jefes adultos mayores (hombres)	Porcentaje de aumento o disminución promedio anual de hogares con jefes adultos mayores durante el último período intercensal. Hombres	
b.12 Tasa de crecimiento promedio anual de hogares con jefes adultos mayores (mujeres)	Porcentaje de aumento o disminución promedio anual de hogares con jefes adultos mayores durante el último período intercensal. Mujeres	
b.13 Tamaño promedio de los hogares con jefes adultos mayores (total)	Cociente entre la suma de todos los miembros habituales de los hogares con jefes mayores y el total de estos hogares. Total	
b.14 Tamaño promedio de los hogares con jefes adultos mayores (hombres)	Cociente entre la suma de todos los miembros habituales de los hogares con jefes mayores hombres y el total de estos hogares.	
b.15 Tamaño promedio de los hogares con jefes adultos mayores (mujeres)	Cociente entre la suma de todos los miembros habituales de los hogares con jefes mayores mujeres y el total de estos hogares	
b.16 Tasa de jefatura de hogar de los adultos mayores	Relación entre adultos mayores jefes de hogar y total de adultos mayores, por cien	
b.17 Porcentaje de jefes mayores que viven solos	Relación entre los jefes mayores que viven solos y el total de jefes mayores, por cien	
b.18 Porcentaje de jefes mayores que viven en pareja conyugal solos	Relación entre jefes mayores que viven en pareja conyugal solos y total de jefes mayores, por cien	
b.19 Porcentaje de jefes mayores que viven en pareja conyugal y con hijos: - solteros - casados	Relación entre jefes mayores que viven en pareja conyugal y con hijos solteros y total de jefes mayores, por cien. (repetir con hijos casados)	
b.20 Porcentaje de cónyuges mayores que viven con hijos: - solteros - casados	Relación entre cónyuges mayores que viven con hijos solteros y total de cónyuges mayores, por cien. (repetir con hijos casados)	
b.21 Porcentaje de jefes mayores que viven SOLAMENTE con otros parientes que no sean hijos y que no sea esposa.	Relación entre jefes mayores que viven solamente con otros parientes que no sean hijos y total de jefes mayores, por cien	
b.22 Porcentaje de jefes mayores que viven SOLAMENTE con no parientes.	Relación entre jefes mayores que viven SOLAMENTE con no parientes y total de jefes mayores, por cien	
b.23 Porcentaje de jefes de hogar que son adultos mayores	Relación entre el número de jefes de hogar adultos mayores y el total de jefes de hogar, por cien	
b.24 Porcentaje de adultos mayores institucionalizados	Relación entre el número de adultos mayores que residen en viviendas colectivas y el total de adultos mayores, por cien	
b.25 Porcentaje de adultos mayores en asilos	Relación entre el número de adultos mayores en asilos y el total de adultos mayores, por cien	
b.26 Porcentaje de adultos mayores en establecimientos hospitalarios	Relación entre el número de adultos mayores en establecimientos hospitalarios y el total de adultos mayores, por cien	

