ENVEJECIMIENTO EN BOLIVIA:
SITUACIÓN, TENDENCIAS Y DESAFÍOS PARA LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

ENVEJECIMIENTO EN BOLIVIA:
SITUACIÓN, TENDENCIAS Y DESAFÍOS PARA LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

Noviembre 2024

Documento elaborado por el equipo de la Fundación Aru en el marco del Acuerdo de Programa con el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA en 2023. Los autores agradecen la colaboración y comentarios de Santiago Farjat y Carla Camacho de UNFPA. Este informe fue coordinado por Wilson Jimenez y elaborado por Josue Cortez, Diego Peñaranda y Mateo Villalpando de la Unidad de Investigación. Las opiniones que se expresan en el documento son de responsabilidad exclusiva de los autores y no afectan a las entidades que apoyaron la investigación.

Título de la publicación:

Envejecimiento en Bolivia: Situación, tendencias y desafíos para la protección y cuidado de personas mayores.

Elaborado por:

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

Fundación Aru

Equipo investigador:

Josue Cortez

Diego Peñaranda

Mateo Villalpando

Coordinador/a de la investigación:

Wilson Jimenez

Diseño y diagramación:

Eymi Gutierrez

Primera edición:

Depósito Legal:

ISBN:

© Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA

UNFPA Bolivia

Calle 11 de Calacoto Nº 503 esq. Av. Ballivian

Edificio Torre Calacoto, Piso 6

Teléfono +591 2 212 1693/277/0214

La Paz, Bolivia

©Fundación Aru

Av. Julio Patiño entre calles 19 y 20 de Calacoto

Edificio Lopez Azero, Piso 4, Oficina 402

Teléfono +5912 2779067

La Paz, Bolivia

Se permite la reproducción total o parcial de este material (gráficos, tablas, ilustraciones, fotografías y texto) siempre que no sea alterada y se asignen los créditos correspondientes de propiedad al Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y a Fundación Aru.

Esta publicación es de distribución gratuita.

Prohibida su venta.

La Paz, Bolivia

2024

CONTENIDO

1. Antecedentes 1
2. Análisis demográfico y transición demográfica en Bolivia 3
3. Características sociodemográficas de las personas mayores 11
3.1 Distribución y estructura de la población mayor 11
3.2 Tipos de hogar 16
3.3 Condición de actividad 18
3.4 Salud y calidad de vida en el envejecimiento 20
3. 4. 1 Estilos de vida, discapacidad y enfermedades crónicas 21
3. 4. 2 Prevalencia de enfermedades crónicas 28
3. 4. 3 Análisis de las causas principales de muerte 31
3.4. 4 Atención de salud de las personas mayores 36
3. 4. 5 Violencia contra las personas mayores 30
3. 4. 6 Pandemia del COVID-19 34
4. Condiciones económicas de las personas mayores 40
4.1 Ingresos y gastos de hogares con personas mayores 40
4.2 Pobreza monetaria de las personas mayores 46
4.3 Gasto en salud de los hogares 51
5. Protección de personas mayores y el sistema integral de pensiones 53
5.1 Marco de protección de las personas mayores 53
5.2 Sistema Integral de Pensiones 55
5.2.1 Ley de Pensiones 55
5.2.2 Renta dignidad 57
5.2.3 Gestora pública de la seguridad social de largo plazo 59
5.2.4 Evaluación del sistema integral de pensiones (SIP) 60
6. Reflexiones finales 61
Referencias 63
Anexo 1: Escalas de equivalencia 67
Anexo 2: Análisis de sensibilidad de las escalas de equivalencia 67
Anexo 3: Normativa de protección de personas mayores en países seleccionados 69
Anexo 4: Estadísticas de violencia y maltrato hacia personas mayores 70

Índice de figuras

Figura 1: Tasa bruta de mortalidad (Tasa por 1.000 habitantes) 4

Figura 2: Tasa bruta de natalidad (nacimientos por 1.000 habitantes) 5

Figura 3: Tasa de fecundidad (hijos por mujer) 6

Figura 4: Esperanza de vida al nacer 6

Figura 5: Esperanza de vida al nacer según sexo en Bolivia 7

Figura 6: Tasa de crecimiento demográfico (por mil habitantes) 8

Figura 7: Población de 60 y más años de edad 8

Figura 8: Etapas de envejecimiento por año 10

Figura 9: Bolivia: Composición de la población de 60 y más años según subgrupo de edad 11

Figura 10: Bolivia: Composición de población de 60 y más años según grupos de edad y sexo 12

Figura 11: Bolivia: Relación de dependencia demográfica de personas mayores de 60 años (en porcentaje de la población en edad de trabajar) 13

Figura 12: Bolivia: Distribución espacial de la población adulta mayor por departamento 2022 13

Figura 13: Bolivia: Distribución espacial de la población adulta mayor por departamento y área 2021 14

Figura 14: Bolivia: Índice de masculinidad 15

Figura 15: Bolivia: Porcentaje de hogares por número de Personas Mayores – 2021 16

Figura 16: Personas mayores y personas con las que vive - 2021 17

Figura 17: Bolivia: Parentesco con jefe de hogar según sexo - 2021 18

Figura 18: Bolivia: Porcentaje de población ocupada por grupos de edad y sexo - 2021 19

Figura 19: Bolivia: Adultos mayores empleados por categoría ocupacional y año de la actividad primaria 20

Figura 20: Bolivia: Personas que realizan alguna actividad física durante al menos 30 minutos en su vida cotidiana, según sexo y rango de edad - 2021 (en porcentaje) 22

Figura 21: Bolivia: de personas que practican algún deporte o actividad física durante al menos 30 minutos consecutivos en su tiempo libre (2021) 23

Figura 22: Bolivia: Porcentaje de personas que fumaron cigarrillos durante los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad (2021) 24

Figura 23: Bolivia: personas que consumieron alcohol durante los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad (2021) 25

Figura 24: Bolivia: Prevalencia de obesidad en la población boliviana según edad, 2016 26

Figura 25: Bolivia: Tasas de prevalencia de dificultad leve motora y psicológica, según grupo de edad y sexo, 2021 27

Figura 26: Bolivia: Tasas de prevalencia de discapacidad grave según grupo de edad y sexo 27

Figura 27: Bolivia: Tasas de prevalencia de enfermedades crónicas en la población total – 2019 (en porcentaje) 28

Figura 28: Bolivia: Enfermedades crónicas por grupo de edad – 2019 (en porcentaje) 29

Figura 29: Bolivia: Prevalencia de enfermedades crónicas entre personas de 60 y más años (en porcentaje) 29

Figura 30: Bolivia: Causas más comunes de muerte entre mayores de 60 años, 2000 y 2019 31

Figura 31: Muertes por 100.000 habitantes, según grupo etario y enfermedad (2019) 34

Figura 32: Porcentaje de personas de 60 y más años por tipo de acceso a servicios de salud 37

Figura 33: Atención de salud de la población de 60 y más años por establecimiento, según diagnóstico de enfermedad crónica (en miles de personas) 39
Figura 34: Bolivia: Muertes por COVID-19 según grupo etario (2020) 35
Figura 35: Bolivia: Muertes por COVID-19 por 100,000 habitantes, según departamento y grupo de edad en 2020 36
Figura 36: Bolivia: Ingresos personales en logaritmo, 2021 42
Figura 37: Composición del gasto por tipo de hogar 44
Figura 38: Bolivia: Gasto en sauld anual - 2021 45
Figura 39: Bolivia: Ingresos y gastos corrientes a lo largo de la vida – 2021 46
Figura 40: Bolivia: Incidencia de pobreza con distintos ajustes para personas mayores 49
Figura 41: Bolivia: Incidencia de pobreza con distintos ajustes para personas mayores 50
Figura 42: Bolivia: Gasto en salud de hogares con y sin personas mayores – 2016 (en porcentaje del gasto total) 52
Figura 43: Bolivia: Composición del gasto en salud de hogares con y sin personas mayores – 2016 (en porcentaje del gasto en salud) 53
Figura 44: Bolivia: Gastos en medicamentos seleccionados en hogares con y sin personas mayores- 2016 (en porcentaje del gasto en salud) 54
Figura 45: Registro de jubilados en el sistema integral de pensiones 58
Figura 46: Monto promedio mensual de pensiones de vejez y de la pensión solidaria de vejez según grupos de edad (en Bs) 59
Figura 47: Número de beneficiarios y monto total de la renta dignidad 60
Figura 48: Cobertura de la Renta Dignidad en la población de 60 y más años según quintiles de ingreso del hogar per cápita (en porcentaje de la población) 61
Figura 49: Pagos por pensión mínima y pensión solidaria de vejez por rangos de pensión acumulada (en porcentaje) 62

Índice de tablas

Tabla 1: Etapas de envejecimiento 9
Tabla 2: Etapas de envejecimiento 10
Tabla 3: Perfil sociodemográfico de personas mayores de 60 años en Bolivia 15
Tabla 4: Composición del hogar por edad en número de miembros 17
Tabla 5: Mujeres mayores de 60 años que declararon violencia en el hogar 30
Tabla 6: Composición del ingreso de personas mayores (en % del ingreso total) 40
Tabla 7: Ingresos promedio por tipo de hogar (en Bs. de 2021) 41
Tabla 8: Gasto corriente y per cápita por tipo de hogar (en Bs. 2021) 43
Tabla 9: Incidencia y brecha de pobreza por ingresos por persona mayor (PM) y persona no-mayor 47
Tabla 10: Comparación de gasto mensual real per cápita y gasto mensual por adulto equivalente (AE) en bolivianos de 2021 48

Índice de recuadros

Recuadro 1: Compromisos internacionales relacionados con el envejecimiento de la población 1
Recuadro 2: Reforma del sistema de pensiones de Bolivia 57

1. Antecedentes

Una de las tendencias demográficas más importantes en el siglo XXI es el envejecimiento de la población de los países en desarrollo: según la CEPAL, América Latina y el Caribe presentan mayor rapidez en la transición demográfica y están transformando aceleradamente la estructura de su población con creciente presencia de personas mayores al punto que, en las próximas tres décadas, la población de 60 y más años podría superar los 200 millones de personas, cercana a la que presenta actualmente Europa en su conjunto (CEPAL, 2022).

En este marco, Bolivia se halla entre los países de la región con cierto retraso relativo en el proceso de envejecimiento. De hecho, recién a partir de la siguiente década se prevé que las tasas de dependencia se eleven sustancialmente y se espera una convergencia más rápida con el proceso regional; por ello el país requiere prepararse para este cambio fundamental.

Durante la presente década, se reafirma la necesidad de conocer en mayor detalle la velocidad y características del envejecimiento en Bolivia, las consecuencias sobre el bienestar de la población y la situación de los derechos de las personas mayores, principalmente, en cuanto a los ingresos que perciben, el acceso a servicios de salud y la consiguiente carga hacia el sistema de salud pública, el sistema previsional y la seguridad social de largo plazo, entre otros.

Respecto al marco normativo internacional, el enfoque de atención de las personas mayores sufrió un cambio importante al introducirse el concepto de envejecimiento activo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la 52ava Asamblea Mundial de la Salud, definió al envejecimiento activo como ***"...el proceso de optimización de las oportunidades en relación con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece."*** Desde principios del presente siglo, la comunidad internacional avanzó en el reconocimiento de las libertades y derechos durante el envejecimiento, la promoción de oportunidades e inclusión social, la participación y la protección de las personas mayores, proporcionando un marco común, comprensión de las tendencias y medidas para enfrentar los problemas y desafíos asociados al envejecimiento de la población.

En el marco de los compromisos internacionales suscritos por el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional es la instancia encargada de elaborar el informe nacional sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores, en colaboración con ministerios sectoriales, entidades del nivel central, entidades territoriales autónomas y otras descentralizadas, así como organizaciones de la sociedad civil. Dicho informe, el último presentado en 2017 como parte de los compromisos con el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento (Madrid 2002), la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (Santiago 2003) y otras instancias (ver Recuadro 1), planteó los desafíos intersectoriales, una agenda pública para promover la inclusión, integración y participación en la sociedad y el derecho a una vejez digna.

Recuadro 1: Compromisos internacionales relacionados con el envejecimiento de la población

Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento – Madrid, 2002. Declaración para el reconocimiento de las libertades y derechos, promoción de oportunidades e inclusión social, participación y protección de las personas mayores (Naciones Unidas, 2002).

Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento - Santiago de Chile, 2003. Aprobó la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción

Internacional de Madrid; los países de la Región se comprometieron a definir metas específicas para dar seguimiento a los avances (CEPAL, 2003). Resolución 616 (XXXI) de 2006, se evaluaron los avances de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Declaración de Brasilia (2007) compromete a los países de la Región a redoblar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, trabajar en la erradicación de la discriminación y la violencia y crear redes de protección para hacer efectivos sus derechos.

Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, 2012 - San José de Costa Rica. Se aprobó la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores, orientada a reforzar las acciones de protección de los derechos humanos de las personas mayores y mejorar los sistemas de protección social para que respondan a sus necesidades.

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013. El capítulo C de este Consenso está dedicado al envejecimiento, la protección social y sus desafíos socioeconómicos. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en el marco del 45º periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA), 2015.

Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 2015. Esta agenda promueve los derechos humanos en general, aunque hace referencia a las personas mayores, destaca la necesidad de establecer metas específicas para este grupo de edad y tiene referencias sobre las personas mayores entre aquellas que podrían quedar atrás.

Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), aprobada durante la Asamblea Mundial de la Salud y proclamada por la Asamblea General de la ONU en diciembre del 2020. Esta es la principal estrategia para lograr y apoyar acciones dirigidas a construir una sociedad para todas las edades.

IV Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores – Asunción 2017. Se aprobó la Declaración de Asunción Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos que promueve la inclusión y la participación activa de las personas mayores y exhorta a los gobiernos a incorporar el tema del envejecimiento de manera transversal en las políticas públicas, reconociendo las desigualdades de género e incorporando a su diseño los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el avance sustantivo en materia de políticas y programas dirigidos a los cuidados.

Resolución 743 (XXXVIII) aprobada en el trigésimo octavo período de sesiones de la CEPAL – 2020 y la resolución 4(IV) de la Cuarta Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, 2022.

V Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe - Santiago 2022. En esta instancia los países de la Región reafirmaron el compromiso con la promoción, protección y respeto a los derechos humanos de las personas mayores.

Fuente: Elaborado con base en informes internacionales

En este contexto, el presente informe tiene el propósito de analizar las tendencias del envejecimiento en Bolivia, el acceso a servicios sociales y la situación económica de las personas mayores, a partir de la sistematización de información que ofrecen las fuentes de estadística oficial, principalmente los censos de población y de vivienda, las encuestas de hogares, de salud, de empleo y de violencia que aplicó el Instituto Nacional de Estadística (INE), así como los registros del sistema nacional. Este análisis se complementó con la valoración de

El documento inicia con los principales aspectos que caracterizan la transición demográfica y el envejecimiento en Bolivia en contraste con la situación en la región. La sección 3 describe la situación sociodemográfica de las personas mayores, incluyendo la distribución y estructura, tipos de hogar, condición de actividad, salud y calidad de vida. La sección 4 analiza las características

socioeconómicas de las personas mayores, los ingresos y gastos en los que incurren sus hogares, así como la situación de pobreza. La sección 5 incluye una valoración de los principales programas y políticas relacionadas con la atención y la garantía de derechos de las personas mayores y, finalmente, la sección 6 presenta algunas reflexiones a la luz de la evidencia presentada.

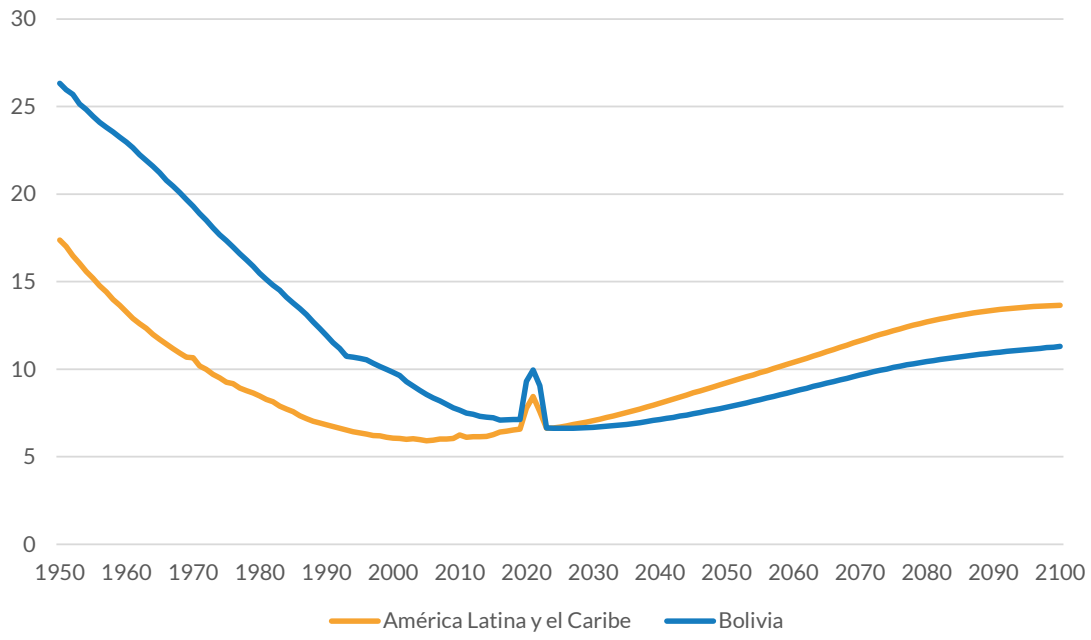
Nota Aclaratoria: Este análisis se basó en los datos disponibles hasta octubre de 2024, pero es importante destacar que las proyecciones demográficas presentadas en la sección 2 podrían cambiar en función de la publicación final de los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2024 y de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) de 2023. En la conferencia de prensa del 29 de agosto de 2024, el director del Instituto Nacional de Estadística (INE), Humberto Arandia, presentó datos preliminares de estas dos fuentes de información que sugieren que el proceso de envejecimiento poblacional en Bolivia podría haberse adelantado.

2. Análisis demográfico y transición demográfica en Bolivia

El conjunto de países de América Latina y el Caribe está atravesando por una transición demográfica, caracterizada por niveles más bajos de mortalidad, una mayor esperanza de vida y una reducción sostenida de la fecundidad que repercuten sobre el proceso de envejecimiento poblacional (CEPAL, 2022). Por esta razón, la recomposición demográfica es cuatro veces más rápida de la que atravesó Europa: la región latinoamericana alcanzó niveles similares de proporción de personas mayores en la población en cinco décadas, siendo que al viejo mundo le tomó dos siglos aproximadamente llegar a niveles similares (Villa y Gonzáles, 2004). Al ser el proceso de envejecimiento en la región relativamente rápido, es pertinente analizar las razones de esta tendencia.

Tanto en Bolivia como en la región, se lograron avances notorios para reducir la tasa de mortalidad prevenible. En 1950, Bolivia presentaba 26 defunciones por cada mil habitantes (siendo 17,4 el promedio regional); mientras que, en 2019, justo antes de la pandemia ocasionada por el COVID-19, la tasa general de mortalidad disminuyó en 18,9 puntos por cada mil habitantes, alcanzando 7,1 muertes por cada mil habitantes (6,6 en la región). Esta dinámica se consolida como un hito en la historia demográfica del país. Sin embargo, posterior a la pandemia, las proyecciones de la CEPAL vaticinan un nuevo ascenso de la tasa de mortalidad, probablemente vinculadas a la recomposición de la población (mayor número de personas mayores y una sociedad envejecida), la transición epidemiológica que implica dicha recomposición y debido a que las proyecciones recogen parte de la tendencia atípica de la mortalidad durante la pandemia de la Covid-19.

Figura 1: Tasa bruta de mortalidad (Tasa por 1.000 habitantes)

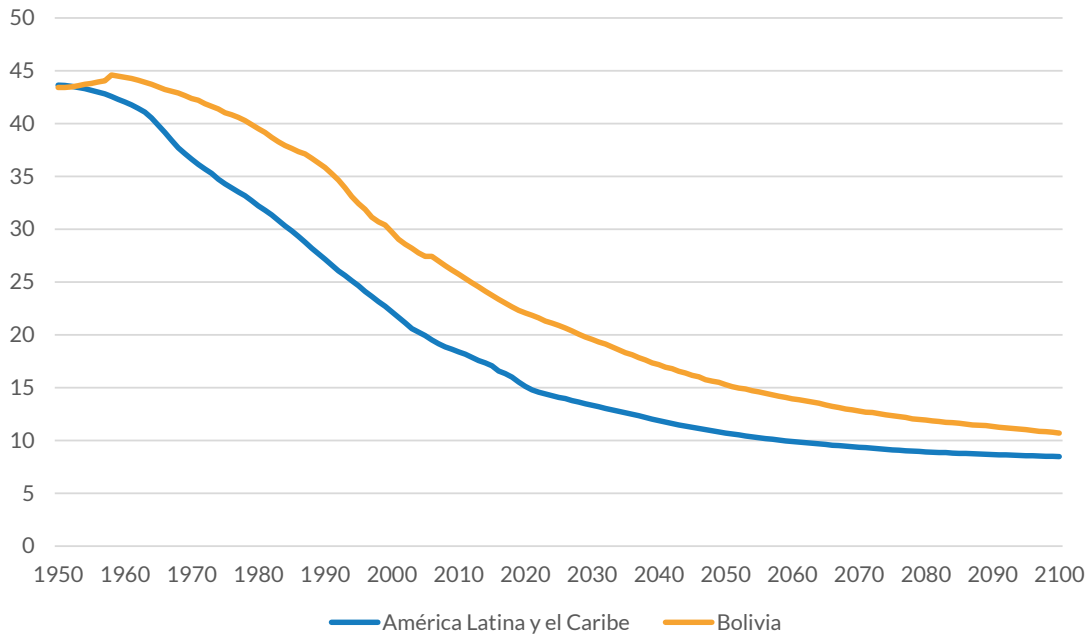


Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

De igual forma, se evidenció una marcada reducción de la tasa de natalidad en la región, definida como la relación entre los nacimientos registrados y la población proyectada a una fecha dada[2]. Si para mediados del siglo pasado Bolivia tenía 43,4 nacimientos por cada mil habitantes (similar al promedio regional el cual alcanzó 43,6), la proyección de la CEPAL muestra que para 2023 esta tasa se habría reducido a prácticamente la mitad, totalizando 21,3 nacimientos por cada mil habitantes en Bolivia y 14,2 en el promedio regional (29,4 nacimientos menos por cada mil habitantes en relación al punto de referencia inicial). Para el año 2100, se estima que se seguirá con esta tendencia, mostrando que Bolivia tendría 10,7 nacimientos por cada mil habitantes y 8,5 nacimientos por cada mil habitantes en el promedio regional.

[2] Las definiciones técnicas de los indicadores de este capítulo provienen de las fichas técnicas de CEPAL (2023) que, a su vez, se basan en CELADE (2022).

Figura 2: Tasa bruta de natalidad (nacimientos por 1.000 habitantes)



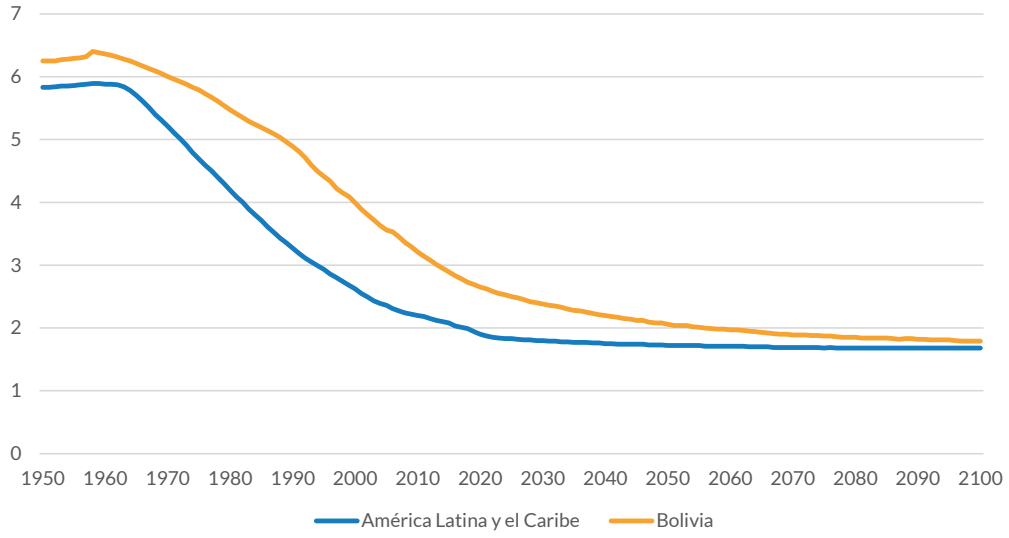
Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

Congruentemente, la tasa global de fecundidad[3] muestra la misma tendencia que la tasa bruta de natalidad. En 1950, se estimó una tasa de fecundidad de aproximadamente seis hijos por mujer en Bolivia, similar al promedio regional; mientras que para 2022 esta tasa se redujo a menos de la mitad y finalizará el siglo XXI con sólo dos hijos por mujer[4] . En relación con el promedio regional, el comportamiento es similar considerando que las mujeres bolivianas en edad fértil tienen más hijos a lo largo de la vida reproductiva que el promedio regional.