Áreas e indicadores	Definición del indicador	Observaciones
C. Nupcialidad		
c.1 Porcentaje de adultos mayores casados (matrimonio legal o religioso)	Relación entre el número de adultos mayores casados y el total de adultos mayores, por cien	
c.2 Porcentaje de adultos mayores en unión consensual	Relación entre el número de adultos mayores en unión consensual y el total de adultos mayores, por cien	
c.3 Porcentaje de adultos mayores divorciados o separados	Relación entre el número de adultos mayores divorciados o separados y el total de adultos mayores, por cien	
c.4 Porcentaje de adultos mayores viudos	Relación entre el número de adultos mayores viudos y el total de adultos mayores, por cien	
c.5 Porcentaje de adultos mayores solteros (nunca unidos o casados)	Relación entre el número de adultos mayores solteros y el total de adultos mayores, por cien	
D. Urbanización/Ruralidad		
d.1 Porcentaje de adultos mayores residentes en áreas urbanas	Relación entre el número de adultos mayores que residen en localidades urbanas y el total de población urbana	
d.2 Porcentaje de adultos mayores residentes en áreas rurales	Relación entre el número de adultos mayores que residen en localidades rurales y el total de población rural	
E. Educación		
e.1 Porcentaje de adultos mayores analfabetos	Relación entre el número de adultos mayores que no saben leer ni escribir y el total de adultos mayores	
e.2 Promedio de años de estudio de los adultos mayores	Cociente entre la suma de los años de estudio aprobados por los adultos mayores y el total de adultos mayores	
e.3 Porcentaje de adultos mayores con educación básica o ninguna educación	Relación entre el número de adultos mayores sin instrucción o que no han superado la educación básica (no más de 8° grado aprobado) y el total de adultos mayores	
e.4 Porcentaje de adultos mayores con educación media	Relación entre el número de adultos mayores que han aprobado no más de algún grado de la educación media (9° a 12°) y el total de adultos mayores	
e.5 Porcentaje de adultos mayores con educación superior	Relación entre el número de adultos mayores que han aprobado algún grado del nivel superior de educación (13° grado en adelante) y el total de adultos mayores	
F. Etnia		
f.1 Porcentaje de adultos mayores pertenecientes a la población indígena	Relación entre el número de adultos mayores de raza indígena y el total de adultos mayores	
2. Seguridad económica, empleo, pobreza		
A. Participación económica		
a.1 Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores	Relación entre los adultos mayores económicamente activos (ocupados más desocupados) y el total de adultos mayores, por cien	
a.2 Tasa de desempleo en los adultos mayores	Relación entre el número de adultos mayores desocupados y los adultos mayores económicamente activos, por cien	
a.3 Porcentaje de adultos mayores económicamente inactivos que están jubilados o pensionados	Relación entre los adultos mayores económicamente inactivos en la categoría de jubilados o pensionados y el total de adultos mayores económicamente inactivos, por cien	

Áreas e indicadores	Definición del indicador	Observaciones
a.4 Porcentaje de adultos mayores económicamente inactivos que se dedican a labores del hogar	Relación entre los adultos mayores económicamente inactivos dedicados a labores domésticas y el total de adultos mayores económicamente inactivos, por cien	
a.5 Porcentaje de adultos mayores económicamente inactivos que están inválidos o recluidos	Relación entre los adultos mayores económicamente inactivos en la categoría de inválidos o recluidos y el total de adultos mayores económicamente inactivos, por cien	
a.6 Porcentaje de adultos mayores retirados que participan en la fuerza de trabajo	Relación entre los adultos mayores jubilados o pensionados que participan en actividades económicas y el total de adultos mayores jubilados o pensionados, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
a.7 Porcentaje de adultos mayores jubilados o pensionados que no realizan actividades económicas en disposición de aceptar un trabajo remunerado	Relación entre los adultos mayores jubilados o pensionados que aceptarían una oferta de empleo remunerado y el total de adultos mayores jubilados o pensionados que no realizan actividades económicas, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
a.8 Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de asalariados	Relación entre los adultos mayores ocupados en la categoría de asalariados y el total de adultos mayores ocupados, por cien	
a.9 Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de patrones o empleadores	Relación entre los adultos mayores ocupados en la categoría de patrones o empleadores y el total de adultos mayores ocupados, por cien	
a.10 Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de trabajadores por cuenta propia	Relación entre los adultos mayores ocupados en la categoría de trabajadores por cuenta propia y el total de adultos mayores ocupados, por cien	
a.11 Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de trabajadores familiares no remunerados	Relación entre los adultos mayores ocupados en la categoría de trabajadores familiares no remunerados y el total de adultos mayores ocupados, por cien	
a.12 Porcentaje de adultos mayores asalariados que trabajan en el sector público	Relación entre los adultos mayores asalariados que trabajan en instituciones o empresas públicas y el total de los adultos mayores asalariados, por cien	
a.13 Porcentaje de adultos mayores que trabajan en el sector primario (agricultura, silvicultura, caza y pesca, minas y canteras)	Relación entre los adultos mayores ocupados en el sector primario de la economía y el total de adultos mayores ocupados, por cien	
a.14 Porcentaje de adultos mayores ocupados en el sector informal de la economía	Relación entre los adultos mayores ocupados en actividades económicas del sector informal y el total de adultos mayores ocupados, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
a.15 Promedio de horas de trabajo a la semana de los adultos mayores ocupados	Cociente entre la suma de las horas semanales de trabajo de todos los adultos mayores ocupados y el total de éstos	
a.16 Porcentaje de adultos mayores ocupados con empleos de bajos ingresos	Relación entre adultos mayores ocupados que reciben menos de los dos tercios del ingreso promedio de todas las personas ocupadas, y el total de éstos, por cien	
a.17 Ingreso promedio mensual de los adultos mayores ocupados derivado de la ocupación principal (en US\$, PPA)	Cociente entre la suma de los ingresos mensuales de todos los adultos mayores ocupados, por concepto de la ocupación principal, y el total de adultos mayores ocupados	PPA = paridad poder adquisitivo
a.18 Brecha salarial por género de los adultos mayores	Este indicador mide, en términos porcentuales, la diferencia entre el salario promedio de las mujeres y el de los hombres (derivado de la ocupación principal)	Y _p MUJ 100 - ----- x 100 Y _p HOM
a.19 Razón de brecha salarial por género de los adultos mayores	Relación entre la brecha salarial por género de los adultos mayores y la brecha salarial por género en la población de 20-59 años	