[3] Muestra el número promedio de hijos que una mujer hubiera tenido al final de sus años reproductivos si la misma se hubiera ajustado a las tasas de fecundidad por edad específica durante cada año de su vida reproductiva y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta la finalización del período fértil (CEPAL, 2023).

[4] Durante la presentación de los datos preliminares del Censo de Población y Vivienda de 2024 el pasado 29 de agosto, el director del INE, Humberto Arandia, afirmó que los datos de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2023 (no disponible a la fecha de redacción de este documento) muestran que para ese año la tasa de fecundidad fue de 2,1 hijos por mujer; mientras que según la EDSA-2016 fue de 2,9 hijos por mujer. Esto mostraría una reducción de la tasa de fecundidad del 27,6% entre 2016 y 2023, lo cual afectará las proyecciones cuando esté disponible esta información, mostrando una tendencia de envejecimiento y decrecimiento poblacional aún más acelerada de la actualmente prevista. Adicionalmente, la tasa de crecimiento poblacional intercensal anual entre 2012 y 2024 fue de 1,04 cuando, según las proyecciones del INE, se esperaba un 1,33.

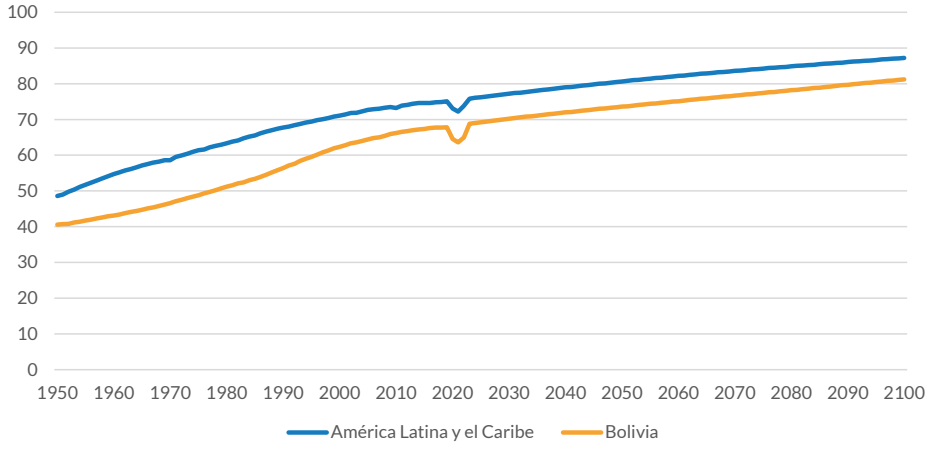
Figura 3: Tasa de fecundidad (hijos por mujer)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

A esta dinámica se suma que la esperanza de vida en Bolivia se incrementó en más de 27 años entre 1950 y 2019 (antes de la pandemia); pasando de 40,6 años a 67,8 años (durante la pandemia se evidencia un pequeño valle en la serie temporal resultante de las defunciones acaecidas) y se espera que para finales de este siglo la población supere los 80 años. No obstante, este notable incremento de la esperanza de vida en Bolivia es menor que la observada a nivel regional. De hecho, Bolivia es uno de los tres países con menor esperanza de vida; sólo Haití está en peor posición y Guyana presenta una tendencia muy similar a la boliviana.

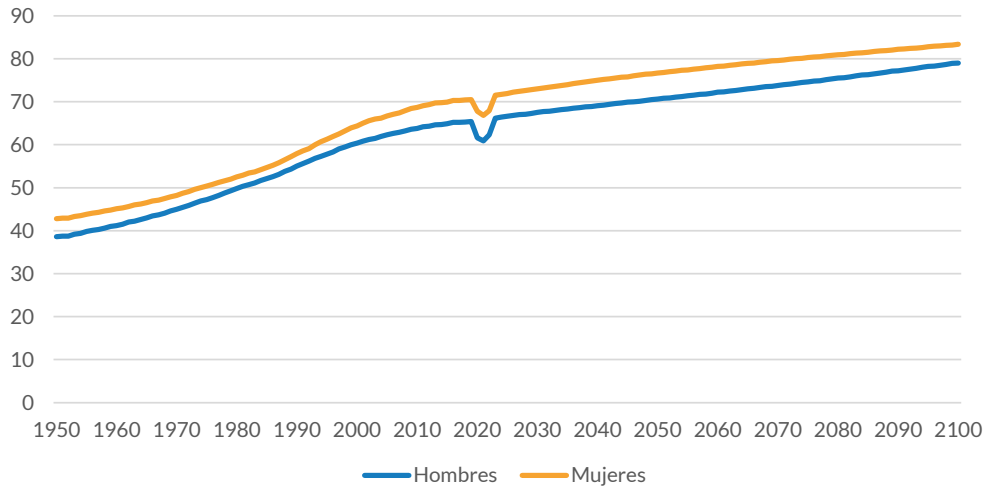
Figura 4: Esperanza de vida al nacer en años



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

Si se desagrega la esperanza de vida en Bolivia por sexo, se encuentra que entre 1950 y 2019, en promedio, las mujeres viven casi cuatro años más que los hombres[5] . La brecha de esperanza de vida entre hombres y mujeres, en su punto más bajo, fue de dos años y medio en 1984 a favor de las mujeres. Con miras a fin de siglo, se espera que la brecha en la esperanza de vida se incremente, manteniendo, en promedio, una diferencia de 5,6 años entre 2020 y 2100 a favor de las mujeres.

Figura 5: Esperanza de vida al nacer según sexo en Bolivia

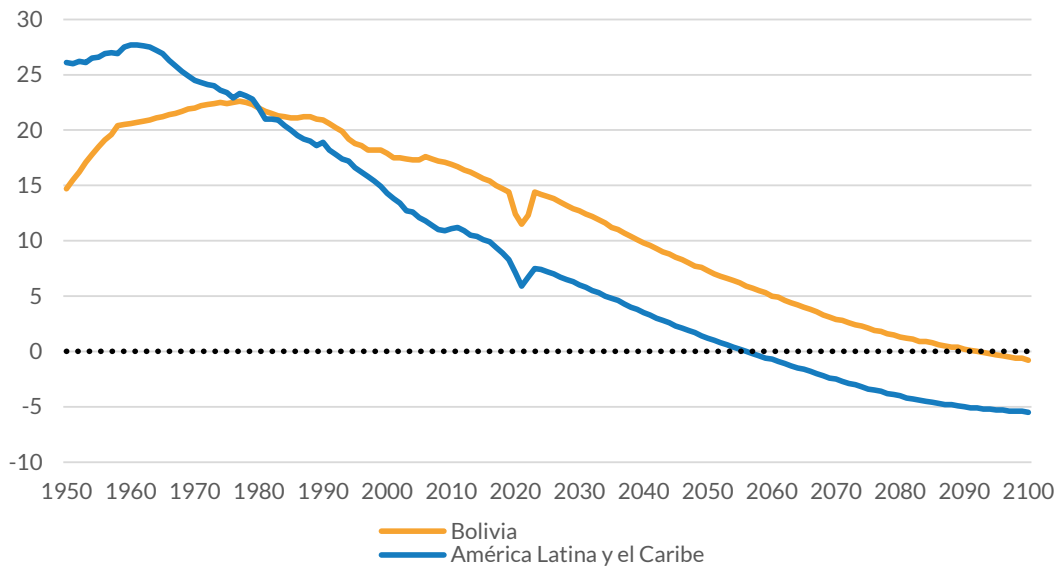


Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

De igual forma, la combinación de las tendencias de la esperanza de vida, natalidad y mortalidad, insertadas en un contexto más amplio y complejo que trasciende lo evidenciable de manera simple, como los cambios en la cultura y decisiones sobre el número de hijos que las personas desea tener; decantan en menores tasas de crecimiento de la población. De hecho, de continuar las actuales tendencias demográficas, para el año 2056, la CEPAL pronostica que la tasa de crecimiento poblacional pasará de ser positiva a negativa en el agregado de la región. En contraste, en Bolivia esto no sucedería hasta 2092, empero, la declinación del crecimiento poblacional es cada vez más pronunciada.

[5] Esta brecha en la esperanza de vida por sexo es un fenómeno que se observa en varios países en el mundo y también se evidencia en el promedio regional. Las causas están ligadas a la biología (por ejemplo, mayor nivel de estrógeno en mujeres está asociado a una mayor capacidad para combatir el colesterol en sangre y así prevenir y combatir enfermedades cardiovasculares) y aspectos sociales y de comportamiento, como el consumo de tabaco, que es más prevalente en hombres, o la predisposición a tomar riesgos (Population Reference Bureau, 2001).

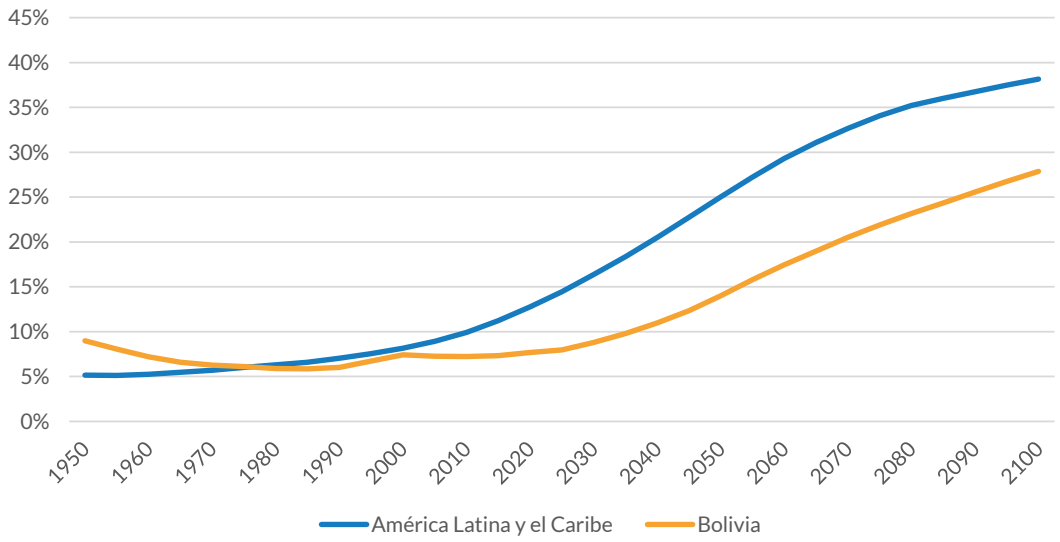
Figura 6: Tasa de crecimiento demográfico (por mil habitantes)

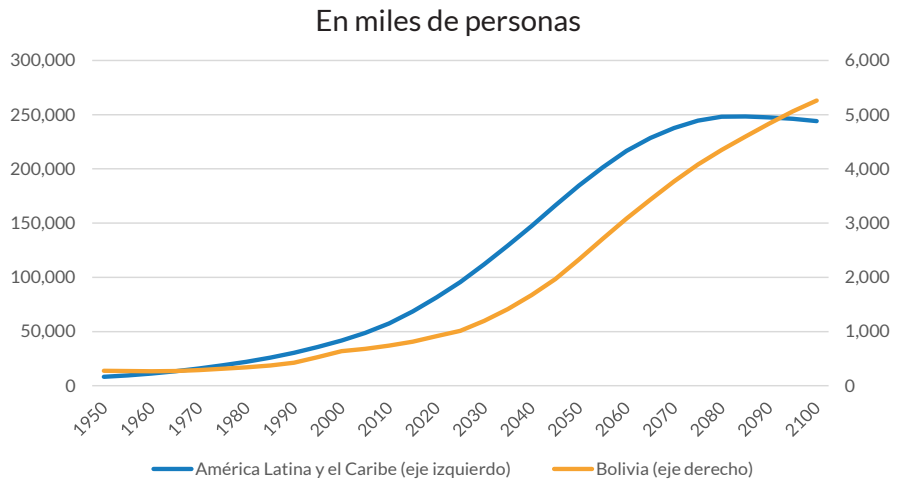


Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

Ahora bien, es importante analizar las implicancias de esta dinámica sobre las personas mayores, la caracterización de la sociedad boliviana y también la regional en materia de envejecimiento. La población mayor a 60 años en Bolivia representó aproximadamente el 9% de la población total en 1950 (5,15% en la región) y se estima que para 2050 casi triplicará su participación en la composición etaria de la población, alcanzando el 14% (25% en la región) y a fines de siglo a 27,9% (38,2% para América Latina).

Figura 7: Población de 60 y más años de edad
en porcentaje de la población





Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

Esto resalta la importancia de considerar que tanto Bolivia como la región latinoamericana tendrán cada vez un mayor número de personas mayores. Sin embargo, cabe preguntarse ¿cuáles son las características que debería cumplir una sociedad para ser caracterizada como envejecida? A continuación, se presentan dos definiciones para describir este proceso demográfico.

La primera definición, propuesta por CEPAL (2022), para caracterizar el proceso de envejecimiento de un país es la siguiente: Una sociedad es joven si la mayoría de su población es menor a los 20 años. Si la mayoría de la población tiene entre 20 y 39 años, se considera que la sociedad es adulta-joven; mientras que si la mayoría de la población tiene entre 40 y 59 años se define a la población como adulta; finalmente, si la mayoría de la población tiene 60 años o más, se caracteriza a esa sociedad como envejecida.

Entre 1950 y 2057, la población boliviana fue, es y será mayoritariamente joven; mientras que entre 2058 y 2084 será joven-adulta. Por los siguientes seis años será adulta (2085-2090) y, finalmente, desde 2091 será una sociedad envejecida. Nótese que, en el agregado de la región, este proceso sería: sociedad adulta joven hasta 2020, posteriormente, sociedad adulta hasta 2042 y, finalmente, la transición hacia una sociedad envejecida se observaría a partir de 2054.

Tabla 1: Etapas de envejecimiento

Etapa	Bolivia	América Latina y el Caribe
Sociedad joven	1950 - 2057	1950 – 2020
Sociedad joven-adulta	2058 – 2084	2021 – 2042
Sociedad adulta	2085 – 2090	2043 – 2053
Envejecida	2091 - …	2054 - …

Fuente: Elaboración propia con datos de World Population Prospects

Se destaca que, dado que se espera que Bolivia tenga una tasa de crecimiento poblacional negativa desde 2092, no es casual que la población esté catalogada como envejecida para 2091. Si bien el proceso de envejecimiento de Bolivia está en curso, la velocidad relativa al promedio regional es algo más lenta: Bolivia está envejeciendo, pero no tan rápido como en otros países de la región.

En el promedio regional, se encuentra que países como Chile y Uruguay están en un proceso de envejecimiento mucho más avanzado que en Bolivia[6].

La segunda definición para caracterizar las etapas de envejecimiento de la población se observa a partir de la tasa global de fecundidad y el porcentaje de personas mayores (personas con 60 años o más en relación con el total de la población). Esto, según la metodología propuesta por la CEPAL (2022), genera cinco momentos posibles:

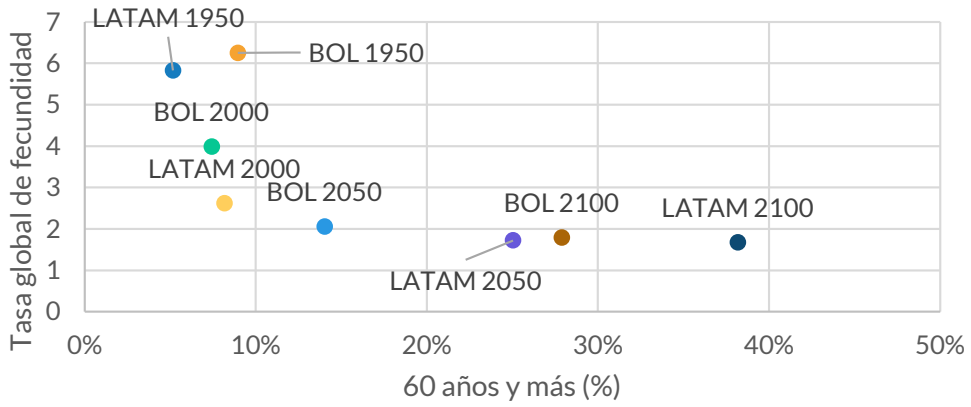
Tabla 2: Etapas de envejecimiento

Etapa de envejecimiento	Tasa global de Fecundidad	% Población mayor de 60 años
Incipiente	≥2,5	<10%
Moderado	<2,5	<10%
Moderadamente avanzada	<2,5	10%-14%
Avanzada	<2,5	14%-21%
Muy avanzada	<2,5	>21%

Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL

Para el caso boliviano, a mediados del siglo XX e inicios del siglo XXI, el proceso de envejecimiento era incipiente, al igual que el promedio latinoamericano. Sin embargo, las proyecciones para 2050 muestran que Bolivia transitará a una etapa de envejecimiento entre moderadamente avanzada o incluso avanzada (el porcentaje de personas mayores pasaría de 7,4% a 14% en estas cinco décadas) y la región estaría en una etapa muy avanzada de envejecimiento, con una tasa global de fecundidad igual a 1,7 hijos por mujer y un cuarto de la población con una edad superior a los 60 años.

Figura 8: Etapas de envejecimiento por año



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

[6] Se recuerda al lector que es probable que se adviertan cambios una vez se ajusten las proyecciones con los datos de la ronda censal de 2020, especialmente en Bolivia a partir del censo de población y vivienda 2024.

Para fines de siglo, tanto Bolivia como el resto de la región estarán en una etapa de envejecimiento muy avanzada, con la salvedad de que Bolivia tendrá el 27,9% de su población con al menos 60 años, mientras que el promedio latinoamericano tendrá un 38,2%.

En síntesis, el agregado regional está en un proceso de envejecimiento veloz, caracterizado por menores tasas de fecundidad y mortalidad (aunque esta última tasa mencionada tendrá una tendencia creciente desde 2030) y mayor esperanza de vida. En este marco, Bolivia también está experimentando una transición demográfica hacia una sociedad compuesta por cada vez más personas mayores; aunque a un ritmo relativamente más lento que la región. Esto puede ser algo positivo si se aprovecha, puesto que brinda una ventana temporal para que el país pueda fortalecer sus sistemas de cuidados y garantizar los derechos de los que gozan las personas mayores.

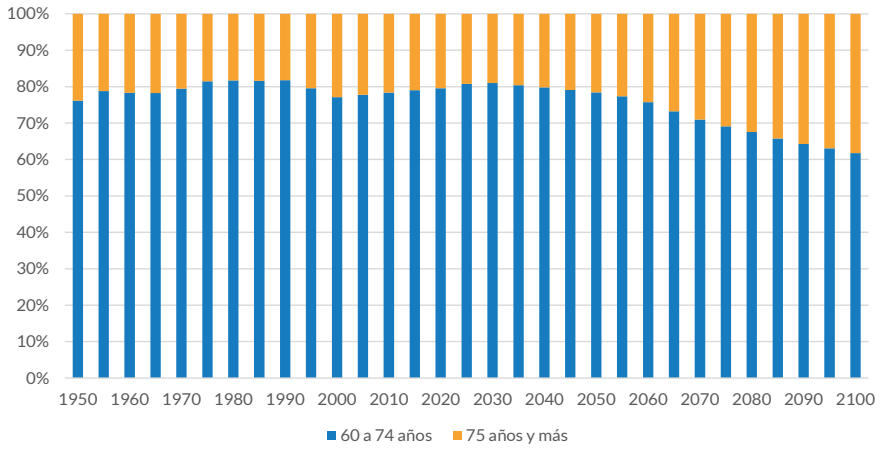
3. Características sociodemográficas de las personas mayores

3.1 Distribución y estructura de la población mayor

Esta sección presenta evidencia para entender la estructura proyectada de la población adulta mayor en Bolivia, para luego analizar sus características y distribución espacial. Se enfatiza que, conforme avanza la edad de una persona, se generan nuevas necesidades y/o se intensifican las necesidades preexistentes. Ejemplos de ello son el aumento de las necesidades de cuidados, menor autonomía económica y actividades físicas de las personas mayores de 60 años (CEPAL, 2022).

Por ello, es útil subdividir a las personas mayores en dos grupos: aquellas personas que tienen entre 60 y 74 años y aquellas que tienen 75 años o más. Esta clasificación permite visualizar cómo se configurará la población mayor en el futuro y, al mismo tiempo, identificar de forma anticipada las necesidades crecientes de los sistemas de cuidados, particularmente en el grupo más vulnerable, compuesto por las personas mayores de 75 años. Como se muestra en la siguiente figura, la proporción de personas mayores de 75 años estará en constante aumento con el paso del tiempo.

Figura 9 - Bolivia: Composición de la población de 60 y más años según subgrupo de edad



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

Entre 1950 y 2020, en promedio, el 26,2% de las personas mayores tenía 75 años o más. Sin embargo, para 2060, este grupo representará el 30% de la población y alcanzará el 50% para 2085. Estos datos reflejan nuevamente el proceso acelerado de envejecimiento que experimentará el país y los desafíos que esto plantea para asegurar el bienestar de las personas mayores.

Si se analizan estos subgrupos por sexo, se encuentra que en 2020 había 29 mujeres mayores de 75 años por cada 100 mujeres entre 60 y 74 años, comparado con 22 hombres mayores de 75 años por cada 100 hombres en el mismo rango. Para finales de siglo, se espera que esta relación aumente a 70 mujeres mayores de 75 años por cada 100 mujeres de entre 60 y 74, y a 50 hombres mayores de 75 años por cada 100 hombres en el mismo rango etario. Este fenómeno está estrechamente relacionado con las diferencias en la esperanza de vida por sexo discutidas anteriormente y permite ajustar los sistemas de cuidados a esta proyección.

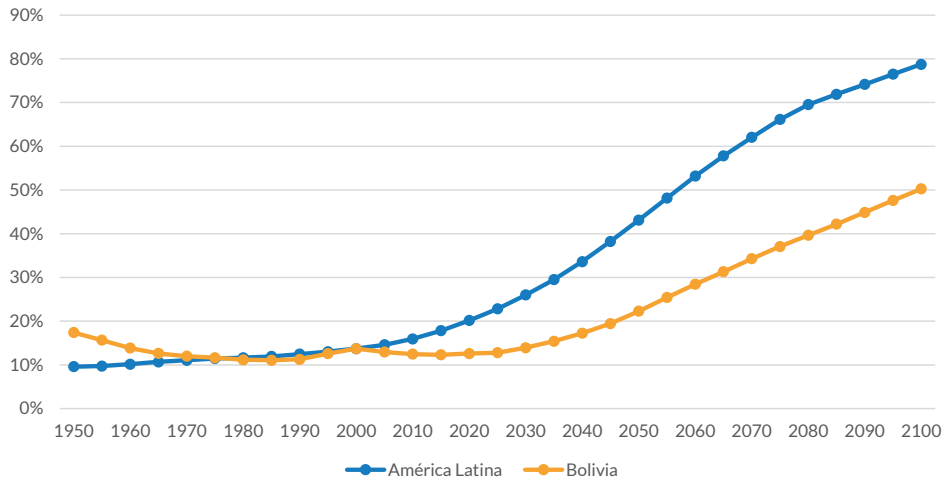
Figura 10 - Bolivia: Composición de población de 60 y más años según grupos de edad y sexo

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

Otro indicador relevante, definido como una relación de dependencia[7], es aquel que muestra la composición demográfica de personas mayores con relación a personas más jóvenes y potencialmente económicamente activas. Si bien Bolivia tendrá un crecimiento acelerado de este ratio desde 2025, la región ya experimentó esta tendencia desde 2010 y a un ritmo mucho más vertiginoso, superando el 50% para 2055; mientras que Bolivia apenas alcanzaría el 50% aproximadamente en 2100. Esto implica que puede haber una mayor carga económica en los sistemas de cuidados y pensiones públicos y menor capacidad de financiar estos sistemas por la población joven, que cada año tendrá una menor participación en la estructura demográfica del país y de la región.