Áreas e indicadores	Definición del indicador	Observaciones
a.20 Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores con educación básica o sin instrucción	Relación entre los adultos mayores con educación básica o sin instrucción económicamente activos y el total de adultos mayores con educación básica o sin instrucción, por cien	
a.21 Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores con educación media	Relación entre los adultos mayores con educación media económicamente activos y el total de adultos mayores con educación media, por cien	
a.22 Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores con educación superior	Relación entre los adultos mayores con educación superior económicamente activos y el total de adultos mayores con educación superior, por cien	
B. Ingresos y pobreza		
b.1 Porcentaje de adultos mayores que reciben ingresos monetarios regularmente, por cualquier concepto	Relación entre los adultos mayores que tienen ingresos monetarios regulares (mensuales) y el total de adultos mayores, por cien	
b.2 Promedio de ingresos totales mensuales recibidos por los adultos mayores (en US\$ PPA)	Cociente entre la suma de los ingresos mensuales totales recibidos por los adultos mayores y el total de los adultos mayores	
b.3 Promedio de ingresos totales mensuales de los hogares con adultos mayores (en US\$ PPA)	Cociente entre la suma de los ingresos mensuales totales de los hogares con adultos mayores y el total de hogares con adultos mayores	
b.4 Porcentaje del ingreso total de los hogares con adultos mayores aportado por éstos	Cociente entre la suma de ingresos totales mensuales de los adultos mayores y la suma de los ingresos mensuales de los hogares con adultos mayores, por cien	
b.5 Porcentaje de hogares con adultos mayores en situación de pobreza, según el método NBI	Relación entre el total de hogares con adultos mayores clasificados como pobres (según NBI) y el total de hogares con adultos mayores, por cien	
b.6 Porcentaje de hogares con adultos mayores en situación de pobreza, según el método LP	Relación entre el total de hogares con adultos mayores clasificados como pobres (método LP) y el total de hogares con adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.7 Porcentaje de adultos mayores que poseen bienes inmuebles (tierra, viviendas, empresas, etc.) o inversiones en valores (acciones, bonos, etc.)	Relación entre los adultos mayores que poseen bienes inmuebles o inversiones y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
C. Seguridad social		
c.1 Porcentaje de adultos mayores cubiertos por la seguridad social	Relación entre el número de adultos mayores beneficiarios de la seguridad social y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Censos, registros y encuestas de hogares
c.2 Valor promedio de las pensiones de vejez (en US\$, PPA)	Cociente entre la suma de los montos de todas las pensiones y jubilaciones del sistema de seguridad social y el total de jubilados y pensionados	Fuente: Registros continuos, encuestas de hogares
c.3 Índice de adecuación del valor de las pensiones	Cociente entre la mediana del valor de las pensiones y jubilaciones del sistema de seguridad social y el valor de la línea de pobreza per cápita	Fuente: Registros y encuestas de hogares
c.4 Porcentaje de adultos mayores retirados con pensiones insuficientes	Relación entre los adultos mayores con ingresos por pensiones inferiores al costo de la canasta básica para una persona y el total de adultos mayores pensionados y jubilados, por cien	Fuente: Registros continuos y encuestas de hogares
c.5 Edad legal para jubilarse	Edad establecida por ley en cada país para la jubilación	Fuente: Legislación nacional
c.6 Edad promedio real de jubilación	Cociente entre la suma de las edades efectivas de jubilación de todas las personas retiradas y el total de éstas	Fuente: Encuestas de hogares