[7] Este ratio se compone por personas mayores de 60 años definidas como potencialmente inactivas, con relación a la población en edad de trabajar (15 a 59 años) que conforman el grupo potencialmente activo (CEPAL, 2023). CEPAL propone utilizar 65 años como punto de referencia; sin embargo, para mantener una misma edad como punto de referencia a lo largo de este documento, se han utilizado 60 años como referencia.

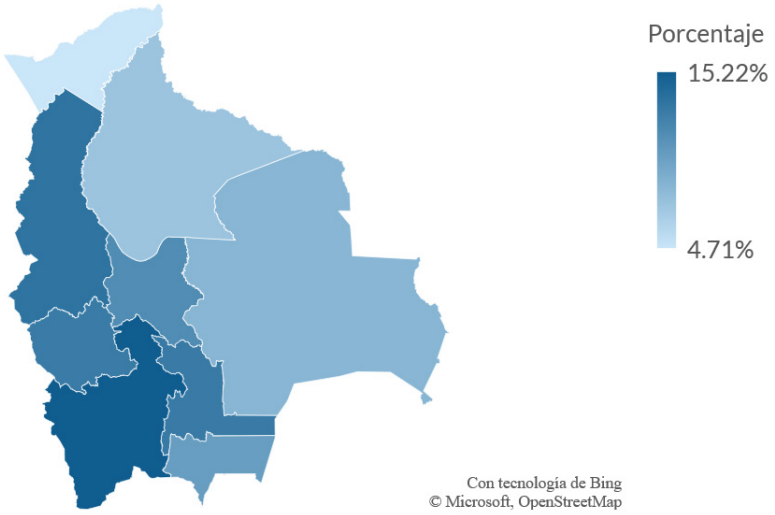
Figura 11 - Bolivia: Relación de dependencia demográfica de personas mayores de 60 años (en porcentaje de la población en edad de trabajar)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

Ahora bien, la distribución espacial de las personas mayores en Bolivia no es homogénea, sino que se evidencia una concentración en la región occidental del país, con una presencia marcada en los departamentos de La Paz, Oruro, Potosí y también en la región de los valles con Chuquisaca, seguidos por Cochabamba y Tarija. El departamento con mayor actividad económica del país, Santa Cruz, tiene el 8,4% de su población con una edad igual o superior a los 60 años. El departamento con menor cantidad de población adulta mayor es Pando, con tan sólo el 4,7% de su población con 60 años o más.

Figura 12 - Bolivia: Distribución espacial de la población adulta mayor por departamento – 2021

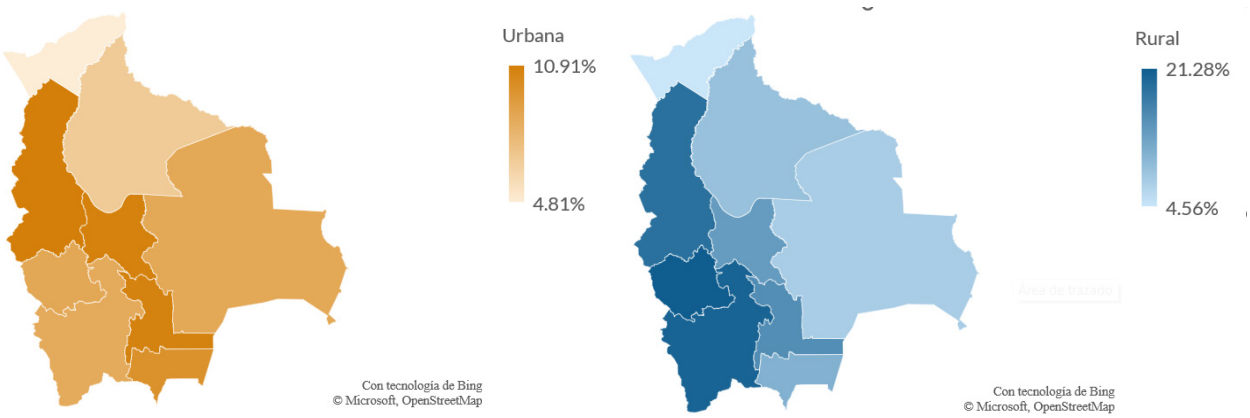


Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

La desagregación por departamento y área urbana/rural muestra que existe una mayor concentración de la población adulta mayor en el área rural en los mismos departamentos

previamente identificados[8]. En el caso de Oruro y Potosí, una de cada cinco personas en el área rural es adulta mayor; mientras que, en La Paz, Chuquisaca y Cochabamba, una de cada diez personas en el área urbana lo es.

Figura 13 - Bolivia: Distribución espacial de la población adulta mayor por departamento y área - 2021



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

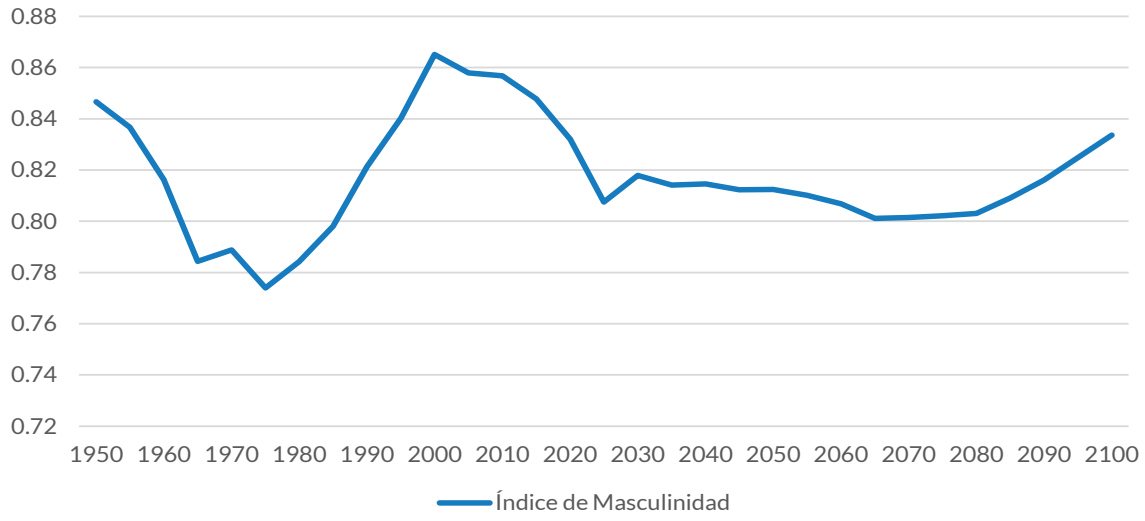
Esta heterogeneidad en la distribución espacial es relevante para georreferenciar dónde se concentran las personas mayores tanto a nivel departamental, como para diferenciar entre áreas urbanas y rurales dentro de cada departamento. Por lo tanto, se constituye como un criterio de priorización en la agenda pública para establecer sistemas de cuidados y políticas públicas para garantizar la vida digna de las personas mayores en los departamentos y zonas previamente identificadas.

En materia de composición por sexo de este segmento poblacional, se evidencia que la población de mujeres supera consistentemente a la población de hombres y es una tendencia que será aún más marcada para la segunda mitad del siglo XXI[9]. Este dato también es útil para entender las posibles carencias y patologías diferenciadas por sexo que se discutirán más adelante.

[8] Una posible explicación para este fenómeno es la migración existente del área rural al área urbana. Los jóvenes suelen migrar a ciudades intermedias y capitales en búsqueda de oportunidades educativas y/o laborales.

[9] En la Figura 14 se presenta un índice de masculinidad, el cual se estima dividiendo el número de hombres con el número de mujeres para un año dado. Si este es inferior a la unidad, implica que hay más mujeres que hombres.

Figura 14 - Bolivia: Índice de masculinidad



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL

Ahora bien, para continuar con la caracterización sociodemográfica de las personas mayores, es necesario recurrir a los datos procesados de las Encuestas de Hogares. A través de este análisis, se analizan las características de la población mayor, con énfasis en los hogares que componen.

Tabla 3: Perfil sociodemográfico de personas mayores de 60 años en Bolivia

	2011 892.781 personas mayores			2021 1.336.525 personas mayores		
Característica	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Sexo		47,8%	52,2%		47,6%	52,4%
Edad promedio en años	69,5	68,9	70,0	69,3	69,0	69,6
Estado civil						
Casado/a	60,7%	35,1%	25,6%	59,7%	34,0%	25,7%
Soltero/a	5,7%	2,3%	3,4%	5,6%	2,2%	3,4%
Viudo/a	28,8%	8,4%	20,4%	27,1%	8,2%	18,9%
Divorciado/a	4,9%	2,1%	2,8%	7,7%	3,3%	4,4%
Área donde vive						
Urbana	60,1%	28,0%	32,2%	60,0%	28,4%	31,5%
Rural	39,9%	19,9%	20,0%	40,0%	19,2%	20,9%
Años de educación promedio	5,3	6,5	4,2	6,3	7,5	5,2
Empleado/ejerce una actividad laboral	58,1%	33,5%	24,6%	49,6%	28,6%	21,0%
Cubierto por un seguro de salud	58,3%	27,8%	30,5%	90,8%	43,2%	47,6%
Presenta alguna discapacidad				5,0%	2,3%	2,7%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

Es importante resaltar que aproximadamente seis de cada diez personas mayores en Bolivia están casadas y que aproximadamente tres de cada diez son viudas. Por lo tanto, prácticamente sólo una de cada diez personas mayores está soltera o divorciada. Esta estructura porcentual de estado civil se mantuvo casi idéntica entre 2011 y 2021.

Respecto a los años de educación, en 2011 las personas mayores presentaban 5,3 años aprobados; mientras que para 2021 estos evidenciaron un incremento de un año de educación. Esta variación responde a que las personas que entraron en este grupo poblacional recientemente tienen más educación que aquellos sus pares de edad más avanzada, lo cual puede ser interpretado como un logro educativo generacional.

Sin embargo, es también llamativo que la diferencia educativa por sexo entre adultos mayores sea de dos años entre hombres y mujeres. Para 2011, los hombres alcanzaron casi seis años y medio de estudio, mientras que las mujeres sólo cuatro años. Para 2021, los hombres tienen siete años y medio de educación, mientras que las mujeres apenas superan los cinco años de educación en promedio. Esto implica la necesidad de continuar con los avances educativos con énfasis en género.

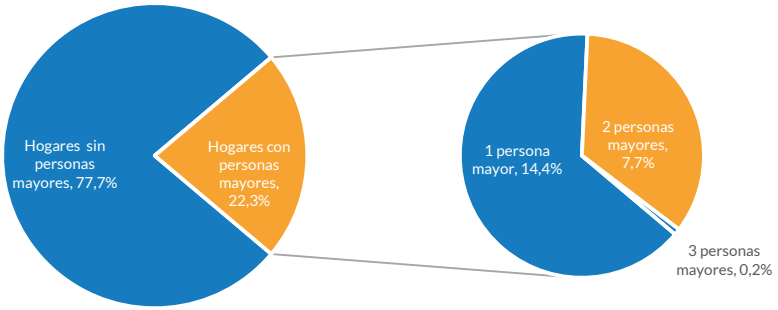
En materia de empleo, prácticamente uno de cada dos adultos mayores se encuentra trabajando. De las personas mayores trabajando, la mayoría son hombres (28,6% de los 49,6% adultos que están empleados son hombres en 2021; equivalente al 57,7% de los adultos mayores actualmente empleados).

La entrada en vigor del Seguro Único de Salud (SUS) elevó el porcentaje de adultos cubiertos por un seguro de salud de 58,1% en 2011 a 90,8% en 2021, mostrando que la gran mayoría de adultos mayores en la actualidad están cubiertos por un seguro de salud, lo que tiene una implicancia directa sobre la calidad de vida que puedan llegar a tener si la atención es efectiva y eficiente.

3.2 Tipos de hogar

Según la Encuesta de Hogares de 2021 (EH-2021), se estima que existen alrededor de 1,3 millones de personas de 60 o más años en Bolivia. De la totalidad de hogares en el país, aproximadamente el 22,3% de ellos tiene al menos una persona mayor entre sus miembros. De hecho, el 7,7% de los hogares bolivianos tienen dos personas mayores y el 0,2% tiene tres personas mayores; por lo que el resto de los hogares (14,4%) tienen un solo miembro que pertenezca a este rango etario.

Figura 15 - Bolivia: Porcentaje de hogares por número de Personas Mayores – 2021



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

Por otro lado, los hogares con al menos una persona mayor tienen, en promedio, diferencias notables en la composición del hogar con relación a un hogar promedio de Bolivia. Tales diferencias están relacionadas al número y edades de sus miembros. En este sentido, se evidenció que el hogar boliviano promedio tiene mayor cantidad de niños y niñas, y hasta un adulto más que los hogares que tienen al menos una persona mayor.

En 2011, el promedio de miembros del hogar con al menos una persona mayor fue 4,6 y para 2021 fue de 3,6. Esto implica que los hogares con una persona mayor disminuyeron su tamaño, medido por el número de miembros, en una persona entre 2011 y 2021. En contraste, el promedio total de hogares se redujo en 0,7 miembros en el mismo periodo.

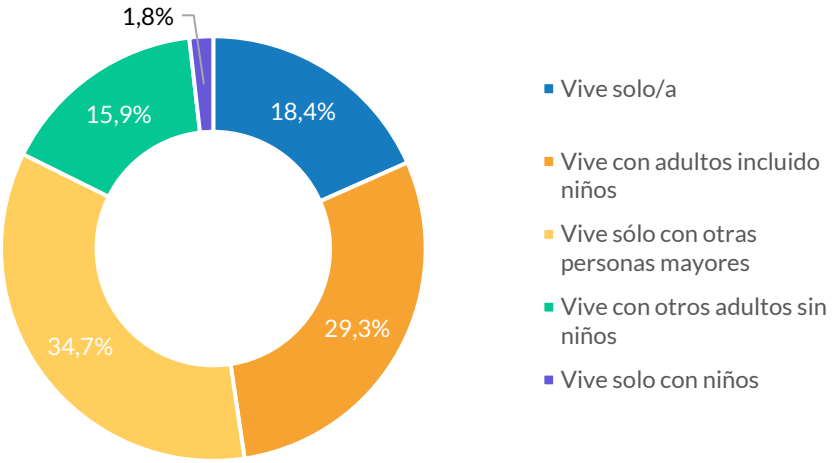
Tabla 4: Número de miembros del hogar y composición por edad

	2011		2021	
	Total	Hogares con personas mayores	Total	Hogares con personas mayores
Niños (hasta 14 años)	1,73	1,03	1,34	0,64
Adultos (entre 14 y 59 años)	2,87	2,23	2,51	1,63
Personas mayores (a partir de 60 años)	0,29	1,35	0,3	1,36
Número de miembros del hogar	4,89	4,61	4,16	3,63

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

Ligado a la composición etaria de los hogares en los que viven las personas mayores, se puede clasificar el tipo de hogares en los que viven las personas mayores por las personas con quienes comparten un hogar. Prácticamente el 34,7% de las personas mayores viven exclusivamente con otras personas mayores. El 18,4% de las personas mayores viven solas y el resto (52,4%) viven con otros adultos y niños. A continuación, se muestra un gráfico con esta información.

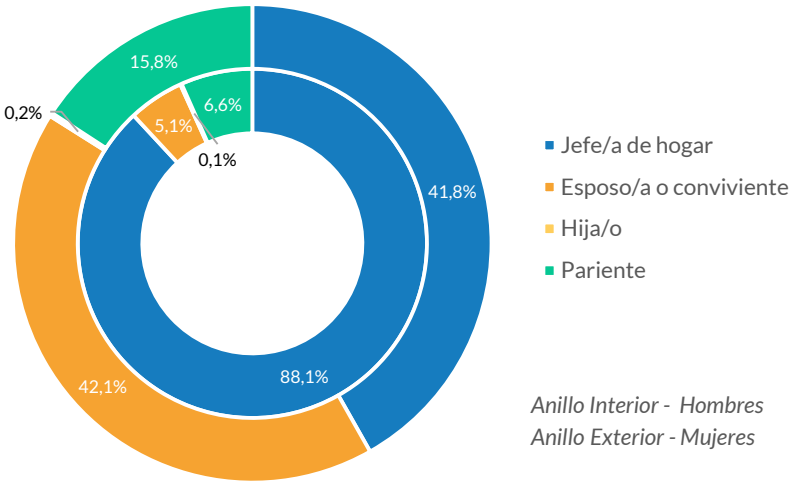
Figura 16: Personas mayores y personas con las que vive - 2021



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

Por otra parte, analizando con una perspectiva de "jefatura" de los hogares en los que viven las personas mayores, el 64% de ellos son jefes/as de hogar; mientras que 24,5% son la pareja del jefe o jefa de hogar. Un 11,4% tiene otro tipo de parentesco con la persona que es jefe/a de hogar en el que vive. En el caso de mujeres, 42% son jefas de hogar y en similar proporción se declaran como esposa/conviviente del jefe de hogar.

Figura 17 - Bolivia: Parentesco con jefe de hogar según sexo - 2021



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

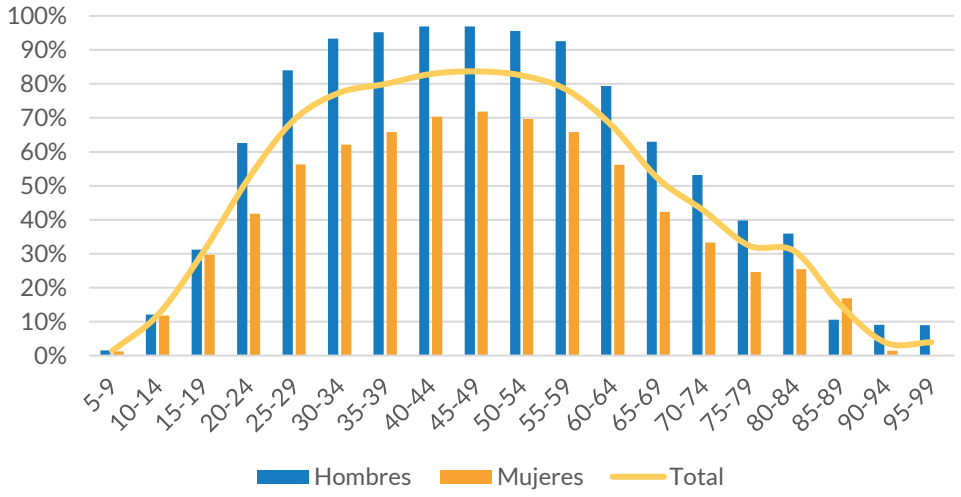
3.3 Condición de actividad

Una pregunta que surge al analizar el segmento poblacional de personas mayores es su condición de empleo; es decir, si trabajan o no. Dado que no todas las personas mayores reciben una renta por concepto de jubilación o transferencias estatales (en forma de bonos, por ejemplo) y/o privadas (remesas y otras), puede que las personas mayores estén forzadas a trabajar para generar ingresos que les permitan solventar sus gastos.

Para analizar esta dinámica, se muestra la tasa de ocupación por grupos de edad en el mercado laboral[10] que tienen las personas mayores, puesto que tendrá una directa relación con los ingresos laborales que perciben o que dejaron de percibir para jubilarse. Según las Encuestas de Hogares, las tasas de participación en el mercado laboral de las y los bolivianos siguen la tendencia expuesta en la siguiente figura.

[10] La tasa de ocupación se refiere a las personas que actualmente tienen un empleo (es decir, personas que hayan trabajado al menos una hora en la semana pasada y/o que realicen un trabajo remunerado y/o que trabajen por cuenta propia) y se han tomado como referencia grupos etarios de 5 años para ver la dinámica laboral de las personas mayores.

Figura 18 - Bolivia: Porcentaje de población ocupada por grupos de edad y sexo - 2021



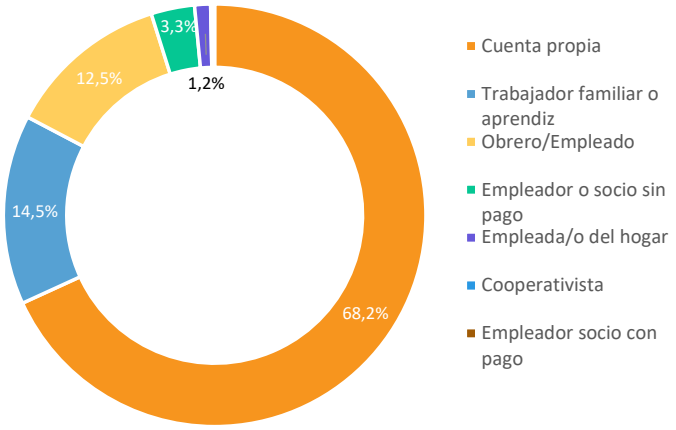
Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

Si bien no se evidencia un declive importante en las tasas de participación en el mercado laboral hasta los 59 años, siendo esta superior al 78%; cuando se analiza el grupo de 60-64 años, la participación se reduce en casi once puntos porcentuales y otros quince puntos porcentuales para el siguiente grupo de edad (65-69). Sin embargo, también llama la atención que, en promedio, el 50% de las personas mayores a 60 años están empleadas[11].

Ahora bien, si al menos la mitad de las personas mayores continúan trabajando, es pertinente analizar qué tipo de trabajo están haciendo. Los datos muestran que al menos tres de cada cinco personas mayores que trabajan son cuenta-propias; es decir, están autoempleadas. La segunda categoría que más personas mayores aglutina, con aproximadamente el 15%, es la de negocios familiares en los que no reciben una remuneración; luego, aproximadamente el 13% de la población de personas mayores trabaja de obrero/a u empleado/a. El restante 5% trabaja como empleados del hogar, cooperativistas o como empleador/socio con pago. Cabe recalcar que esta estructura porcentual se mantuvo relativamente estable en los últimos años.

[11] Si consideramos 2011, 2015 y 2019, al menos el 55% de las personas mayores estuvieron empleadas para esos años.

Figura 19 - Bolivia: Adultos mayores empleados por categoría ocupacional de la actividad principal - 2021



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

Por lo tanto, según la evidencia presentada, la mitad de las personas mayores se encuentran activas en el mercado laboral y, como se verá más adelante, el ingreso laboral de las personas mayores es la principal fuente de financiamiento de sus gastos y muy probablemente de sus hogares.

A continuación, se abordarán temas de salud, perfil epidemiológico y calidad de vida en el proceso de envejecimiento de las personas mayores en Bolivia.

3.4 Calidad de vida en el envejecimiento

El envejecimiento demográfico está directamente relacionado con cambios fundamentales en los patrones de calidad de vida de las personas mayores. Van Leeuwen et al. (2021) realizan una revisión sistemática de la literatura existente sobre calidad de vida en personas mayores y afirman que la salud es un elemento necesario y primordial de dicha calidad de vida. Tanto la salud como la autopercepción de la salud están parcialmente determinadas por el grado en que las personas mayores se sienten en forma y activos o padecen trastornos físicos, mentales y cognitivos. Similarmente, Bernardo Gonçalves Marques et al. (2014), mencionan que para este grupo poblacional «por encima de todo, estar sano es lo más importante para tener calidad de vida, lo demás viene como un extra» (p.76). Es por este motivo que es fundamental analizar en detalle algunos datos sobre la salud y las enfermedades de la población mayor boliviana.

A medida que la población envejece, se produce un cambio epidemiológico estructural, pasando del predominio de las enfermedades infecciosas, parasitarias y nutricionales a una carga cada vez mayor de las enfermedades crónicas derivadas del estilo de vida. Algunas de estas afecciones crónicas son, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, cánceres malignos y diabetes. Además de las enfermedades físicas, las personas mayores tienen más probabilidades de padecer de problemas asociados a la salud mental, derivada de la senilidad, la neurosis y el grado de satisfacción con sus propias vidas (Rajan, 2006). Así pues, el estado de salud de la vejez y el cuidado en el envejecimiento deben ocupar un lugar central en cualquier estudio de la población mayor.

Desde un punto de vista médico, el proceso de envejecimiento individual suele asociarse a un mayor grado de enfermedad, fragilidad y discapacidad (Joubert y Bradshaw, 2006). Las estadísticas de morbilidad y causas de muerte respaldan esta asociación, ya que muestran que

generalmente las enfermedades son más comunes entre las personas mayores que entre los jóvenes, y que la prevalencia de la discapacidad y las enfermedades crónicas aumenta con la edad (Sidell, 1995).

Como en muchos otros países, las estadísticas de mortalidad y esperanza de vida en Bolivia son una fuente importante de información y a menudo utilizada como evidencia sobre el estado de salud de la población (la información sobre estas variables se encuentra en detalle en la Sección 3.4.2 del presente documento). A continuación, se analizará información poblacional sobre enfermedades y defunciones basada en reportes administrativos del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) del Ministerio de Salud y Deportes y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

3. 4. 1 Actividad física y hábitos

El objetivo de esta sección es mostrar algunos aspectos fundamentales en el análisis de la transición epidemiológica y el envejecimiento en Bolivia, principalmente, aquellos relacionados al estilo de vida y los hábitos de las personas mayores. La comprensión de los factores que contribuyen al bienestar y la calidad de vida de las personas mayores es esencial para el diseño y la implementación de políticas y programas que promuevan una vejez saludable y satisfactoria.

La mejora de la salud general de la población mundial y la disminución en las tasas de mortalidad en las últimas décadas derivaron en una mayor longevidad mundial. Aunque el envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida en la población sean algo deseable, esto generó preocupación por el aumento de la fragilidad y la discapacidad en una población cada vez más envejecida (Christensen et al., 2009). Los factores relacionados con el estilo de vida, como la actividad física, la estimulación intelectual, la dieta saludable y las actividades de ocio, están asociados a una buena salud física y mental. La desnutrición, los hábitos sedentarios y el abuso de sustancias, en cambio, son las características de un estilo de vida poco saludable. Varios estudios han informado de que los factores adversos del estilo de vida como la baja actividad física, la baja calidad de la dieta y el tabaquismo están asociados con la fragilidad, independientemente del deterioro funcional (Brinkman et al., 2017; Shilpa y Norman, 2022).

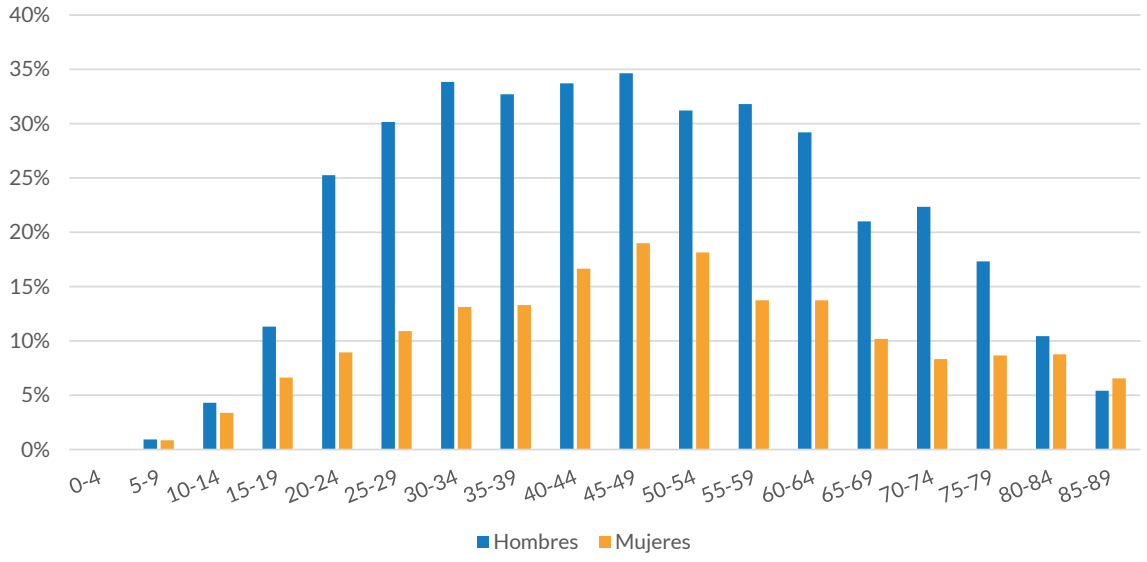
La fragilidad se define como una pérdida progresiva de las reservas y la capacidad de adaptación asociada a un deterioro general de la salud (Diez-Ruiz, 2016). Además, aquella es considerada como un estado de vulnerabilidad aumentada a eventos estresantes, y está en aumento junto con el crecimiento sin precedentes de la población mundial de personas mayores. Esta mayor vulnerabilidad se traduce en una menor participación social y laboral y menor calidad de vida, así como en un aumento en las tasas de morbilidad, consumo de atención sanitaria y mortalidad. La fragilidad empuja aún más a las personas mayores hacia la dependencia.

Mantener estilos de vida y comportamientos saludables puede retrasar las enfermedades y los efectos discapacitantes del envejecimiento (Estebsari et al., 2014), por lo que es la forma más rentable de lograr un envejecimiento saludable y mejorar la calidad de vida (Kim et al., 2020). Según la OMS, el 60% de los factores relacionados con la salud individual y la calidad de vida están correlacionados con el estilo de vida (Ziglio et al., 2004). Es importante tener un mejor entendimiento de estos factores para poder formular e implementar políticas públicas adecuadas y contribuir al bienestar integral de las personas mayores.

Las personas mayores representan la parte más físicamente inactiva de la población. Según Bashkireva et al. (2018), las principales razones de la inactividad física entre las personas mayores son la presencia de enfermedades, el miedo a las lesiones y las caídas, la falta de energía y la debilidad, el bajo nivel de motivación y la falta de compañeros o amistades para realizar actividades conjuntas. Bolivia no es la excepción, como se ve en la siguiente figura. En ésta se observa la proporción de hombres y mujeres dentro de cada rango de edad que realiza actividad

física intensa o moderada por al menos 30 minutos consecutivos como parte de sus tareas cotidianas. Al igual que en el resto del mundo, se observa un patrón en el que los adultos se vuelven menos activos físicamente a medida que su edad avanza. Además, se nota una profunda diferencia entre hombres y mujeres en todos los rangos de edad.

Figura 20 - Bolivia: Personas que realizan alguna actividad física durante al menos 30 minutos en su vida cotidiana, según sexo y rango de edad - 2021 (en porcentaje)

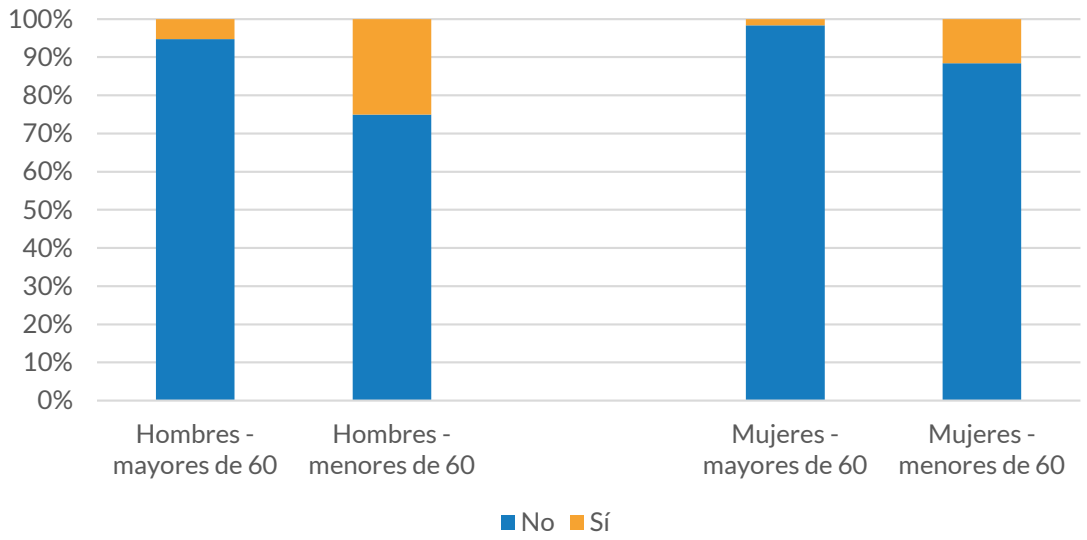


Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares de 2021 del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia[12].

A continuación, se observa que, en promedio, un poco menos de un cuarto de la población de hombres menores a 60 años practica algún deporte o actividad física por al menos 30 minutos en el tiempo libre, mientras que solo un 5% de los mayores de 60 lo hacen. En el caso de las mujeres, aproximadamente un décimo de las mujeres menores de 60 hace ejercicio en su tiempo libre, mientras que solo 2% de las adultas mayores lo hace.

[12] Estas estimaciones no son representativas para los grupos de edad y deben ser consideradas como referenciales.

Figura 21 - Bolivia: de personas que practican algún deporte o actividad física durante al menos 30 minutos consecutivos en su tiempo libre - 2021

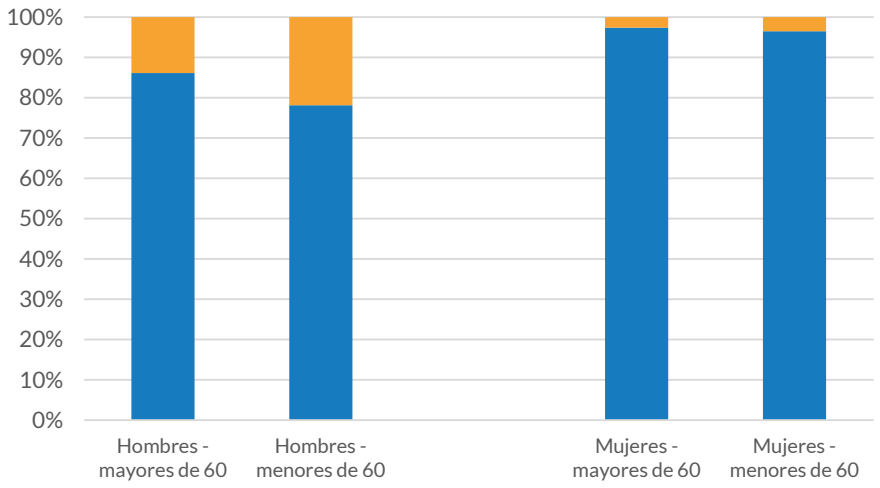


Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares de 2021 del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia.

Un factor que también ayuda a comprender la disminución en el ejercicio y la calidad de vida de las personas mayores es el consumo de cigarrillos. Según las encuestas de hogares, 14% de los hombres adultos mayores fumó durante el último año, comparado con 22% de los menores de 60 años. Estos datos son drásticamente menores entre las mujeres tanto en personas mayores como en personas de otras edades, existiendo un 3% de fumadoras mayores de 60 años y 4% entre las menores de 60 (Figura 22). Si bien las tasas de fumadores son menores entre personas mayores, existe una relación negativa entre la calidad de vida relacionada con la salud y el tabaquismo independientemente de la edad (Anokye *et al.*, 2012 y Coste et al., 2014).

Furlanetto *et al.* (2014) encuentran que los adultos fumadores de mediana edad caminan menos y tienen una capacidad de ejercicio inferior en comparación con los no fumadores. Pitsavos et al. (2005) observan que las personas físicamente activas tienen más probabilidades de ser no-fumadoras que las personas físicamente inactivas. También se ha descrito un deterioro más rápido de la composición corporal (van der Borst *et al.*, 2011) y mayores niveles de ansiedad y depresión (Trosclair y Dube, 2010) entre fumadores. Estos factores, aislados o combinados, pueden comprometer la capacidad de ejercicio y la actividad física en la vida diaria de los fumadores, así como su calidad de vida.

Figura 22 - Bolivia: Porcentaje de personas que fumaron cigarrillos durante los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad - 2021

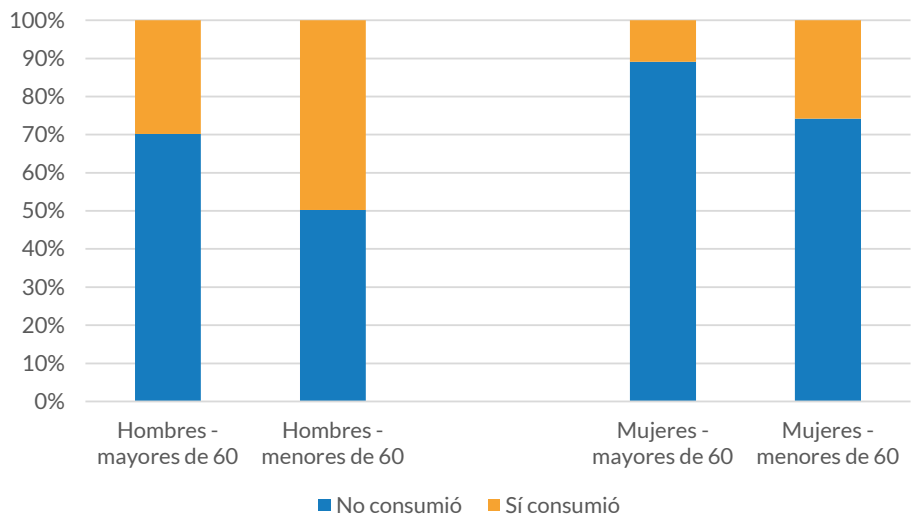


Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares de 2021 del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia[13].

Otro factor que contribuye a los estilos de vida y bienestar de las personas mayores es el consumo de bebidas alcohólicas. El alcoholismo suele comenzar en la adolescencia y continúa o alcanza su punto máximo en la edad adulta, a menudo con un ciclo de remisiones y recaídas (Lal y Pattanayak, 2017). En consecuencia, una gran parte de la atención clínica y de investigación se dirige a los grupos de edad más jóvenes y adultos, dejando a las personas mayores con problemas de consumo de sustancias como un subgrupo relativamente descuidado (Dar, 2006). El consumo de sustancias potencialmente nocivas y adictivas, como el alcohol, que inicia desde una edad temprana puede continuar en edades más avanzadas, haciéndolo más crónico y complicado. Además, las afecciones médicas relacionadas con el envejecimiento convierten a los consumidores mayores de sustancias en un grupo vulnerable a consecuencias perjudiciales (Barry y Blow, 2016).

[13] Estas estimaciones no son necesariamente erepresentativas y deben ser consideradas como referenciales..

Figura 23 - Bolivia: personas que consumieron alcohol durante los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad - 2021



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares de 2021 del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia[14].

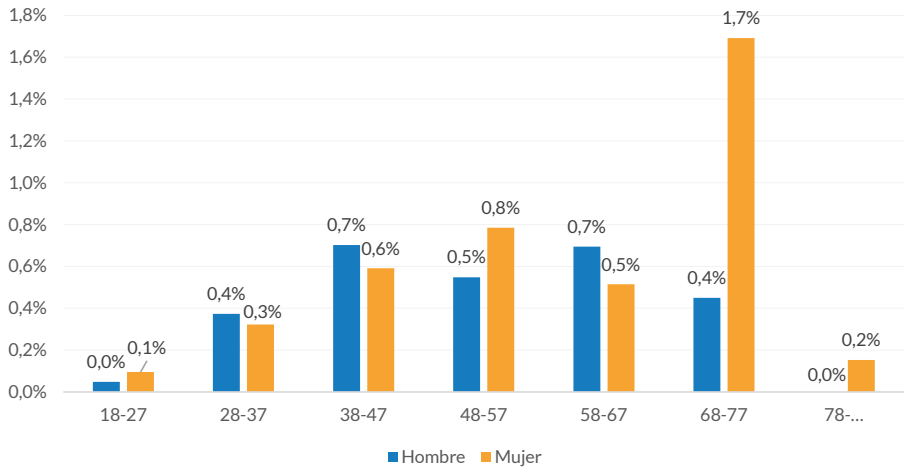
Las tendencias mundiales y en Bolivia muestran un consumo decreciente a medida que aumenta la edad: Un 30% de hombres mayores a 60 años y un 11% de las mujeres mayores consumen alcohol, comparado con 50% y 26% para ambos grupos antes de los 60, respectivamente. Según Stall (1987), esto puede atribuirse a un efecto de envejecimiento (es decir, beber menos debido a efectos fisiológicos), a un efecto de cohorte (es decir, las cohortes de más edad pueden consumir menos alcohol) o a la hipótesis de mortalidad (es decir, los grandes consumidores pueden morir más jóvenes). Sin embargo, existe un porcentaje de personas mayores con graves problemas de abuso de sustancias y alcohol que no son detectados (Lal y Pattanayak, 2017).

El consumo de alcohol en las personas mayores puede variar desde lo esporádico hasta lo problemático, pero debido a su mayor vulnerabilidad fisiológica, los efectos negativos en su bienestar y calidad de vida son más severos. El consumo crónico puede agravar enfermedades preexistentes como cardiovasculares, diabetes y trastornos hepáticos, además de interactuar peligrosamente con medicamentos, reduciendo la efectividad de los tratamientos y aumentando los efectos secundarios. El consumo de alcohol también incrementa el riesgo de caídas y lesiones, afectando la movilidad y autonomía, y tiene un impacto negativo en la salud mental, contribuyendo a trastornos como depresión y ansiedad, y fomentando el aislamiento social (Whelan, 2003).

Al igual que el consumo de alcohol y tabaco, el sobrepeso y la obesidad en personas mayores conlleva un aumento significativo en el riesgo de enfermedades crónicas y está ligado a menores niveles de actividad física y puede aumentar la mortalidad (Abdollahi et al., 2016). Así mismo, las tasas de obesidad en la población boliviana según rango de edad en el año 2016 destacan que no existe una tendencia significativa que vincule la edad con el hecho de tener un peso mayor al rango normal, aunque sería beneficioso contar con otra fuente de datos oficial que corrobore este hallazgo.

[14] Estas estimaciones no son necesariamente representativas y deben ser consideradas como referenciales.

Figura 24 - Bolivia: Prevalencia de obesidad en la población boliviana según edad, 2016



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA 2016) – INE .

3. 4. 2 Discapacidades

Otro factor determinante para la calidad de vida de las personas mayores es la discapacidad. La prevalencia de discapacidades está intrínsecamente ligada a su calidad de vida, ya que pueden afectar su autonomía, movilidad y participación social, influyendo directamente en su bienestar emocional y psicológico. Comprender las tendencias de las discapacidades en las poblaciones mayores es crucial para la formulación de políticas públicas sobre pensiones, jubilación y atención sanitaria futura.

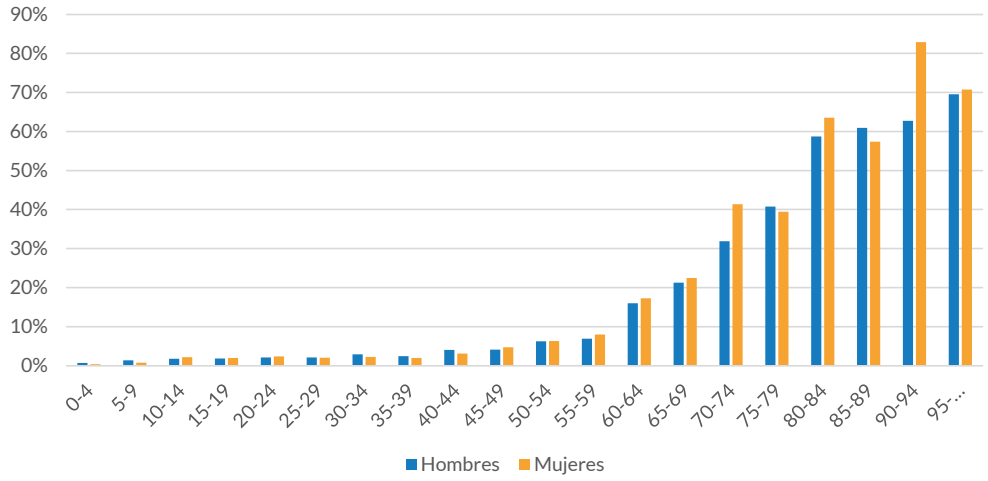
Varios estudios documentaron efectos de la falta de actividad física y el peso por encima del rango normal como factores de riesgo para el aumento de la discapacidad y la mortalidad en personas mayores (Chakravarty et al., 2012; Lang et al., 2007; Ford et al., 2009). También hay pruebas que relacionan el tabaquismo y la discapacidad física (Strandberg, 2008). A su vez, los distintos tipos de discapacidades pueden tener efectos negativos sobre la actividad física y el estilo de vida de cada persona.

La prevalencia de la discapacidad varía según cada estudio, dependiendo de los criterios utilizados, pero en general se sabe que aumenta con la edad (Topinková, 2008). Según datos de la OMS, más de 1.300 millones de personas (aproximadamente el 16% de la población mundial) viven con algún tipo de discapacidad. La prevalencia mundial de la discapacidad es aproximadamente del 38% en el grupo de 60 años o más, lo que contrasta con las prevalencias de 9% y 20% en los grupos de 15 a 49 años y de 50 a 59 años, respectivamente (OMS, 2011).

La Figura 25 muestra el porcentaje de personas que reportan tener dificultad leve motora y/o psicológica según grupo de edad, definida en este documento como aquellas personas que tienen por lo menos “algo de dificultad” para ver, oír, caminar, concentrarse para desarrollar actividades de la vida diaria, realizar labores de autocuidado personal, hablar o comprender la realidad. Si bien estas dificultades motoras y/o psicológicas no se consideran como una discapacidad, da indicios de las dificultades que surgen con el envejecimiento.

[15] Estas estimaciones no son necesariamente representativas y deben ser consideradas como referenciales. La EDSA-2016 presenta información a esta pregunta únicamente a personas mayores de 18 años y al ser relativamente pocas observaciones (114), se agruparon por grupos de 10 años.

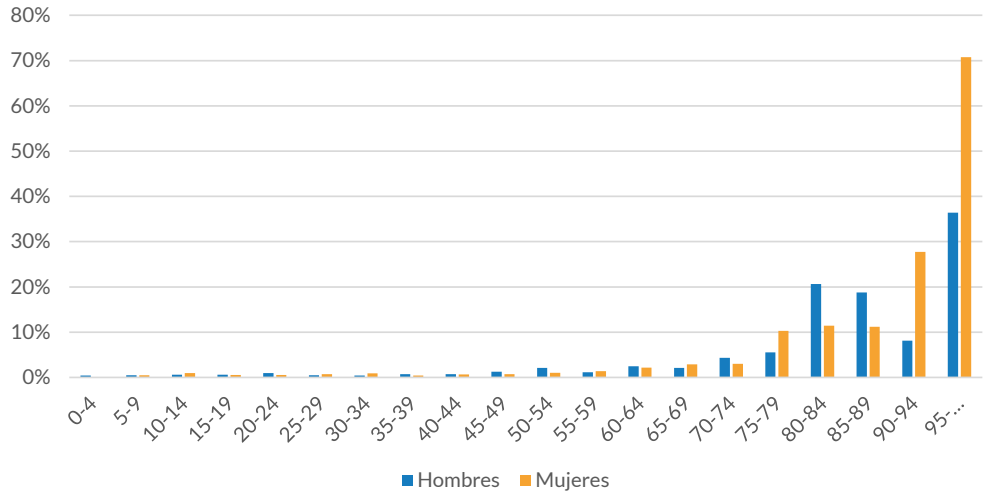
Figura 25 - Bolivia: Tasas de prevalencia de dificultad leve motora y/o psicológica, según grupo de edad y sexo - 2021



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares de 2021 del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia[16].

También se calculan las tasas de prevalencia de discapacidad, cuya definición se cumple cuando la persona tiene "mucha dificultad" para realizar alguna de las actividades mencionadas o si simplemente no la puede llevar a cabo. Es fácil advertir una tendencia ascendente muy marcada, especialmente a partir de los 60-65 años en caso de la discapacidad leve y los 75-80 para la grave (Figura 26).

Figura 26 - Bolivia: Tasas de prevalencia de discapacidad grave según grupo de edad y sexo



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares de 2021 del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia[17].

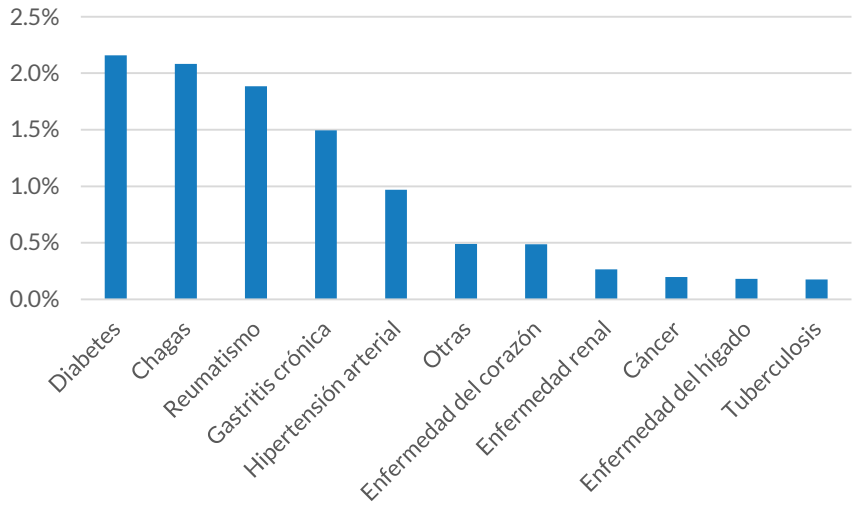
[16] Estas estimaciones no son necesariamente representativas y deben ser consideradas como referenciales.

[17] Estas estimaciones no son necesariamente representativas y deben ser consideradas como referenciales.