Áreas e indicadores	Definición del indicador	Observaciones
3. Salud		
A. Condiciones de salud		
a.1 Esperanza de vida al nacer	Número promedio de años que se espera viva una cohorte de personas si se mantienen constantes las tasas de mortalidad por sexo y edad prevalecientes en el momento de su nacimiento	Fuente: Registros vitales, encuestas de hogares, estimaciones
a.2 Esperanza de vida a los 60 años	Número promedio de años que se espera viva una cohorte de personas a partir de los 60 años de edad si se mantienen constantes las tasas de mortalidad por sexo y edad prevalecientes en ese momento	Fuente: Registros vitales, encuestas de hogares, estimaciones
a.3 Nivel de estado de salud autopercebido	Porcentaje de personas que califican su estado de salud según distintas categorías preestablecidas (excelente, buena, etc.)	Fuente: Encuestas de hogares
a.4 Porcentaje de adultos mayores con algún tipo de enfermedades crónica	Relación entre los adultos mayores que padecen alguna (s) enfermedad (es) crónica (s) y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
a.5 Porcentaje de adultos mayores que padecen de enfermedades crónicas específicas (diabetes, hipertensión, etc.)	Relación entre el número de adultos mayores que padecen una enfermedad crónica determinada y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
a.6 Porcentaje de adultos mayores con alguna enfermedad o problema de salud en el último mes	Relación entre los adultos mayores que tuvieron alguna enfermedad o problema de salud en los últimos 30 días y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
a.7 Tasa de mortalidad para las cinco principales causas de muerte en los adultos mayores	Cociente entre los adultos mayores fallecidos en el último año por cada uno de los cinco grupos de causa más frecuentes y el total de adultos mayores, por cien mil	Fuente: Registros vitales, encuestas de hogares
a.8 Porcentaje de adultos mayores obesos		Fuente: Encuestas de hogares
B. Discapacidad/Funcionalidad		
b.1 Esperanza de vida sin discapacidad a los 60 años de edad	Número promedio de años que se espera viva una cohorte de personas sin discapacidad a partir de los 60 años, si se mantienen constantes los niveles de mortalidad y discapacidad por edad vigentes en el año de referencia	Fuente: Encuestas de hogares, registros vitales, estimaciones
b.2 Porcentaje de adultos mayores con algún tipo de discapacidad física o mental severa	Relación entre los adultos mayores que padecen de alguna (s) discapacidad (es) física (a) o mental (es) severa (s) y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares, censos
b.3 Porcentaje de adultos mayores que padecen de discapacidades específicas (problemas de visión, auditivos, de movilidad, etc.)	Relación entre los adultos mayores con discapacidades específicas y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares, censos
b.4 Índice de discapacidad funcional de los adultos mayores	Relación entre los adultos mayores que no pueden realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)* o más de una de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)** y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares. *ABVD: Alimentarse, vestirse, bañarse, etc. **AIVD: Preparar alimentos, limpieza del hogar, compras, etc.
C. Acceso a servicios		
c.1 Porcentaje de adultos mayores que consultaron a un profesional de la salud, en el último mes por problemas de salud o enfermedades crónicas	Relación entre los adultos mayores que realizaron una consulta de salud en el último mes y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares

Áreas e indicadores	Definición del indicador	Observaciones
c.2 Porcentaje de adultos mayores que realizaron consultas de salud en el último mes en el sector público	Relación entre los adultos mayores que realizaron consultas en centros públicos de salud en el último mes y el total de adultos mayores que realizaron consultas de salud, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
c.3 Porcentaje de adultos mayores con enfermedades crónicas específicas que reciben tratamiento regular por la enfermedad	Relación entre los adultos mayores que reciben tratamiento por una enfermedad crónica determinada y el total de adultos mayores que padecen esa enfermedad, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
c.4 Porcentaje de adultos mayores internados en algún establecimiento de salud en los últimos seis meses	Relación entre los adultos mayores internados en establecimientos de salud en los últimos seis meses y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
c.5 Porcentaje de adultos mayores cubiertos por algún seguro de salud	Relación entre los adultos mayores que disponen de algún seguro de salud (como afiliados o beneficiarios) y el total de adultos mayores por cien	Fuente: Encuestas de hogares
c.6 Porcentaje de adultos mayores con necesidades insatisfechas de atención en salud	Relación entre los adultos mayores que necesitaron atención en salud en el último mes pero no la recibieron por el costo, la distancia o la mala calidad de los servicios, y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares

4. Entornos

A. Físicos

a.1 Vivienda y servicios básicos

a.1.1. Porcentaje de adultos mayores que residen en vivienda propia (suya o de otros miembros del hogar)	Relación entre los adultos mayores residentes en viviendas pertenecientes a algún miembro del hogar y el total de adultos mayores, por cien	
a.1.2. Porcentaje de hogares con jefes mayores que residen en vivienda propia	Relación entre los hogares con jefes mayores residentes en viviendas propiedad de algún miembro del hogar y el total de hogares con jefes mayores, por cien	
a.1.3. Porcentaje de adultos mayores residentes en viviendas con materiales de las paredes deficientes	Relación entre los adultos mayores que habitan viviendas con paredes deficientes y el total de adultos mayores, por cien	Los materiales deficientes deberán ser definidos en cada país
a.1.4. Porcentaje de hogares con jefes mayores residentes en viviendas con materiales de las paredes deficientes	Relación entre los hogares con jefes mayores residentes en viviendas con paredes deficientes y el total de hogares con jefes mayores, por cien	Los materiales deficientes deberán ser definidos en cada país
a.1.5. Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares sin servicio de agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda	Relación entre los adultos mayores residentes en hogares sin agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda y el total de adultos mayores, por cien	
a.1.6. Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda	Relación entre los hogares con jefes mayores en hogares sin agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda y el total de hogares con jefes mayores, por cien	
a.1.7. Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares sin servicio de electricidad	Relación entre los adultos mayores residentes en hogares sin servicio de electricidad y el total de adultos mayores, por cien	
a.1.8. Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de electricidad	Relación entre los hogares con jefes mayores sin servicio de electricidad y el total de hogares con jefes mayores, por cien	
a.1.9. Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares sin servicio sanitario (NO TIENE)	Relación entre los adultos mayores residentes en hogares sin servicio sanitario y el total de adultos mayores, por cien	
a.1.10. Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio sanitario	Relación entre los hogares con jefes mayores sin servicio sanitario y el total de hogares con jefes mayores, por cien	