3. 4. 3 Prevalencia de enfermedades crónicas

Otra forma efectiva de analizar la situación de las personas mayores y su calidad de vida es observando los datos de enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas, entendidas como afecciones de larga duración y de progresión lenta que requieren tratamiento continuo, están profundamente asociadas con factores como la edad, el estilo de vida y la discapacidad. Según la Figura 27, las cuatro aflicciones de largo plazo más comunes en la población total del país son la diabetes, enfermedad de Chagas, reumatismo (que incluye artritis, artrosis y osteoporosis) y la gastritis crónica.

Figura 27 - Bolivia: Tasas de prevalencia de enfermedades crónicas en la población total – 2019 (en porcentaje)

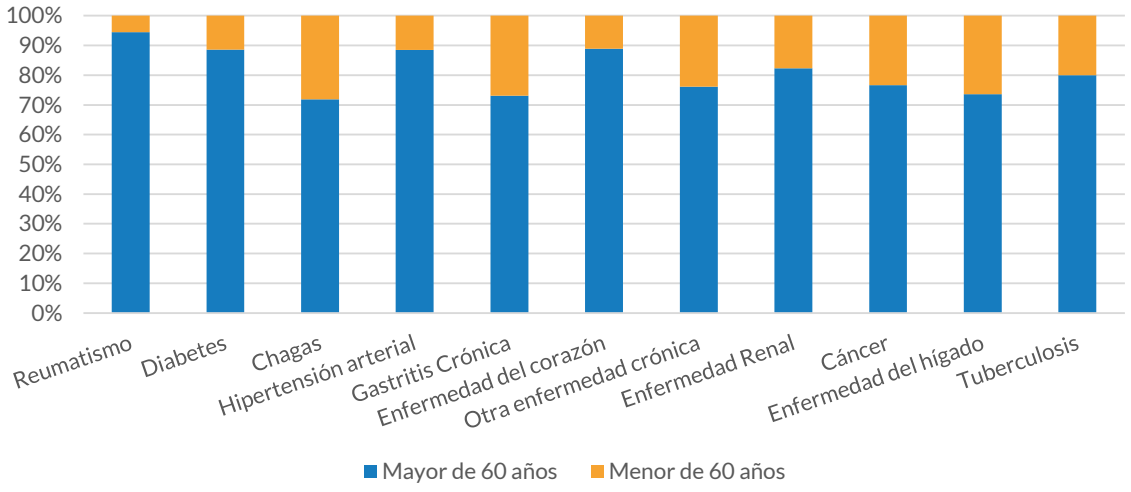


Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia.

Ampliando el análisis de las enfermedades crónicas para incluir una diferenciación por edad y a lo largo del tiempo, se observa que, pese a que los mayores de 60 años son aproximadamente un décimo de la población total, presentan el mayor porcentaje de prevalencia de enfermedades crónicas frente a otros grupos poblacionales más. Además, se muestran marcadas diferencias entre las tasas de incidencia de algunas enfermedades.

La Figura 28 ilustra esta situación (en porcentaje del total de los casos de cada enfermedad listada). La enfermedad de Chagas, la gastritis crónica y las enfermedades del hígado son las más presentes entre la población de hasta 59 años. Mientras tanto, el reumatismo (incluyendo artritis y artrosis), la diabetes y la hipertensión arterial son las más presentes entre las personas mayores. Cabe recalcar dos hechos importantes derivados del gráfico: que las enfermedades crónicas en promedio se concentran significativamente en la población mayor a 60 años, y que este efecto es aún más pronunciado cuando se toman en cuenta las tasas de mortalidad de estas aflicciones para las personas mayores.

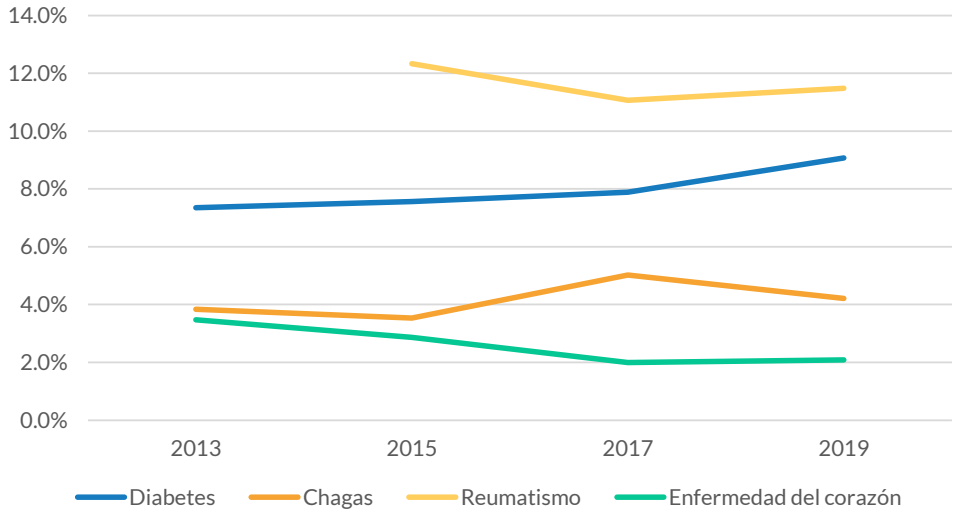
Figura 28 - Bolivia: Enfermedades crónicas por grupo de edad – 2019 (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia.

Ampliando este análisis para ver comparabilidad en el tiempo, se observa que las tasas de prevalencia de las cuatro enfermedades crónicas principales entre personas mayores no han cambiado drásticamente a lo largo de los años (Figura 29). Sin embargo, se reconocen dos tendencias notorias: que las enfermedades cardiovasculares han tendido a disminuir en el periodo estudiado, y que las tasas de diabetes están en aumento.

Figura 29 - Bolivia: Prevalencia de enfermedades crónicas entre personas de 60 y más años (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE[18].

Estas condiciones, que tienden a aumentar con la edad, no solo tienen un impacto perjudicial en la salud física de los individuos, sino que también pueden conducir a una disminución en su

[18] Estas estimaciones no son necesariamente representativas y deben ser consideradas como referenciales.

bienestar psicológico y social. Además, las enfermedades crónicas imponen una carga económica sustancial en términos de costos médicos y cuidado a largo plazo, lo que afecta tanto a los individuos como a los sistemas de salud y seguridad social. Por lo tanto, la evaluación de la prevalencia de estas enfermedades y su impacto en la calidad de vida de las personas mayores se convierte en un componente crucial para comprender las dinámicas del envejecimiento en Bolivia y para informar políticas y programas destinados a mejorar el bienestar de esta población en crecimiento.

3. 4. 4 Violencia contra las personas mayores

Para completar el análisis de la salud y calidad de vida de las personas mayores, una dimensión adicional importante es la situación de violencia ejercida contra ellas, ya que esta no sólo afecta su bienestar físico y emocional, sino que también las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad y limitando su ejercicio de derechos. En Bolivia existen pocas fuentes de datos sobre la situación de violencia y maltrato de personas mayores. Una de ellas es la encuesta de prevalencia de violencia contra las mujeres de 2016 que presenta datos para las mujeres mayores de 60 años, indagando las responsabilidades y cargas en el hogar y un módulo sobre maltrato según características de estas personas como, por ejemplo, el estado civil.

Esta encuesta tiene 10 preguntas sobre la frecuencia[19] de maltrato y/o violencia que una persona adulta declara haber experimentado. En este contexto, puede definirse la ocurrencia de un evento muchas o pocas veces como suficiente para contabilizar que experimentó maltrato. Dicha fuente de información revela que las personas mayores sufren aislamiento o abandono en aproximadamente 21% de los casos, siendo más elevado en las solteras; por otro lado, alrededor de 15% sufren ofensas, les gritan y les hacen sentir que son un estorbo. Con menor frecuencia, cerca de 12% sufre descuido cuando se enferman, las dejan sin medicamentos y/o le niegan ayuda. Aunque otras formas de violencia, como la física o la amenaza son menos frecuentes, éstas son de preocupación de las personas mayores.

Tabla 5: Mujeres mayores de 60 años que declararon violencia en el hogar "muchas veces" y "pocas veces", según estado civil (en porcentaje)

	Casadas	Separadas, Divorciadas o Viudas	Solteras	Total
1. ¿No le hablan o no le toman en cuenta?	18,8%	23,0%	26,9%	21,0%
2. ¿La dejan sola, la abandonan?	17,7%	25,3%	27,6%	21,3%
3. ¿Le gritan, la insultan, la ofenden?	15,6%	14,0%	20,7%	15,4%
4. ¿Le han dicho o le hacen sentir que es un estorbo?	13,7%	17,5%	19,2%	15,5%
5. ¿Le dejan de dar dinero o le quitan su renta dignidad?	1,9%	2,9%	4,1%	2,5%
6. ¿La han amenazado con sacarla de la casa?	2,5%	3,9%	5,5%	3,2%
7. ¿La han maltratado o golpeado?	2,8%	3,1%	4,1%	3,0%
8. ¿La descuidan cuando se enferma o le dejan de comprar sus medicamentos?	11,1%	14,2%	10,6%	12,2%
9. ¿Le piden que haga quehaceres del hogar que le cuesta trabajo realizar?	7,4%	7,0%	11,8%	7,6%
10. ¿Se niegan a ayudarla cuando lo necesita?	12,3%	13,3%	10,9%	12,6%

Nota: Estos resultados fueron estimados utilizando el factor de expansión de la base de datos

Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares de 2016 del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia.

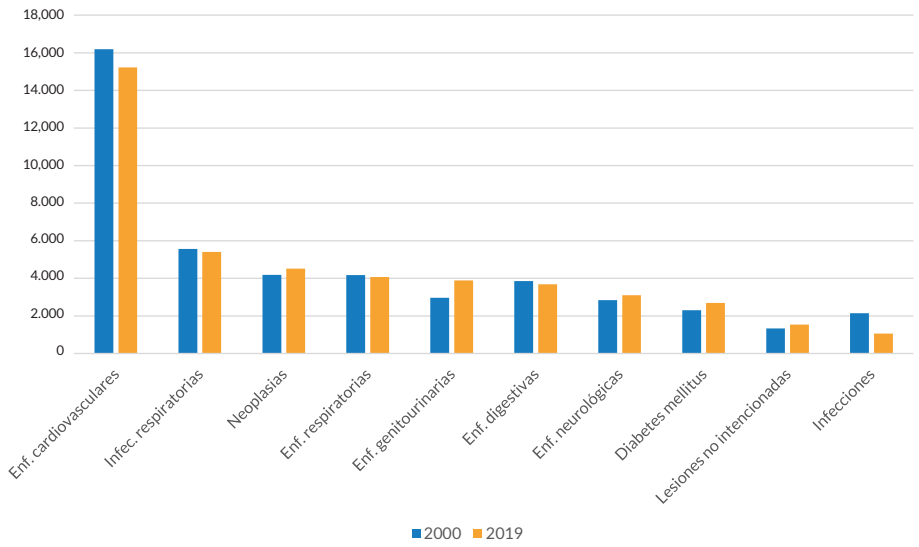
[19] Las posibles respuestas son: muchas veces, pocas veces, una vez o ninguna.

3. 4. 5 Análisis de las causas principales de muerte

En el contexto del envejecimiento en Bolivia, la evaluación detallada de las principales causas de mortalidad emerge como una herramienta crucial de análisis. La conjunción entre el estilo de vida, mala alimentación, discapacidad y enfermedades crónicas, resulta en tasas de mortalidad más elevadas entre las personas mayores. La comprensión de tales causas dentro de una población resulta esencial no sólo desde una perspectiva epidemiológica, sino también desde una óptica sociodemográfica y de planificación de políticas de salud[20].

En este sentido, la Figura 30[21] muestra las 10 principales causas de muerte entre los mayores a 60 años en el país durante el año comprendido entre 2000 y 2019[22]. Las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cánceres se constituyen como las principales afecciones mortales para la población mayor. A éstas le siguen las enfermedades genitourinarias, digestivas, neurológicas, la diabetes, las lesiones no intencionadas (accidentes), infecciones y finalmente deficiencias nutricionales.

Figura 30 - Bolivia: Causas más comunes de muerte entre mayores de 60 años, 2000 y 2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Organización Mundial de la Salud.

Para el año 2000, el año más antiguo del que se tienen registros confiables en Bolivia, las principales aflicciones en la vejez eran similares. Dos diferencias con respecto de 2019 son que

[20] La identificación y análisis de las causas de muerte específicas revelan las condiciones médicas predominantes que impactan a la población mayor y, por ende, posibilitan la formulación de estrategias de salud más efectivas y adecuadas. Al examinar las causas principales de mortalidad en sus matices, se posibilita una segmentación más precisa de las intervenciones médicas y la asignación de recursos, considerando la prevalencia y la gravedad de cada afección. Además, este enfoque permite monitorear los cambios en los patrones de mortalidad a lo largo del tiempo, detectando desviaciones significativas que podrían requerir respuestas inmediatas por parte de las autoridades sanitarias (como, por ejemplo, lo sucedido con la pandemia del COVID-19). Por lo tanto, el análisis de las causas de muerte sienta las bases para políticas y estrategias de salud más informadas y adaptativas en Bolivia.

[21] Para más información: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfacc_5

[22] La información disponible más reciente sobre las causas de muerte en mayores de 60 años corresponde al 2019. Adicionalmente, tomar como referencia este año permite hacer un análisis de las principales enfermedades y aflicciones en el país antes de la pandemia del COVID-19, que tuvo un mayor impacto a la salud y vida de las personas mayores.

las enfermedades digestivas fueron la causa de la defunción de más personas mayores que las enfermedades genitourinarias, mientras que las lesiones no intencionadas tuvieron una menor prevalencia que las infecciones.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte entre personas mayores en todo el mundo[23] y Bolivia no es la excepción. La OMS calcula que aproximadamente el 30% de las muertes en el mundo se deben a las ECV (OMS, 2007). Las enfermedades cardiovasculares hacen referencia a diversas enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, pero existen varias definiciones del término ECV. La Asociación Americana del Corazón (1999) define las ECV como la hipertensión, la enfermedad arterial coronaria, la angina de pecho, los ataques cardíacos, el ictus, la cardiopatía reumática, los defectos cardiovasculares congénitos y la insuficiencia cardiaca.

La carga de enfermedades cardiovasculares es más frecuente en las personas mayores que en las poblaciones más jóvenes, presumiblemente debido a la exposición en el transcurso de sus vidas a factores de riesgo como la hipertensión, el tabaquismo, los lípidos sanguíneos anormales, la falta de ejercicio y/o la obesidad (Riegel y Bennett, 2000). Para 2019, en Bolivia estas enfermedades fueron responsables de la muerte de 15.228 personas por cada 100.000 habitantes, equivalente aproximadamente al 15,2% de la población mayor a 60 años ese año y a 178.585 personas en total. En el año 2000, las cifras fueron aún más alarmantes, representando a 16.187 personas por cada 100.000 habitantes, o 16,2% de las personas mayores (Figura 30).

La segunda causa de muerte más común en la vejez son las enfermedades e infecciones respiratorias. Los virus son una de las principales causas de infecciones respiratorias agudas en la población general. Los grupos de virus responsables de la mayoría de las infecciones respiratorias agudas son el rinovirus, el coronavirus, la gripe, el virus respiratorio sincitial, la parainfluenza y el adenovirus (Gwaltney, et al., 1989). Éstas representaron 9.466 muertes por 100.000 habitantes en 2019 y 9.733 en 2000. Estos datos equivalen a 9,5% y 9,7% de la población total mayor a 60 años, respectivamente.

Tanto la mayor incidencia de infecciones respiratorias como la elevada mortalidad entre las personas mayores son consecuencia de una serie de factores relacionados con la edad, como enfermedades coexistentes, intervenciones terapéuticas y el proceso de envejecimiento en sí. Los factores de riesgo para el desarrollo de infecciones respiratorias en las personas mayores pueden clasificarse, a grandes rasgos, en factores que alteran las defensas del huésped y factores que aumentan la exposición a las bacterias. Estos factores se combinan para afectar negativamente a la capacidad de la persona para defenderse de los patógenos de las vías respiratorias (Yamaya et al., 2002).

La tercera mayor causa de fallecimientos entre mayores de 60 años en el país son las neoplasias malignas o cáncer. Esta enfermedad fue responsable de 4.517 y 4.183 muertes por 100.000 habitantes mayores a 60 años en 2019 y 2000, respectivamente. A diferencia de las primeras dos causas, ésta representó un mayor porcentaje de las muertes en 2019 que en 2000. Esto no es trivial ni alejado de la evidencia mundial. Según Marosi y Köller (2016), esto se debe en parte

[23] Fuente: Organización Mundial de la Salud, disponible en: https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/mortality-rate-in-older-people---top-20-causes-(global-and-regions).

A pesar de la tendencia sostenida de disminución de la incidencia global de cáncer, se prevé que el número de pacientes mayores con cáncer aumentará considerablemente en los próximos años, ya que la incidencia de neoplasmas parece estar significativamente relacionada con la edad. Casi el 80% de todos los cánceres se diagnostican en personas mayores de 55 años (Pallis et al., 2010), con más de dos tercios de los nuevos cánceres diagnosticados en personas adultas con más de 60 años (White et al., 2019). Según Yancik (1997), la incidencia de cáncer se multiplica por once después de los 65 años en comparación con los adultos de hasta 65 años. El tratamiento de cáncer en personas mayores es aún más complejo de lo normal, ya que éstos no sólo presentan las limitaciones fisiológicas de los órganos relacionadas con la edad, sino también una carga individual de comorbilidades, otras deficiencias y hasta factores sociales que pueden influir en su potencial para recibir atención oncológica.

Otra causa importante de muertes entre la población adulta en Bolivia es la diabetes mellitus (DM). Como muestra la Figura 30, fue responsable de 2.695 y 2.302 defunciones por 100.000 habitantes en 2019 y 2000, respectivamente (equivalentes a 2,7% y 2,3% de la población adulta mayor). Se trata de una enfermedad metabólica crónica caracterizada por hiperglucemia y hemoglobina glucosilada elevada. La hiperglucemia crónica provoca daños y fallos en diversos órganos, especialmente el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios (Fowler, 2008).

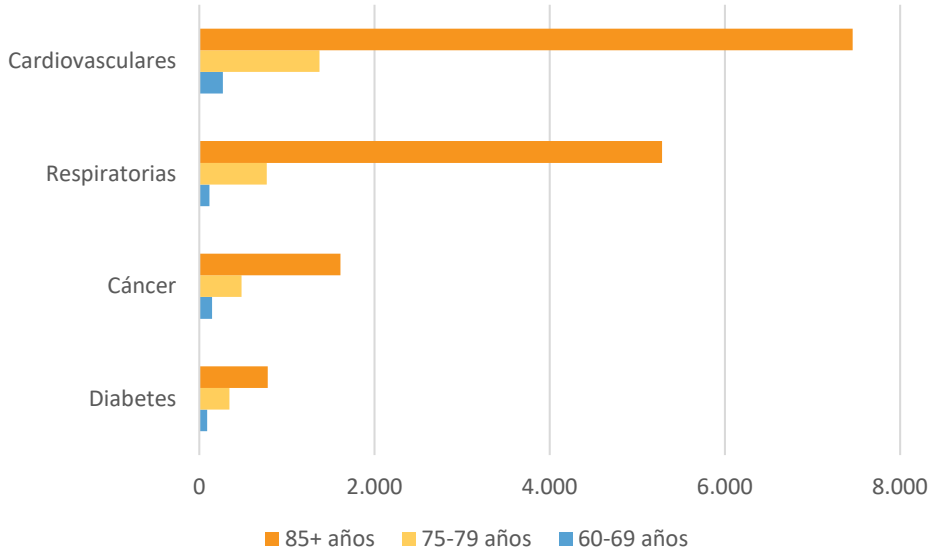
La prevalencia de la DM, en general, está creciendo en todo el mundo (Borissova et al., 2015) y se está convirtiendo en un problema epidémico y endémico para toda la población, con una fuerte carga social y económica (Lam y LeRoith, 2012). Sin embargo, su prevalencia, sus comorbilidades y su mortalidad son mayores en ancianos que en jóvenes. Según Caspersen et al. (2012), casi ocho de cada diez ancianos presentan alguna forma de disglucemia (niveles anormales de glucosa en la sangre). Según Chentli et al. (2015), los epidemiólogos clasifican la diabetes (y sus respectivas complicaciones) como el problema de salud más alarmante del siglo actual en personas de mediana edad y mayores.

En lo que a mortandad se refiere, la Figura 31 muestra la cantidad de fallecidos que hubo en 2019 a causa de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neoplasias y diabetes, estandarizando por 100.00 habitantes de cada grupo etario.

En el caso de las muertes por diabetes, en 2019 se produjeron aproximadamente 1.210 fallecimientos por cada 100.000 habitantes entre mayores a 60 años. En contraste, las muertes por neoplasias totalizan aproximadamente 2.233 muertes para tal año.

En contraste, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares concentran la mayor cantidad de personas fallecidas. Para el caso de muertes por enfermedades respiratorias, se dieron 6.165 muertes por 100.000, siendo 5.284 de ellas en la población mayor a 85 años. Para el caso de enfermedades cardiovasculares, se registraron 9.094 muertes en 2019, siendo el 82% de ellas en el grupo etario de personas de 85 años y más.

Figura 31: Muertes por 100.000 habitantes, según grupo etario y enfermedad (2019)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Organización Mundial de la Salud[24].

3. 4. 5.1 Una causa especial de muerte entre personas mayores: pandemia del COVID-19

La irrupción de la pandemia del COVID-19 tuvo un profundo impacto en la dinámica de la salud pública en Bolivia, con implicaciones particularmente significativas para la población mayor. El coronavirus es una enfermedad infecciosa respiratoria que se identificó por primera vez en diciembre de 2019. Hasta fines de 2023, se han notificado casi siete millones de muertes y más de 770 millones de casos positivos confirmados en todo el mundo. De ellos, un poco más de 1.200.000 casos y 22.400 muertes confirmadas se han producido en Bolivia[25]. Si bien el desarrollo y distribución masiva de las vacunas contra esta enfermedad han disminuido drásticamente los riesgos asociados al virus, continúa siendo un problema de salud pública.

Desde el inicio de la pandemia, los pacientes mayores han sido identificados como una de las poblaciones más vulnerables (Bonanad et al., 2020). Las tasas de letalidad reportadas entre los pacientes mayores con COVID-19 han sido extremadamente altas. Varios factores, como las comorbilidades, sistemas inmunológicos deprimidos, la sintomatología atípica y la exclusión de las unidades de terapia intensiva contribuyen a este exceso de mortalidad (Prendki et al., 2022). La vulnerabilidad de este grupo demográfico ante la enfermedad ha suscitado un interés crucial en comprender las razones subyacentes a su mayor susceptibilidad.

Los factores que contribuyen a esta disparidad en el impacto del COVID-19 entre diferentes grupos de edad son multifacéticos y engloban aspectos epidemiológicos, inmunológicos, socioeconómicos y de accesibilidad a la atención médica. En un contexto de envejecimiento global, la pandemia de COVID-19 creó desafíos no sólo para la salud pública generalizada, sino también para la investigación biomédica y clínica del envejecimiento (Koff y Williams, 2020).

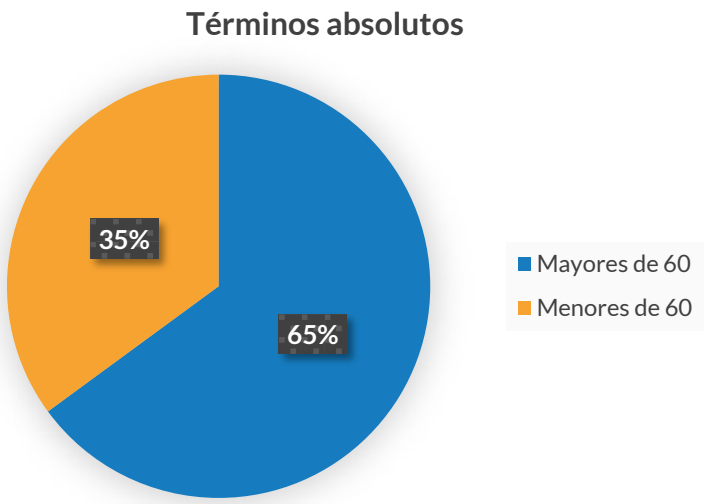
Recordando que se confirmaron los primeros casos de COVID-19 el 10 de marzo de 2020 en Bolivia, la Figura 32 expresa las muertes por COVID-19 en el país según grupo etario para tal año. Es interesante notar que, pese a ser un poco más de un décimo de la población menor a 60

[24] Estas estimaciones no son necesariamente representativas y deben ser consideradas como referenciales.

[25] Según datos de la OMS, disponibles en: https://covid19.who.int/.

Recordando que se confirmaron los primeros casos de COVID-19 el 10 de marzo de 2020 en Bolivia, la Figura 32 expresa las muertes por COVID-19 en el país según grupo etario para tal año. Es interesante notar que, pese a ser un poco más de un décimo de la población menor a 60 años, las personas mayores sufrieron el 65% de las muertes totales por coronavirus[26]. Esta desproporcionalidad se refleja con más claridad al analizar las muertes por COVID-19 en ambos grupos, estandarizando según su población. Según datos del SNIS-VE, en 2020 se produjeron aproximadamente 36,4 fallecimientos por cada 100.000 habitantes menores a 60 años. En comparación, en el mismo periodo se dieron 618 fallecimientos por cada 100.000 habitantes mayores, una proporción casi 17 veces mayor.

Figura 32 - Bolivia: Muertes por COVID-19 según grupo etario (2020)



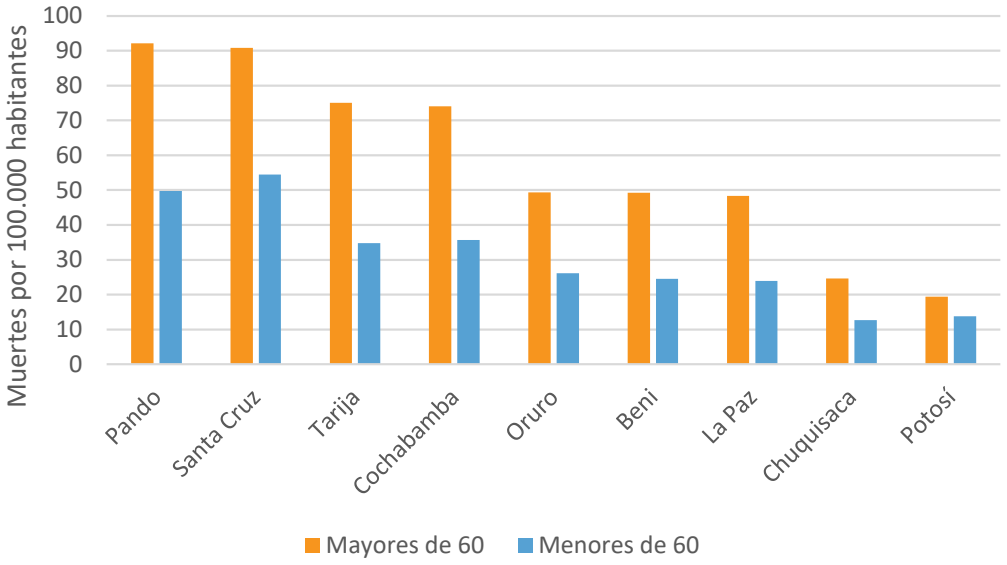
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia[27].

Adicionalmente, la Figura 33 muestra datos sobre las defunciones por coronavirus por 100.000 habitantes según departamento en el país. En este gráfico se puede notar que los departamentos más afectados por la pandemia en términos de muertes fueron Pando, Santa Cruz, Tarija y Cochabamba. En los nueve departamentos se nota la marcada diferencia en la cantidad de muertes según grupos etarios.

[26] Según datos de la OMS, la población de personas de la tercera edad (60 o más años) en 2019 era de 1,172,745, comparada con los 10,746,616 habitantes que tenían entre 0 y 59 años.

[27] Estas estimaciones no son necesariamente representativas y deben ser consideradas como referenciales.

Figura 33 - Bolivia: Muertes por COVID-19 por 100.000 habitantes, según departamento y grupo de edad en 2020



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia [28].

Nuevamente, es importante notar que existe un significativo subregistro en este conjunto de datos administrativos, por lo que las cifras podrían estar muy por debajo de sus valores reales. Sin embargo, son útiles para realizar comparaciones entre departamentos y/o regiones.

3. 4. 6 Acceso a salud de las personas mayores

En los últimos 20 años, Bolivia avanzó en la cobertura de servicios hacia las personas mayores mediante programas de aseguramiento público. De acuerdo con la información de las encuestas de hogares, hasta el primer quinquenio de los años 2000 la cobertura de la seguridad social de corto plazo, a través de las Cajas de Salud atendía al 16% de las personas de 60 años y más y, entre 2007 y 2021, se mantuvo entre 25% y 28% manifestando dificultades de atender a través de este subsistema. Por otro lado, antes de 2007 el sistema público de salud carecía de mecanismos para la atención específica de personas mayores, de manera que la proporción de este grupo de población que no atendía su salud era alrededor de 64%, manifestando una evidente desprotección de la salud.

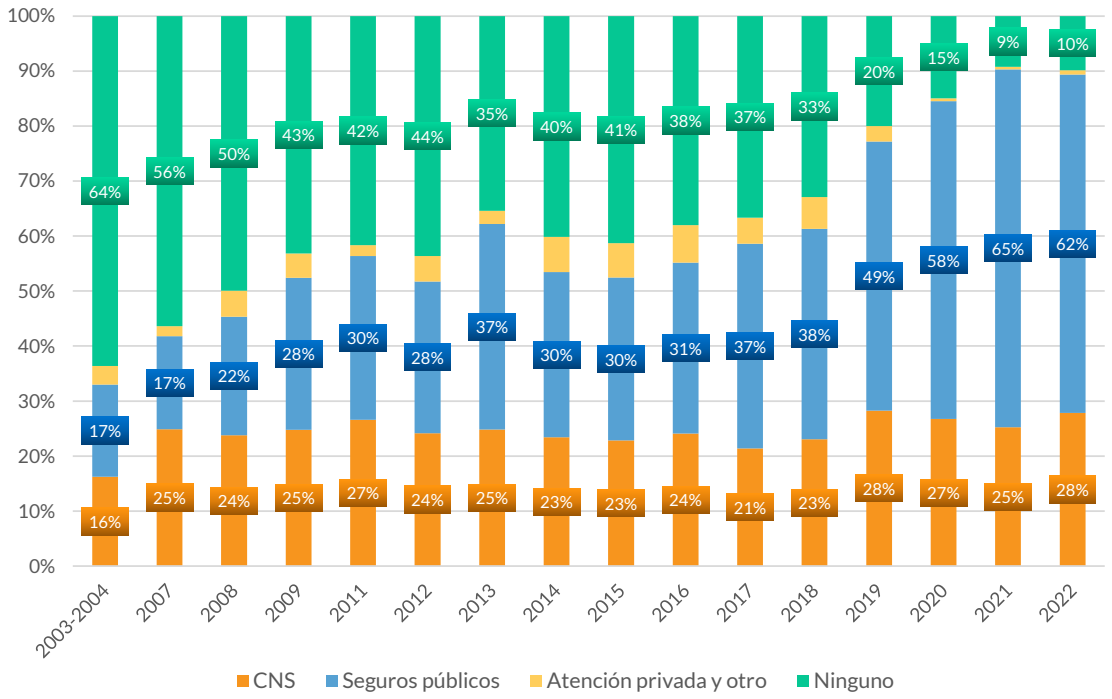
En enero de 2006 se promulgó la Ley No. 3323 del Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM) que, con carácter integral y gratuito, se orienta a prestar servicios de atención de la salud preventivos y curativos en todos los niveles a las personas de 60 y más años con residencia permanente en el territorio nacional y que no dispongan de ningún tipo de seguro de salud. Dicha ley se reforzó con el Decreto Supremo No. 28968 de diciembre de 2006, que regula el ámbito de aplicación yestablece la regulación de la afiliación, beneficios, gestión, control y financiamiento del SSPAM. Cada gobierno municipal era encargado de afiliar a los beneficiarios a través de un formulario de inscripción y la asignación a un centro de salud, como la referencia a hospitales de segundo y tercer nivel. Entre los beneficios de atención de salud, el SSPAM incluyó las siguientes

[28] Estas estimaciones no son necesariamente representativas y deben ser consideradas como referenciales.

prestaciones: promoción, prevención y educación sanitaria, consulta externa, exámenes complementarios (laboratorios, radiografías, ecografías y otras pruebas), atención odontológica, hospitalizaciones, tratamiento médico quirúrgico y provisión de insumos y medicamentos.

Por supuesto, también se definieron aquellas atenciones que no están incluidas en las prestaciones, entre ellas las prótesis funcionales y neurológicas, audífonos, aparatos dentales, cirugía plástica, trasplantes de órganos y otros de alta complejidad. Bajo este modelo de atención, la cobertura de los seguros públicos superó el 30% durante su aplicación y, en consecuencia, absorbió a la población que antes no tenía acceso a los servicios de salud, disminuyendo desde casi 60% en 2006 hasta 40% en 2015.

Figura 34: Porcentaje de personas de 60 y más años por tipo de acceso a servicios de salud



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

En diciembre de 2013, con la promulgación de la Ley No. 475, Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado, se establecen las bases de la universalización de la atención integral en salud para la población. Se definen de manera clara los beneficiarios de los servicios, siendo los mismos: i. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto. ii. Niñas y niños menores de cinco años de edad. iii. Mujeres y hombres a partir de los sesenta años, iv. Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva y, v. Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (SIPRUNPCD).

Entre las prestaciones de atención integral de salud se mencionan: la promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales,

insumos médicos y productos naturales tradicionales. A través de reglamentación específica, se detallan prestaciones, costos, exclusiones, modalidad de pago y ampliación de prestaciones y de beneficiarios en el marco de la atención integral y protección financiera de salud. Por otro lado, la Ley No. 475 contemplaba los recursos de financiamiento, a cargo del Tesoro General del Estado, de la coparticipación tributaria, la cuenta del Diálogo 2000 y del Impuesto Directo a los Hidrocarburos.

Con este marco normativo, el 38% de las personas mayores que accedieron al sistema de salud público y menos de un tercio de dicha población estuvo sin acceso a servicios de salud. Finalmente, en 2019 se promulgó la Ley No. 1152 del Sistema Único de Salud (SUS) en Bolivia que modificó la Ley No. 475 e instauró al SUS como un mecanismo para garantizar el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud de toda la población. Entre los aspectos operativos, el acceso al sistema en condiciones normales (excepto emergencias) se realiza a través de los establecimientos de primer nivel donde se brindan servicios integrales con énfasis en la promoción, prevención y atención de enfermedades frecuentes y, mediante referencia, se accede a hospitales de segundo y tercer nivel donde se realizan servicios de curación y tratamiento de enfermedades.

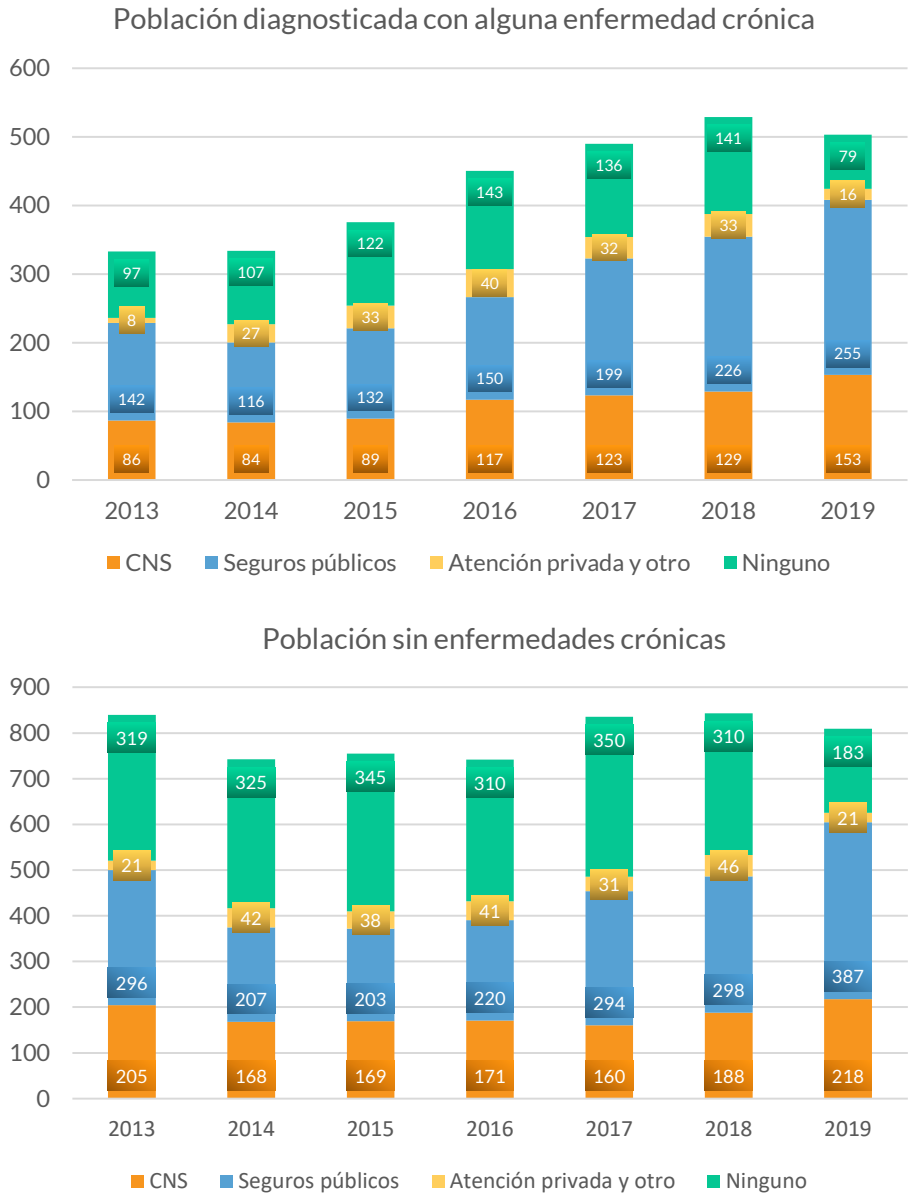
A partir de la Ley No. 1152 los establecimientos públicos de salud brindan atención gratuita para todos, incluyendo a las personas mayores. Aunque destaca una atención gradual, la demanda de servicios de salud creció principalmente en dicha población adulta mayor. Por otro lado, amplió los beneficios a personas extranjeras, definiendo claramente el acceso a través del primer nivel de atención; instaura la atención sanitaria universal y gratuita que, de manera gradual, abarca 1.200 funciones que cubren 460 productos, tales como cuidados, exámenes de laboratorio, cirugías y otros.

En los últimos años, después de la pandemia de COVID-19, se expandió la demanda de servicios de salud, especialmente de personas de 60 y más años: en 2022 casi el 62% de las personas mayores utilizaron los servicios en el marco del SUS y dejó a solo 10% de este grupo poblacional sin atención. Si bien es un logro importante, existen problemas asociados al financiamiento y la eficacia de la atención, falta de recursos humanos, medicamentos y otros insumos.

Existe un desafío sobre la protección de la población de 60 años y más que fuera diagnosticada con enfermedades crónicas. Al respecto, se evidencian dos tendencias: la primera, un aumento de las personas mayores diagnosticadas, desde casi 330 mil en 2013 hasta más de 500 mil en 2019, señalando un claro aumento de problemas de salud asociados al envejecimiento de la población y, en segundo término, un incremento de las prestaciones hacia la población con enfermedades crónicas, sobre todo a través de los seguros públicos (en 2013 dichos seguros atendían alrededor de 142 mil personas y en 2019 se atendieron casi 255 mil personas mayores), mientras que la seguridad social contributiva y atención privada acompañaron este aumento, con los beneficios que implica disponer de atención en enfermedades complejas.

Por otro lado, aquella población que no fue diagnosticada con enfermedades crónicas, y se supone que demanda atenciones de menor complejidad, también mostró una creciente cobertura por parte de los seguros públicos no contributivos (SSPAM y SUS) y, al contrario, la disminución acelerada de aquella que no tiene ninguna atención de salud.

Figura 35: Atención de salud de la población de 60 con diagnóstico de enfermedad crónica por tipo de acceso a los servicios de salud (en miles de personas)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

En resumen, los esfuerzos del Estado Plurinacional de Bolivia para proteger la salud de las personas mayores fueron relevantes, incluyendo la cobertura de aquellas que requieren atenciones de mayor complejidad, como lo son las enfermedades crónicas. Los seguros públicos incorporaron rápidamente a las personas de este grupo poblacional, aunque se desconoce la efectividad y las barreras que dificultan la atención de salud de las personas mayores.

En esta sección se han analizado las características sociodemográficas de la población adulta mayor en Bolivia, se han estudiado los factores principales que afectan su calidad de vida (especialmente relacionados con su salud) y se han detallado las enfermedades principales que causan su muerte. La actividad física, la estimulación intelectual y una dieta saludable se asocian con una mejor salud física y mental, mientras que la desnutrición, el sedentarismo y el abuso de sustancias como alcohol y tabaco afectan negativamente su bienestar. Promover hábitos

saludables es clave para retrasar enfermedades y mejorar el envejecimiento. Además, con el envejecimiento de la población boliviana, aumentan las enfermedades crónicas derivadas del estilo de vida, como las cardiovasculares, respiratorias, cánceres y diabetes, lo que incrementa el gasto en salud. Por ello, es fundamental desarrollar políticas públicas que aborden tanto el estilo de vida como las enfermedades crónicas de las personas mayores, mejorando su calidad de vida y reduciendo los costos sanitarios.

4. Condiciones económicas de las personas mayores

Este capítulo describe las fuentes de ingresos que perciben las personas mayores y si estas son suficientes para garantizar un estándar de vida mínimo aceptable; es decir, que sean suficientes para no ser catalogados como pobres en sentido monetario. De la discusión de la condición laboral, recuérdese que al menos una de cada dos personas mayores desempeña una actividad laboral para todos los años analizados.

4.1 Ingresos y gastos de hogares con personas mayores

En materia de los ingresos que percibe este grupo etario, se encuentra que la principal fuente de financiamiento para las personas mayores es su actividad laboral principal (que representa al menos un 45,1% de sus ingresos totales), seguido por las transferencias de la seguridad social, que incluyen, principalmente, rentas por jubilación, aportando alrededor de un cuarto del ingreso total. Las transferencias del gobierno, que para este grupo etario se traduce en la renta dignidad, se consolidan como la tercera fuente más importante de ingresos, aportando entre 11,7% y 16,1%, dependiendo del año de análisis.

Tabla 6: Composición del ingreso de personas mayores (en % del ingreso total)

	2011	2015	2019	2021
Actividad primaria	49,4%	46,7%	44,1%	44,3%
Actividad secundaria	1,4%	1,9%	1,1%	0,8%
Ingreso no-laboral	49,2%	51,3%	54,8%	54,9%
Por propiedades	5,9%	5,8%	6,1%	5,8%
Por seguridad social	24,9%	26,9%	28,5%	26,5%
Por transferencias de otras familias	6,6%	5,6%	5,8%	6,5%
Por transferencias de gobierno	11,7%	13,1%	14,4%	16,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares

Se observa que la relevancia del ingreso laboral dentro del ingreso total está declinando, pasando de 50,8% en 2011 a 45,1% en 2021. Esto sugiere que, si se mantiene la actual trayectoria de la composición de ingresos, las personas mayores, aun cuando trabajan, obtendrán ingresos principalmente a través de fuentes no relacionadas a su actividad laboral. Es evidente que los recursos monetarios de los hogares que tienen las rentas por seguridad social y las transferencias que otorga el Estado a través de la Renta Dignidad tienen un peso relevante en el ingreso del hogar.

Ahora bien, sabiendo que aproximadamente uno de cada cuatro hogares bolivianos tiene como miembro a una persona mayor, y que probablemente esta persona ostente el cargo de la jefatura del hogar, es pertinente conocer si existen diferencias sistemáticas en los ingresos agregados a nivel de los hogares con y sin personas mayores (PM). A continuación, se presenta una desagregación de los ingresos por hogar y el ingreso per cápita por tipo de hogar.

Tabla 7: Ingresos promedio por tipo de hogar (en Bs. de 2021)

	2011		2015		2019		2021	
	Sin PM	Con PM	Sin PM	Con PM	Sin PM	Con PM	Sin PM	Con PM
Ingreso laboral	1.525,2	450,2	2.139,3	651,1	3.030,4	890,0	2.795,7	779,7
Actividad primaria	1.437,9	429,2	2.063,5	621,4	2.925,7	872,2	2.697,3	765,5
Actividad secundaria	87,3	21,0	75,8	29,6	104,8	17,8	98,3	14,2
Ingreso no-laboral	313,8	549,6	356,4	797,2	397,3	1.240,4	321,6	1.249,8
Por propiedades	44,2	71,2	91,7	106,1	101,0	125,5	77,2	128,2
Por seguridad social	06,0	253,3	04,4	370,5	32,6	585,0	22,2	516,0
Por transferencias de otras familias	263,5	96,3	260,4	127,5	263,6	218,8	222,1	285,0
Por transferencias de gobierno (RD)	00,0	128,8	00,0	193,1	00,0	311,0	00,0	320,6
Ingreso promedio total	1.839,0	999,7	2.495,7	1.448,2	3.427,7	2.130,4	3.117,2	2.029,6
Ingreso per cápita	676,5	796,8	1.060,0	1.209,5	1.319,5	1.662,5	1.292,7	1.569,2

Nota: *Ingresos deflactados con el IPC de 2021 para que sean comparables entre años*

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares

Se evidencia que el ingreso laboral promedio de los hogares sin personas mayores es superior al de los hogares con personas mayores. Esto no es necesariamente llamativo puesto que, como se había mencionado, aproximadamente el 50% de las personas mayores ya no trabajan. Empero, la diferencia que sí es notoria son los ingresos no-laborales, siendo los ingresos de los hogares con personas mayores, en promedio, superiores hasta más del doble en relación con los hogares sin al menos una persona mayor. Esta dinámica se da, principalmente, por los ingresos relacionados a la Renta Dignidad (expresado en las transferencias de gobierno) y las transferencias por seguridad social (jubilación, invalidez y orfandad/viudez). En materia de remesas, los hogares que reportan haber recibido transferencias de otras familias en 2011, 2015 y 2019 percibieron un mayor monto promedio que los hogares con personas mayores.

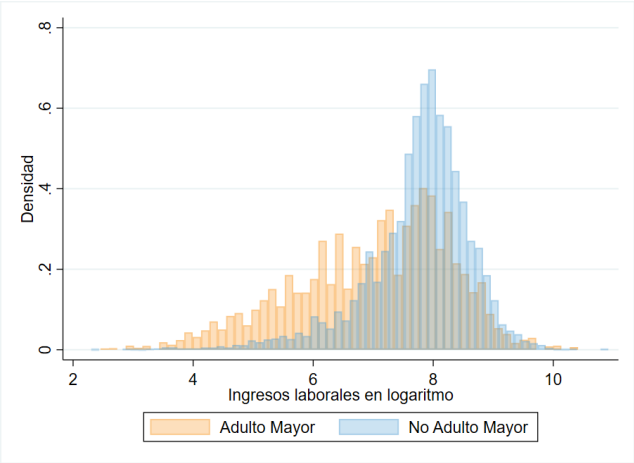
La suma de fuentes de ingreso laborales y no-laborales divididas por el número de miembros del hogar, es decir, el ingreso per cápita, muestra que los hogares con una persona mayor estarían algo mejor que los hogares sin personas mayores en materia de ingreso, evidenciándose el aporte de este segmento poblacional adulto mayor a la economía familiar. Nótese que, para ambos tipos de hogar, los ingresos per cápita y totales de 2021 son inferiores a los de 2019, lo cual es un hallazgo relevante para ver el impacto de la pandemia en el ingreso de las personas, el cual no se ha recuperado del todo.

Para matizar las diferencias de ingresos entre las personas por grupo etario, se presenta esta información en histogramas para comparar la distribución de ingresos entre personas mayores y el resto de la población. Se pueden evidenciar, de manera gráfica, las diferencias en los ingresos que perciben las personas de la tercera edad con relación a las personas más jóvenes.

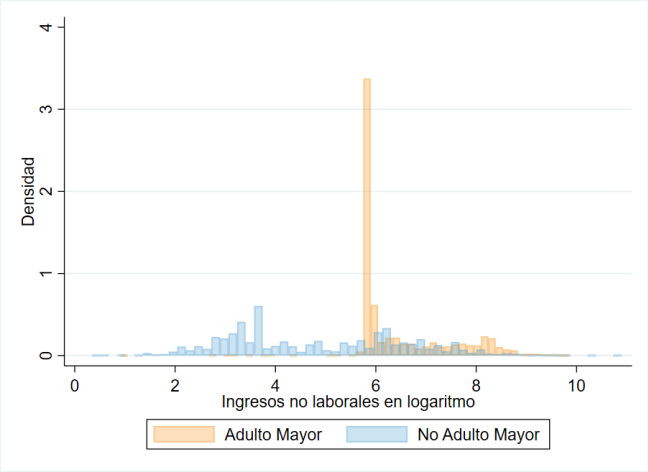
[29] Nótese que, para esta categoría, la única variable que se ha considerado es justamente la Renta Dignidad.