Áreas e indicadores	Definición del indicador	Observaciones
a.1.11. Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares con inodoro	Relación entre los adultos mayores residentes en hogares con inodoro y el total de adultos mayores, por cien	
a.1.12. Porcentaje de hogares con jefes mayores con inodoro	Relación entre los hogares con jefes mayores con inodoro y el total de hogares con jefes mayores, por cien	
a.1.13. Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares con hacinamiento	Relación entre los adultos mayores residentes en hogares con hacinamiento (más de 3 personas por dormitorio) y el total de adultos mayores, por cien	
a.1.14. Porcentaje de hogares con jefes mayores en los que existe hacinamiento	Relación entre los hogares con jefes mayores en que hay hacinamiento (más de 3 personas por dormitorio) y el total de hogares con jefes mayores, por cien	
a.1.15. Porcentaje de adultos mayores residentes en viviendas con condiciones inadecuadas de habitabilidad	Relación entre los adultos mayores residentes en viviendas clasificadas como inadecuadas en sus aspectos estructurales y de servicios y el total de adultos mayores, por cien	Esta clasificación (que puede considerar también materiales del piso y el techo) debe ser hecha a partir de las características en cada país
a.1.16. Porcentaje de hogares con jefes mayores residentes en viviendas con condiciones inadecuadas de habitabilidad	Relación entre los hogares con jefes mayores en viviendas inadecuadas en sus aspectos estructurales y de servicios, y el total de hogares con jefes mayores, por cien	Esta clasificación (que puede considerar también materiales del piso y el techo) debe ser hecha a partir de las características en cada país)
a.2 Infraestructura y transporte		
a.2.1. Porcentaje de adultos mayores que informan acerca de dificultades para movilizarse en su entorno exterior, por obstáculos físicos, de acceso al transporte o seguridad	Relación entre los adultos mayores con dificultades para moverse en su entorno exterior por las causas indicadas, y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
a.2.2. Porcentaje de adultos mayores que realizan alguna actividad física moderada de manera regular	Relación entre los adultos mayores que hacen por lo menos 30 minutos de ejercicios moderado tres o más días a la semana, y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
B. Sociales		
b.1 Participación social		
b.1.1. Porcentaje de adultos mayores que participan en organizaciones de la sociedad civil (organizaciones de adultos mayores, de voluntariado, etc.)	Relación entre los adultos mayores que durante el último año han participado en organizaciones de la sociedad civil y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.2 Redes de apoyo		
b.2.1. Porcentaje de adultos mayores que tienen hijos que los apoyan (los cuidan / ayudan) o los apoyan económicamente)	Relación entre los adultos mayores que reciben cuidados o apoyo económico de los hijos, y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.2.2. Porcentaje de adultos mayores que tienen relaciones continuas con hijos, hermanos u otros parientes	Relación entre los adultos mayores con relaciones continuas con hijos, hermanos, etc., y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.2.3. Porcentaje de adultos mayores que reciben apoyo regularmente (en actividades cotidianas) de organizaciones comunitarias	Relación entre los adultos mayores que reciben apoyo de organizaciones comunitarias en sus actividades cotidianas y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares

Áreas e indicadores	Definición del indicador	Observaciones
b.2.4. Porcentaje de adultos mayores que apoyan regularmente a sus hijos en el cuidado de sus nietos	Relación entre los adultos mayores que ayudan a sus hijos regularmente en el cuidado de los nietos, y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.2.5. Porcentaje de adultos mayores que apoyan económicamente a los hijos de manera regular	Relación entre los adultos mayores que prestan apoyo económico a sus hijos regularmente, y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.2.6 Promedio de hijos sobrevivientes	Relación entre la suma de los hijos sobrevivientes de las mujeres de 60 años y más y el total de estas mujeres	
b.3 Violencia/Maltratos		
b.3.1. Porcentaje de adultos mayores que han sufrido algún tipo de violencia o abuso	Relación entre los adultos mayores que han sido sujeto de cualquier tipo de violencia o abuso, y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.3.2. Porcentaje de adultos mayores que han sufrido violencia o abuso de parte de un familiar	Relación entre los adultos mayores que han sufrido violencia o abuso de un familiar, y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.3.3. Porcentaje de adultos mayores que han sufrido tipos específicos de violencia o abuso	Relación entre los adultos mayores que han sufrido tipos específicos de violencia o abuso (golpes, amenazas, explotación económica, robos, etc.) y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.4 Imagen de la vejez		
b.4.1. Porcentaje de la población de 15 años y más que asocia a la vejez con dependencia y fragilidad	Relación entre la población de 15 años y más que asocia a la vejez con dependencia y fragilidad, y el total de la población de 15 años y más, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.4.2. Porcentaje de adultos mayores que se sienten contentos con la vida	Relación entre los adultos mayores que se sienten contentos con la vida y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares
b.4.3. Porcentaje de adultos mayores que percibe discriminación y maltrato cuando sale a la calle	Relación entre los adultos mayores que perciben discriminación y maltrato cuando salen a la calle y el total de adultos mayores, por cien	Fuente: Encuestas de hogares