Figura 36 - Bolivia: Ingresos personales en logaritmo, 2021

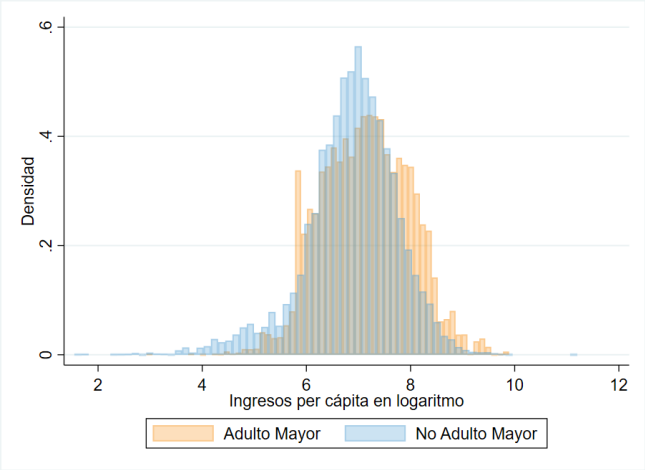
(a) Ingreso laboral - mayores de 14 años



(b) Ingreso no-laboral



(c) Ingreso per cápita



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuestas de Hogares

Si bien existe correspondencia razonable entre el ingreso con la calidad de vida que tienen las personas (esto es: a mayor ingreso, mayor calidad de vida), las necesidades que tiene una persona a lo largo de su vida no son constantes. Por ejemplo, el requerimiento de servicios relacionados a salud y cuidados están típicamente asociados a la primera infancia y tercera edad, con las respectivas erogaciones monetarias que representan. Por ello, es pertinente analizar también los niveles de gasto.

Para construir el indicador de gasto, concretamente de gasto corriente, se consideraron cuatro categorías: gasto alimentario, gasto no-alimentario (por ejemplo, educación, transporte, artículos de limpieza, entre otros)[30], gasto en servicios básicos (agua, electricidad, combustibles para cocinar y por servicio telefónico) y, finalmente, gasto en salud (internación, exámenes, aparatos, medicinas y consultas). A continuación, se presenta la información del gasto.

Tabla 8: Gasto corriente y per cápita mensual por tipo de hogar (en Bs. 2022)

	2011		2015		2019		2021	
	Sin AM	Con AM	Sin AM	Con AM	Sin AM	Con AM	Sin AM	Con AM
Gasto alimentario	456,46	488,04	583,26	582,84	516,36	580,70	550,32	567,05
Gasto no-alimentario	630,94	242,77	897,83	360,92	989,84	428,03	874,37	373,03
Gasto en servicios básicos	48,52	51,89	88,63	79,24	95,15	86,36	92,57	89,54
Gasto en salud	4,14	10,62	34,44	38,18	47,19	55,31	32,06	56,36
Gasto total	1.209,46	793,61	1.664,79	1.065,98	1.698,27	1.151,21	1.587,60	1.087,15
Gasto per cápita	509,77	536,91	688,55	734,20	769,29	820,93	709,21	755,29

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares

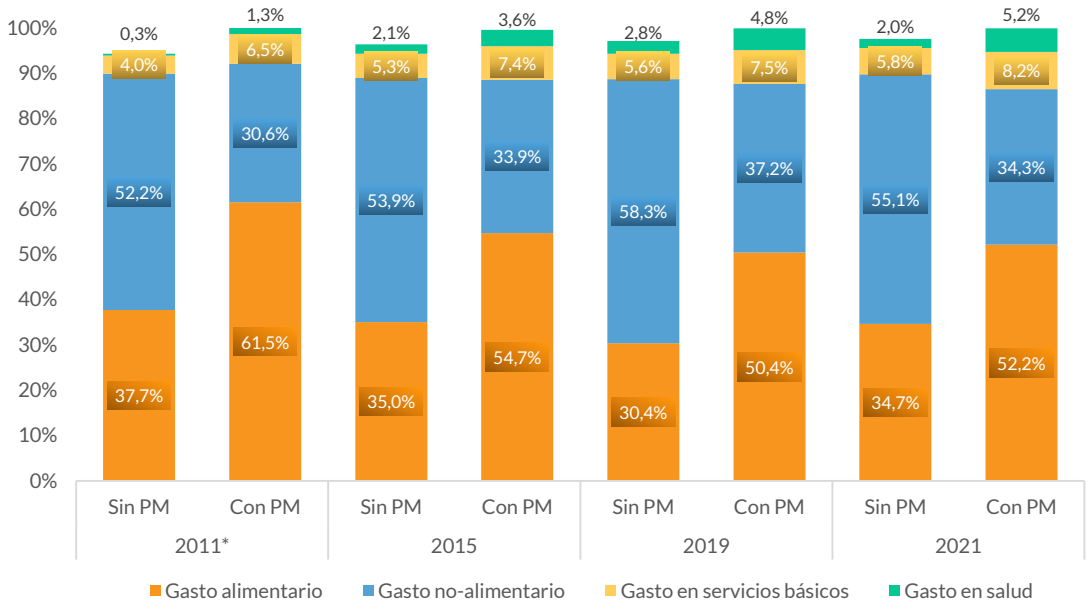
Los resultados muestran una tendencia similar a la evidenciada en el ingreso: los niveles de gasto en 2021 son inferiores a los realizados por los hogares en 2019. Esto quiere decir que, tanto por el lado del ingreso como del gasto, los niveles de bienestar de la población aún no se recuperaron a niveles pre-pandemia.

Asimismo, se encuentran discrepancias significativas la participación porcentual del gasto de los hogares con y sin personas mayores. Los hogares sin personas mayores gastan menos en alimentación que los hogares con personas mayores (los promedios para los 4 años estudiados fueron de 34,5% y 54,7%, respectivamente)[31]. Alrededor del 55% del gasto total en hogares sin personas mayores se destinan a gastos no-alimentario, destacando los gastos en educación y transporte, mientras que los hogares con personas mayores destinan a esta categoría un 34%. Alrededor del 5,2% del gasto se destina a los servicios mínimos esenciales de la vivienda en hogares sin personas mayores y 7,4% en hogares con personas mayores. Los gastos en salud de personas mayores llegaron a representar más del doble que en hogares sin personas mayores (3,7% y 1,8% respectivamente).

[30] Nótese que, en 2011, el cuestionario de la Encuesta de Hogares no tiene algunas subcategorías de gasto que sí incluyen el resto de las encuestas, como gastos financieros y compra de ciertos artículos y no incluye turismo. Por lo cual, la comparabilidad para este año es limitada y lo más probable es que este gasto no-alimentario esté subestimado.

[31] Nótese que la erogación en bolivianos de 2022 es muy similar entre los dos tipos de hogares presentados. Es la participación la que es distinta.

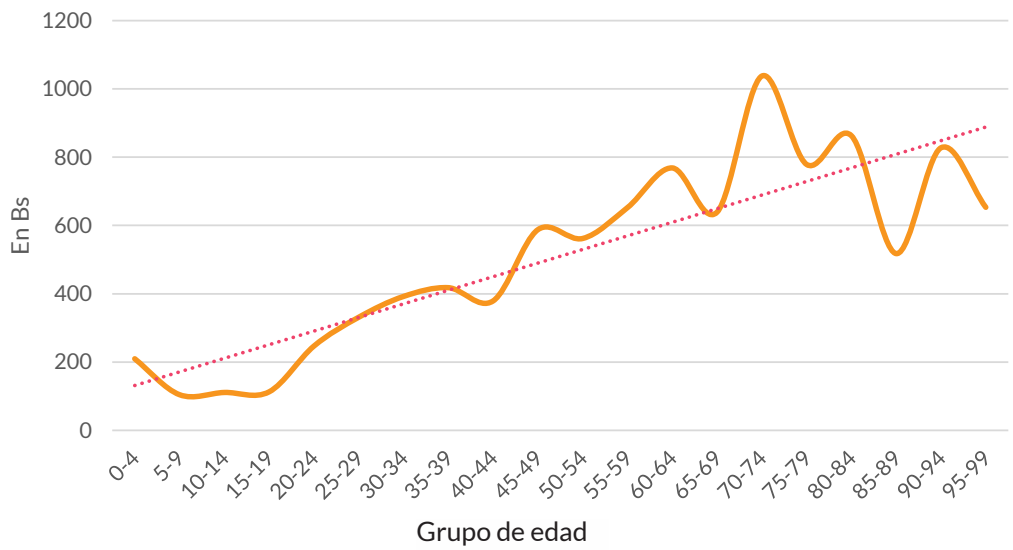
Figura 37 - Bolivia: Composición del gasto por tipo de hogar



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuestas de Hogares

Como se podría haber anticipado, el gasto en salud de una persona es creciente en el tiempo[32]. En la siguiente figura se presenta el gasto en salud efectivo reportado, el cual tiene una tendencia que muestra la relación creciente y directa entre gasto y edad. Las personas mayores gastan, en promedio, aproximadamente 786 bolivianos (aproximadamente 113 dólares estadounidenses) al año en gastos relacionados a salud. Claro que este monto varía dependiendo si una persona tiene enfermedades de base o algún impedimento físico que requiera de mayor atención médica.

Figura 38: Bolivia: Gasto en salud anual - 2021

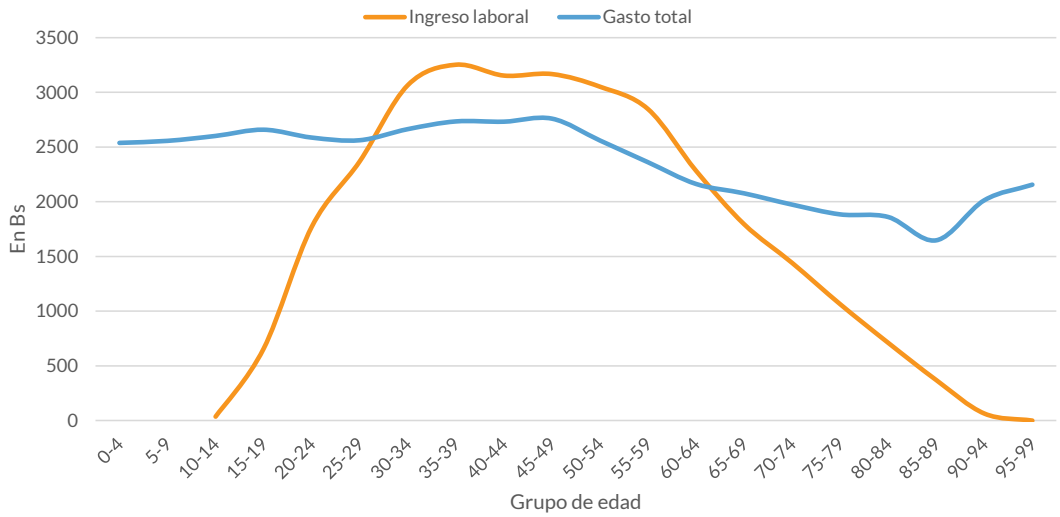


Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuestas de Hogares

[32] Como aproximación de esta dinámica se usa el promedio de gasto en salud que reportan las personas para cada tramo de edad. En los últimos grupos etarios no se cuenta con muchas observaciones, por lo que lo más relevante del gráfico es la línea de tendencia.

Aproximando un modelo de cuentas de transferencia propuesto por Pardo (2019)[33], se puede establecer un vínculo entre los ingresos laborales que percibe una persona y los gastos que tiene a lo largo de su vida. Aquellos años del ciclo de vida de las personas en los cuales el gasto sea superior al ingreso laboral se incurre en desahorro (los ingresos laborales son insuficientes para generar un excedente monetario, y deben financiarse con ingresos de otras personas y familiares); mientras que, cuando generan los ingresos suficientes para cubrir los gastos, son años que se ahorra. Según las estimaciones presentadas, una persona empieza a generar un excedente para el ahorro entre los 25 y 29 años, aproximadamente. Mientras que el desahorro vuelve a recrudecer después de los 65 años de vida y se mantendría así por el resto de la vida.

Figura 39 - Bolivia: Ingresos y gastos corrientes a lo largo de la vida – 2021



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuestas de Hogares

Como se puede observar en la Figura 39, la brecha de ingresos laborales y gastos se va acentuando conforme aumenta la edad. Después de los 65 años, el promedio del déficit de ingresos laborales y gastos es de 1.167 bolivianos. Esto nuevamente realza la importancia de los ingresos no laborales después de los 65 años de vida de las personas, lo que a su vez presenta un desafío de sostenibilidad fiscal para mantener e idealmente aumentar las transferencias fiscales a las personas mayores en Bolivia para garantizarles una vida digna.

4.2 Pobreza monetaria de las personas mayores

Según los datos de la Encuesta de Hogares 2021, en Bolivia existen más de 383 mil personas mayores en situación de pobreza monetaria moderada. Esto quiere decir que el 28,7% de la población de 60 años o más, no cuenta con los ingresos suficientes para acceder a una canasta de bienes y servicios mínimos indispensables[34] que le permita vivir una vida digna.

La diferencia en la tasa de pobreza moderada entre la población mayor (60 años o más) y las personas menores de 59 años es significativa. Durante los años analizados, esta diferencia promedio varía entre 3,8 y 11,3 puntos porcentuales (con los valores más bajos en 2015 y los más altos en 2019), siempre en desventaja para la población más joven. En cuanto a la pobreza

[33] Este documento, realizado por un investigador de UDAPE, forma parte de un documento agregado de la CEPAL citado en la bibliografía como Turra y Fernandes (2021); véase https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3f7b0487-2d48-453f-a083-e7d3278da358 la presentación de Pardo.

[34] La valoración de esta canasta de consumo se expresa en una línea de pobreza.

extrema, se observa una tendencia similar, con diferencias que oscilan entre 1,3 y 6 puntos porcentuales, también en detrimento de las personas más jóvenes.

En materia de la intensidad o brecha de pobreza, que se define como lo que le faltaría en ingreso a una persona para alcanzar la línea de pobreza en términos de esta[35], los resultados estimados permiten evidenciar que serían las personas mayores pobres quienes están consistentemente más cerca de alcanzar la línea de pobreza: El promedio de los cuatro años considerados es 12%; mientras que de la población menor a 59 años es 16,7%. Sin embargo, es quizá más difícil para las personas mayores conseguir nuevas fuentes de ingresos (la mitad de ellos ya no trabaja y dependen en mayor medida de sus ingresos no-laborales) y, por lo tanto, también sería una situación más difícil de superar.

Tabla 9: Incidencia y brecha de pobreza por ingresos por persona mayor (PM) y persona no-mayor

	2011		2015		2019		2021	
	No-AM	AM	No-AM	AM	No-AM	AM	No-AM	AM
Pobre Moderado	45,9%	36,9%	39,0%	35,2%	38,5%	27,2%	37,4%	28,7%
Brecha de pobreza moderada	20,5%	15,3%	17,1%	14,3%	14,9%	9,2%	14,3%	9,0%
Pobre Extremo	21,3%	17,6%	17,0%	15,7%	13,5%	8,0%	11,8%	5,8%
Brecha de pobreza extrema	9,7%	5,9%	7,9%	5,2%	5,5%	2,0%	4,7%	1,4%

PM: Persona Mayor; No-PM: Persona no mayor (de hasta 59 años)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuestas de Hogares

Sin embargo, esta forma de medir la pobreza, según Deaton y Paxson (1998), no sería la más adecuada para personas mayores. Se argumenta que existen algunos supuestos que no necesariamente se cumplen, por ejemplo, para calcular el ingreso per cápita (que es el que se compara con la línea de pobreza para definir quienes se encuentran en una situación de pobreza) se divide el ingreso total del hogar entre cada miembro, asumiendo que se asigna el ingreso equitativamente. En este sentido, si un hogar tiene niños pequeños, el nivel de ingresos para garantizar, por ejemplo, una dieta balanceada, es relativamente menor que para un adulto, puesto que su requerimiento calórico es menor; pero esta realidad no se refleja en el indicador de ingreso per cápita y, por consiguiente, en la incidencia de la pobreza. Deaton y Paxson (1998) mencionan que esto es particularmente relevante en países en desarrollo, como Bolivia, donde los hogares asignan, en promedio, gran parte de su ingreso a la compra de alimentos y que las líneas de pobreza estimadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) recogen estos patrones de consumo y los valoran a precios de mercado.

Por lo tanto, estos autores sugieren ajustar el indicador con el cual se define la pobreza por la existencia de economías de escala, que se define como la existencia de algunos bienes en el hogar que no son necesariamente privados y cuyo uso no es excluyente para cada miembro del hogar, sino que puede beneficiar a más de una persona a la vez, como un televisor, por ejemplo. Además,

[32] Técnicamente hablando, para los pobres encuentra: $\sum_{i=1}^{P} \frac{z-y_i}{z}$, donde z es la línea de pobreza, y_i es el ingreso per cápita y P es la población pobre.

[32] Recuérdense que, según las estimaciones realizadas, el 54% del gasto en alimentos.

la relación de las necesidades de un niño en comparación con un adulto no es igual, sino que las necesidades de un niño son menores a las de un adulto [37].

Ambos factores combinados, expresados en una "escala de equivalencias", permiten ajustar un indicador de manera que refleja de mejor manera las necesidades de los diferentes miembros de un hogar y que no todo el consumo es exclusivamente privado. De esta manera, se ajustaron tres indicadores para matizar los datos oficiales de incidencia de pobreza que estima el INE: el ingreso, el gasto y la línea de pobreza [38].

Si se comparan los ingresos que genera un hogar con esta línea de pobreza ajustada, se encuentra que para 2021, el 20,7% de las personas mayores se encuentran en una situación de pobreza moderada y no un 28,7%, como sugiere una línea de pobreza igual para todas las personas.

Esto es posible por la composición de los hogares en los que viven las personas mayores: el 71% de los hogares con una persona mayor tiene hasta cuatro miembros. Estos hogares, en promedio, tienen una proporción de personas mayores del 50% del total de miembros; la proporción de adultos (personas con una edad entre 14 y 59 años) es del 38% y los niños y niñas del 12%.

En el Anexo 2 se presenta un ejercicio de análisis de sensibilidad de los parámetros que utilizan estas escalas de equivalencia. Se encuentra que, dada la composición de los hogares en los que viven las personas mayores, el parámetro más relevante es el que aproxima economías de escala, puesto que la presencia de personas menores a 14 años es limitada.

Ahora bien, si se ajusta el indicador del gasto de similar manera a la línea de pobreza, se encuentra que los hogares de hecho tienen un nivel de consumo superior al que permite evidenciar el gasto per cápita, que asume una distribución equitativa entre los miembros del hogar. Sin embargo, los niveles de gasto en 2021 no son superiores a los de 2019, reafirmando que el consumo tampoco se recuperó del todo después de la pandemia.

Resalta el hecho de que, entre 2011 y 2021, la diferencia del gasto ajustado por adulto equivalente no solamente se explica por el aumento del gasto real, sino también por la recomposición de los hogares en materia de sus miembros. La Tabla 10 resume esta información.

Tabla 10: Comparación de gasto mensual real per cápita y por adulto equivalente (AE) en bolivianos de 2021

	2011		2015		2019		2021	
	Real	Real AE	Real	Real AE	Real	Real AE	Real	Real AE
Gasto alimentario	292,4	417,4	364,1	509,9	399,6	555,3	370,7	508,0
Gasto no-alimentario	151,0	207,5	235,4	319,4	262,3	349,2	240,9	319,5
Gasto en servicios básicos	24,9	34,5	37,3	50,8	42,6	57,3	42,5	56,9
Gasto en salud	2,5	3,5	22,4	30,9	24,3	32,6	28,3	37,9
Gasto per cápita	515,6	727,7	699,1	967,8	781,0	1.069,0	719,5	974,8

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuestas de Hogares

[37] La fórmula matemática y la discusión más amplia de la "escala de equivalencias" se encuentran en el Anexo 1 al final de este documento.

[38] Un indicador ajustado por la escala de equivalencia se denomina como "adulto equivalente", puesto que está ponderado por la diferencia entre niños y adultos y la existencia de bienes de consumo no necesariamente privados.

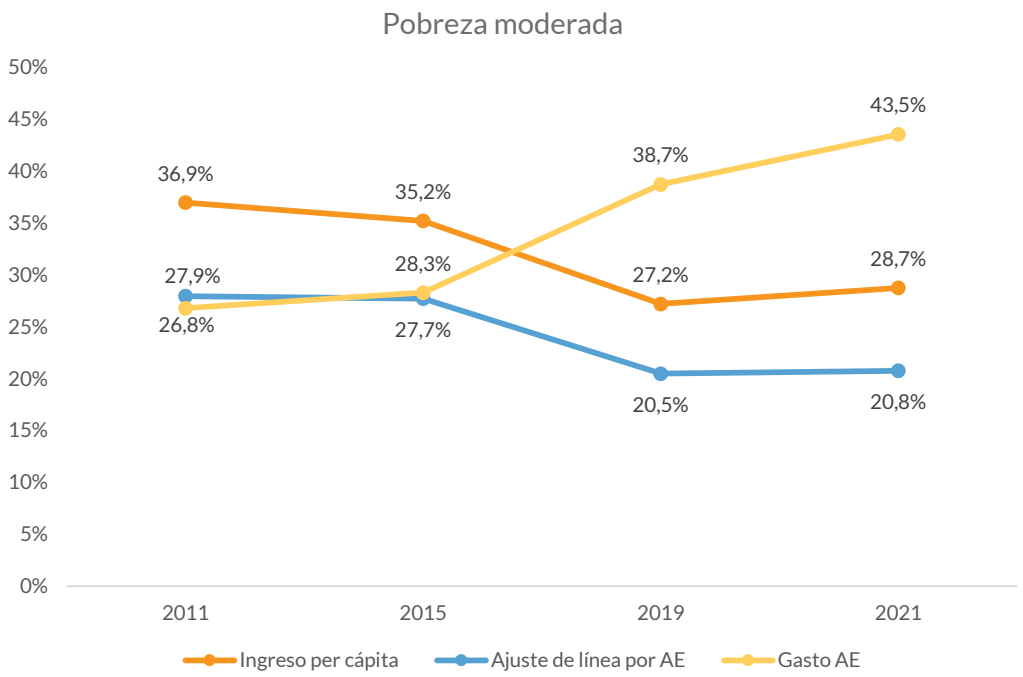
Si se compara el nivel de gasto por adulto equivalente con la línea de pobreza, se encuentra una incidencia de pobreza que refleja el gasto efectivo de los hogares y además que cumple con el estándar mínimo de calidad de vida que reflejan dichos umbrales. Para matizar estos resultados, se compara también con la incidencia ajustando la línea de pobreza con las escalas de equivalencia y el escenario inicial de comparar ingresos per cápita con la línea igual para todos (medida oficial que reporta el INE).

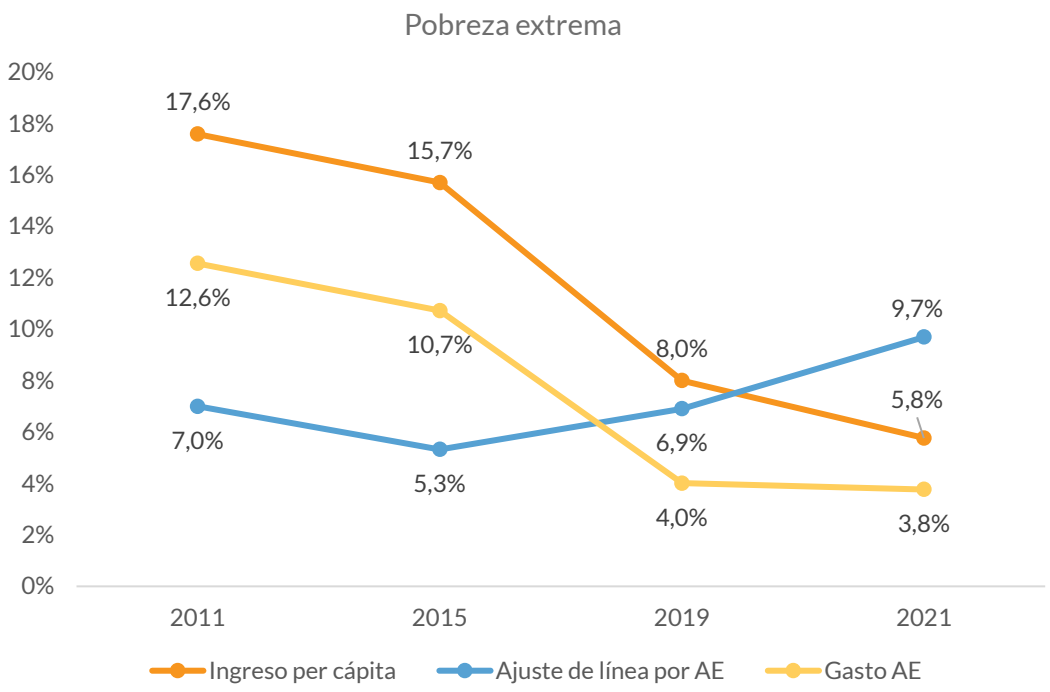
Por otro lado, se destaca que la incidencia de pobreza moderada, cuya respectiva línea de pobreza fue ajustada por la escala de equivalencias con los parámetros propuestos por Klasen et al. (2015) es consistentemente menor a la reportada oficialmente por el INE. Para el caso de pobreza extrema sucedió algo similar entre 2011 y 2015, con la salvedad de que la incidencia de pobreza extrema en personas mayores para 2021 fue superior ajustando la línea de pobreza. Nótese que en 2019 ya se había evidenciado un alza en el porcentaje de población en situación de pobreza extrema.

Entre 2011 y 2015, el gasto ajustado por adulto equivalente y la incidencia de pobreza por ingresos sin ajustes mostraban un comportamiento similar para las personas mayores en cuanto a la pobreza moderada se refiere. Pero entre 2019 y 2021, se observa un incremento en el número de personas en situación de pobreza moderada, medida por el gasto ajustado con relación a la métrica de ingresos sin ajustes. Asimismo, para el caso de pobreza extrema en el mismo periodo (2019-2021), la incidencia de pobreza usando el gasto ajustado y el ingreso per cápita tiene un comportamiento similar.

Con los ajustes realizados, la incidencia de pobreza usando la línea de pobreza moderada por adulto-equivalente e ingreso per cápita tiene un comportamiento similar; pero no así en el caso de pobreza extrema. Contrariamente, la incidencia de pobreza extrema tiene un comportamiento similar usando el indicador de gasto ajustado por adulto equivalente con el ingreso per cápita.

Figura 40 - Bolivia: Incidencia de pobreza con distintos ajustes para personas mayores





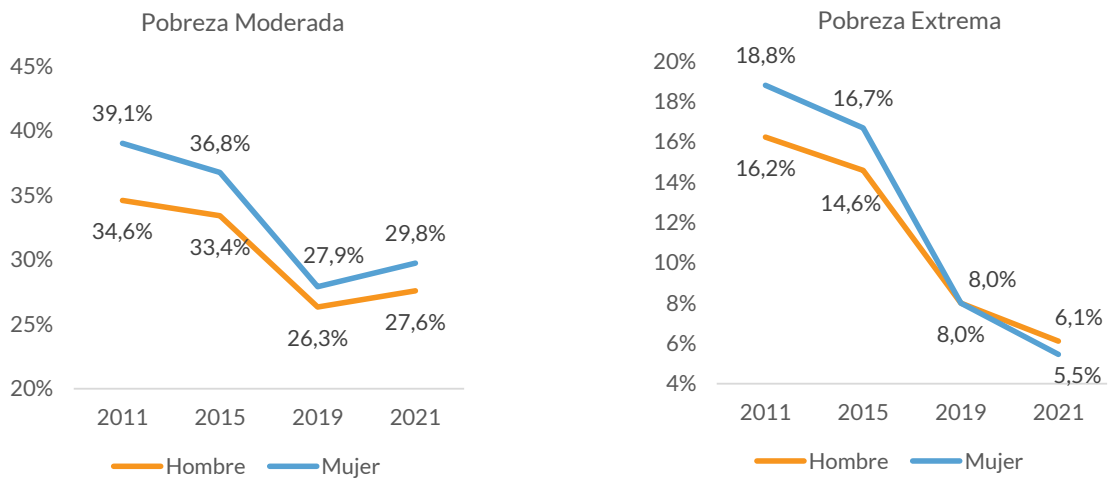
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuestas de Hogares

Cuando se distinguen los resultados desagregados según sexo, se observa que entre 2011 y 2021, la incidencia de pobreza fue predominantemente mayor en las mujeres, pero que la diferencia fue acortándose en los años analizados.

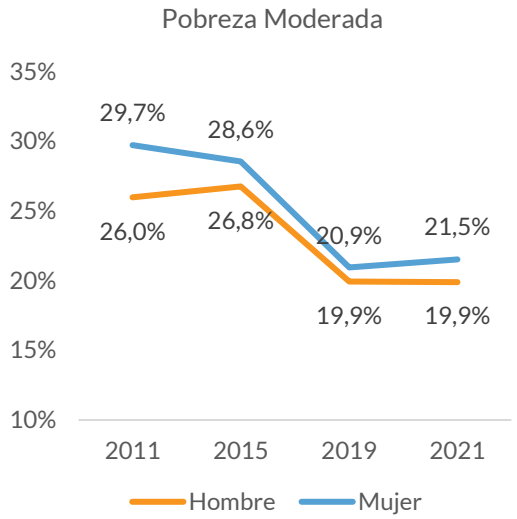
En este sentido, se encuentra que la brecha en la incidencia de pobreza entre grupos oscilaba entre 0,6% y 4,4% en 2011 (consistentemente en detrimento de las mujeres) a oscilar entre -0,7% a 2,8% en 2021; mostrando que en dos casos en concreto (ambos de pobreza extrema) la incidencia fue mayor en el grupo de varones.

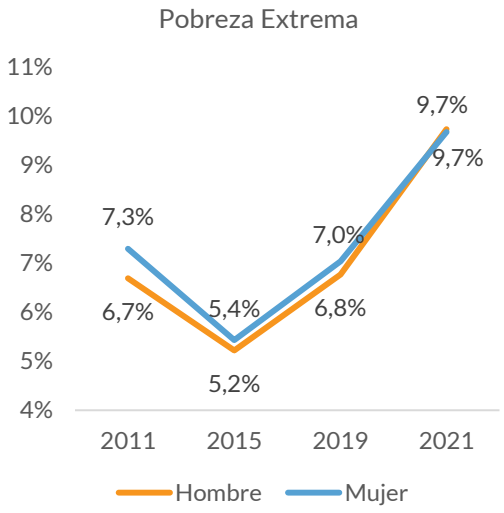
Figura 41 - Bolivia: Incidencia de pobreza con distintos ajustes para personas mayores

A) Ingreso por adulto equivalente

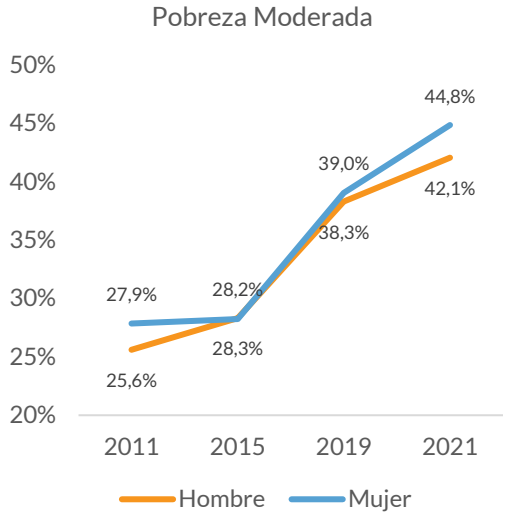


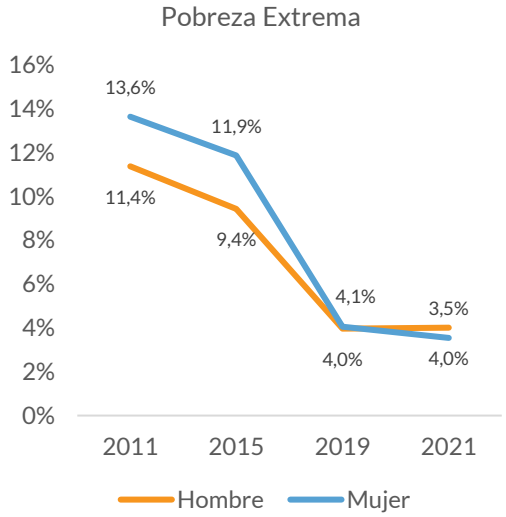
b) Ajuste de línea por adulto equivalente





c) Gasto por adulto equivalente





Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuestas de Hogares realizadas por el INE

A modo de síntesis, en este capítulo enfatizó en la composición de los ingresos que perciben las personas mayores. Los recursos monetarios de los hogares están cada vez más vinculados al componente no-laboral, resaltando la importancia de las transferencias del gobierno, de la seguridad social y también de las remesas. También se observó el destino del gasto de las personas mayores en comparación con la población más joven y resalta el creciente gasto en salud de las personas a lo largo de su vida. Uniendo tanto ingresos como egresos a lo largo de la vida, se propuso un modelo simple de cuentas de transferencia que muestra los años de ahorro y desahorro a lo largo de la vida de la persona.

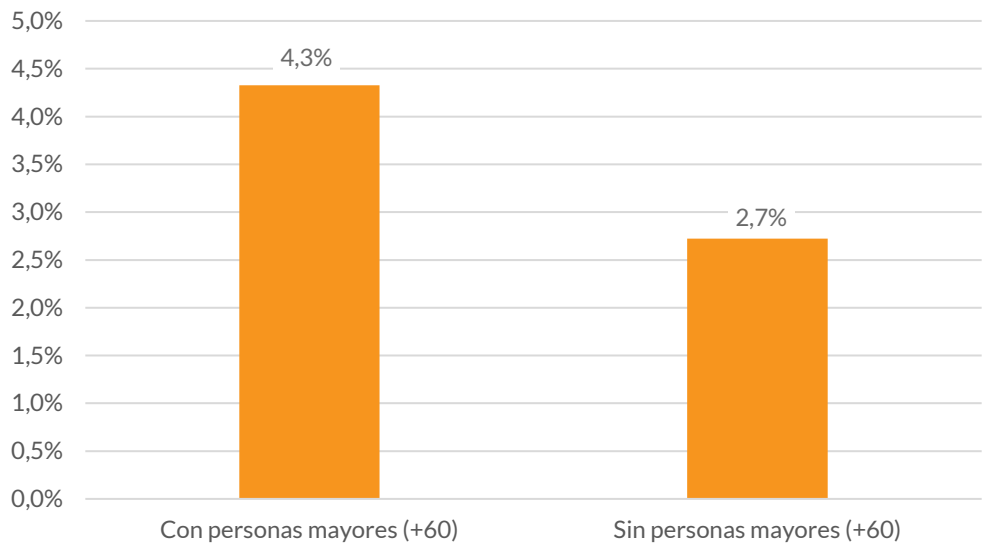
Posteriormente, se vinculó la parte de ingresos y gastos con la pobreza monetaria. Siguiendo las recomendaciones de Deaton y Paxson (1998), se ajustaron por escalas de equivalencia los flujos de ingresos y gastos, así como la línea de pobreza, de tal forma que reflejen de mejor manera los requerimientos alimentarios y economías de escala presentes en el consumo de las personas. Se destaca que las personas mayores tienen una mayor sensibilidad a las economías de escala puesto que los hogares en los que viven no tienen una elevada presencia de niños.

4.3. Gasto en salud de los hogares

En esta sección se presentan algunas estadísticas sobre el gasto en salud de los hogares bolivianos con personas mayores, utilizando datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) de 2016 elaborada por el INE[39]. El análisis de los costos asociados con la atención médica, medicamentos y cuidados especializados afectan los presupuestos familiares, señalizando la necesidad urgente de políticas que alivien esta carga económica. Comprender la dinámica del gasto en salud en el contexto boliviano es fundamental para desarrollar estrategias eficaces que garanticen un acceso equitativo y asequible a la atención médica para los adultos mayores en Bolivia, promoviendo así un envejecimiento saludable y digno en el país.

El proceso de envejecimiento, los estilos de vida adoptados y la presencia de discapacidad están estrechamente vinculados con los gastos en salud de los hogares bolivianos. A medida que las personas envejecen y enfrentan discapacidades, los costos asociados con la atención médica y compra de medicamentos aumentan, por lo que los hogares que cuentan con al menos una persona adulta mayor tienden a tener un mayor gasto en salud en proporción de su gasto total (Figura 42).

Figura 42 - Bolivia: Gasto en salud de hogares con y sin personas mayores – 2016 (en porcentaje del gasto total)

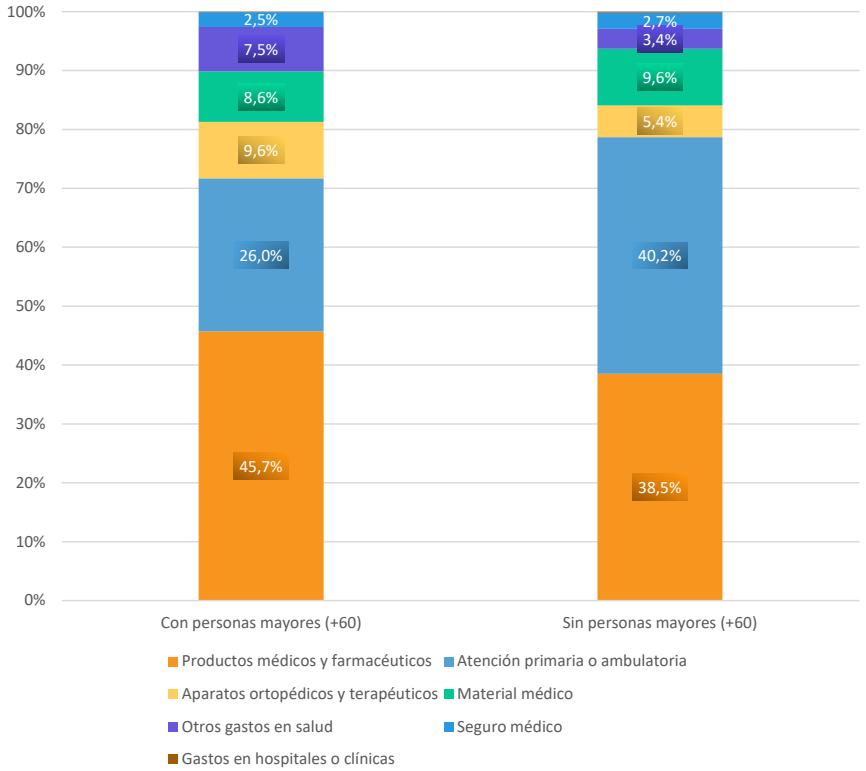


Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF 2016) - INE

La desagregación de estos gastos revela diferencias marcadas en términos de las partidas en las que más gasta cada tipo de hogar. Anteriormente, se vio que la proporción de fallecimientos causados por enfermedades no transmisibles es mucho mayor entre personas mayores, mientras que las muertes por condiciones transmisibles, maternales, perinatales y nutricionales y lesiones son más prevalentes para aquellos que se encuentran entre 0 y 59 años. Esto se traduce directamente en la Figura 43, que muestra que los hogares con personas mayores gastan más dinero en productos médicos y farmacéuticos y aparatos ortopédicos, mientras que aquellos que no cuentan con personas mayores de 60 gastan una mayor proporción en atención primaria o ambulatoria.

[39] Si bien se presentó información sobre el gasto en salud de los hogares en la sección anterior, esta información provino de las Encuestas de Hogares. Al ser esta sección específica de la EPF-2016 se la separó para poder analizar con mayor desagregación estos gastos en salud.

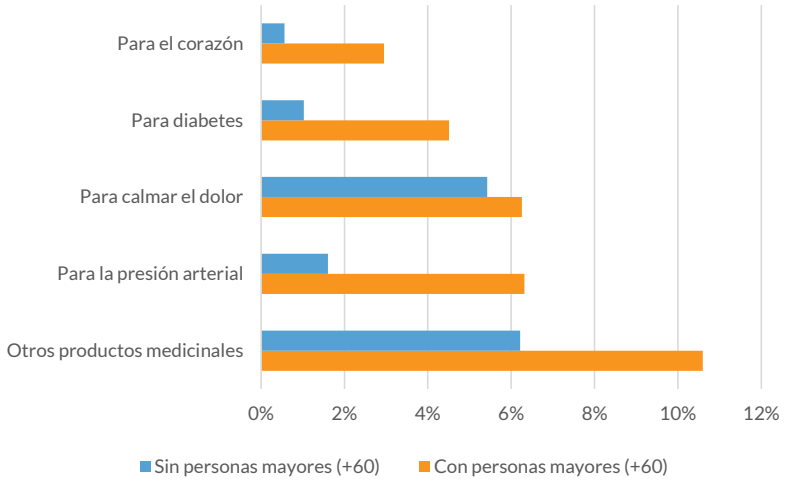
Figura 43 - Bolivia: Composición del gasto en salud de hogares con y sin personas mayores – 2016 (en porcentaje del gasto en salud)



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF 2016) – INE

Es también útil hacer una desagregación sobre aquellos productos médicos en los que los hogares con personas mayores gastan más dinero. Nuevamente, los productos farmacéuticos relacionados a la discapacidad, a las enfermedades crónicas y a las enfermedades no transmisibles son los que ocupan un mayor peso dentro del gasto total de los hogares con personas mayores. Algunos de estos son, por ejemplo, medicamentos para la presión arterial, para calmar dolores (analgésicos), para la diabetes (incluyendo insulina, metformina y glibenclamida), para enfermedades cardiovasculares y otros (Figura 44).

Figura 44- Bolivia: Gastos en medicamentos seleccionados en hogares con y sin personas mayores- 2016 (en porcentaje del gasto en salud)



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF 2016) – INE

A modo de cierre, comprender el perfil epidemiológico y los gastos que enfrentan las personas mayores es crucial para diseñar un esquema de protección social que responda adecuadamente a sus necesidades. Como se ha demostrado, los gastos en salud aumentan con la edad, condicionados a enfermedades de base y condición de discapacidad, y son esenciales para asegurar condiciones de vida mínimas que permitan a las personas mayores vivir con dignidad y plenitud.

5. Protección de personas mayores y el sistema integral de pensiones

A partir de la Constitución Política del Estado (CPE) de 2009 se reconocen los derechos, garantías y beneficios de las personas mayores en Bolivia, se plantea el derecho a una vejez digna con calidad y calidez humana (Art. 67) y establece que el Estado debe adoptar políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas mayores de acuerdo con sus capacidades y posibilidades y, entre otros aspectos, prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas mayores (Art. 68). Esta sección aborda el marco de la protección de las personas mayores, principalmente en lo dispuesto por la Ley General del Adulto Mayor (Ley No. 369 de mayo de 2013) y el sistema integral de pensiones (Ley No. 065 del Sistema de Pensiones), ambas como las principales acciones del Estado Plurinacional de Bolivia orientadas a la protección de las personas mayores[40].

5.1 Marco de protección de las personas mayores

Bolivia estableció la protección de las personas mayores bajo el marco de la Ley No. 369, Ley General del Adulto Mayor de 2013. Esta norma regula los derechos, garantías y deberes de las personas mayores, establece la institucionalidad de la protección de este grupo poblacional a partir de principios, trato preferente en el acceso a servicios, acceso oportuno a las prestaciones de la seguridad social integral, promoción de la libertad, provisión de alimentación, prácticas recreativas, incorporación al desarrollo económico productivo, formación técnica, alternativa o superior, y establece los deberes de las familias y la sociedad para promover entornos afectivos y erradicar la violencia contra este grupo poblacional.

Para el cumplimiento de dicha Ley se establecieron instancias de coordinación a través del Consejo de Coordinación Sectorial, acuerdos gubernamentales y la generación de información para el seguimiento a los casos. En cuanto a la vulneración de derechos de las personas mayores, las modificaciones al Código Penal incorporan definiciones para lesiones gravísimas con las correspondientes sanciones para quienes las infringen. Con el impulso de la Ley No. 369 se establecieron varios hitos, a continuación descritos.

En noviembre de 2013 se instaló el Consejo de Coordinación Sectorial "Por Una Vejez Digna" (Decreto Supremo No. 1807 de noviembre de 2013), que es la instancia consultiva de coordinación, concertación, proposición, cooperación, comunicación e información, constituido por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, presidido por el Ministerio de Justicia. Para el año 2016, la Asamblea Legislativa Plurinacional ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores por medio de la Ley No. 872 de 21 de diciembre de 2016.

[40] Por otro lado, la Ley del SUS, ya descrita en la parte 3.4, complementa las principales políticas orientadas a las personas mayores.

En 2017, el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional formuló el Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores 2016-2020, que responde al desafío de generar y ampliar mecanismos de garantía y protección de derechos de las personas mayores. Según el diagnóstico sistematizado de la situación del adulto mayor incorporado en dicho Plan, se detecta una vulnerabilidad de las personas mayores debido a la discriminación en el entorno familiar, en los centros de salud, en el ámbito laboral, en los servicios de transporte, en las instituciones públicas o privadas, y se expresa en estereotipos, exclusión y otras restricciones. Asimismo, la violencia y maltrato alcanzaría a cerca del 30% de personas mayores debido a la pérdida del rol social, baja autoestima, dependencia derivada de problemas de salud y bajos niveles de ingresos[41] , como también por la naturalización de la violencia psicológica, física, sexual y económica.

El Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional generó espacios de articulación, comunicación y coordinación con las organizaciones que involucran a personas mayores, con las entidades territoriales autónomas, instituciones públicas y privadas que trabajan en la defensa y protección de los derechos de esta población, con la finalidad de consensuar la política, contemplando las dimensiones de envejecimiento positivo, procurando una vejez digna con el propósito de lograr el principio constitucional del "Vivir Bien".

Desde la Defensoría del Pueblo y los Servicios Integrales de Justicia Plurinacional (SIJPLU) se establecieron servicios de atención a la violencia contra las personas mayores. A pesar de estos avances, todavía no se presentan regularmente estadísticas completas de la violencia contra este grupo poblacional.

Otras medidas y entidades involucradas en la protección de la población mayor se mencionan al Servicio General de Identificación Personal (SEGIP) para garantizar la ciudadanía, la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero (ASFI) que defiende la atención prioritaria de las personas mayores en los servicios financieros, el Servicio Nacional del Sistema de Reparto (SENASIR), la Gestora Pública del Sistema de Pensiones, la Autoridad de Pensiones y Seguros y otras entidades como la Policía Boliviana y la Fiscalía General del Estado.

En el nivel departamental también están involucrados los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y los Servicios Departamentales de Gestión Social (SEDEGES); mientras que, en el nivel municipal, cada Gobierno Autónomo tiene normativa específica y varios establecieron plataformas especializadas para la atención a las personas mayores.

Si bien la institucionalidad para la protección de personas mayores es reciente, el Estado Plurinacional de Bolivia promueve la participación e involucramiento de las organizaciones de la sociedad civil para el cumplimiento de la protección, aspecto que constituye un avance efectivo.

En el ámbito internacional, casi todos los países de la región disponen de marcos normativos e institucionales para la protección de la población de personas mayores. De las experiencias seleccionadas, la mayoría contaba con instrumentos de protección de las personas mayores antes del fin del siglo XX y se fortalecieron con los compromisos internacionales durante la década pasada (ver Anexo 3). Del mismo modo, existen algunas experiencias seleccionadas sobre información especializada que recolectan las entidades sobre la violencia y maltrato de las personas mayores. Se destacan los países que sistematizan los registros administrativos y los combinan con encuestas especializadas (ver Anexo 4).

[41] Estado Plurinacional de Bolivia, 2017

En resumen, Bolivia avanzó en el establecimiento de marcos normativos en correspondencia con los compromisos internacionales; también se realizan esfuerzos por consolidar la institucionalidad de protección de las personas mayores; sin embargo, persiste la debilidad en el conocimiento de esta problemática, no existen datos suficientes y las herramientas para prevenir, detectar y resolver eventos de maltrato y violencia a este grupo de población son insuficientes.

5.2 Sistema Integral de Pensiones

Uno de los componentes más relevantes para la protección social de la población frente al envejecimiento es el sistema de pensiones y, en países en desarrollo, éstos tienen la función de entregar rentas de vejez a la población retirada de la fuerza laboral, así como también evitar la pobreza de personas mayores mediante la entrega de beneficios provenientes de regímenes contributivos y no contributivos.

Entre los regímenes contributivos se distinguen lo**s sistemas de reparto**, que financian las pensiones con las contribuciones de los trabajadores activos, mientras que los sistemas de **capitalización individual** pagan las rentas de jubilados con los fondos de ahorros individuales acumulados por los rentistas cuando éstos aún trabajaban. Por otro lado, según la determinación del monto de las rentas, los sistemas pueden ser **de beneficio definido**, si las rentas dependen de una combinación de salarios y del número de aportes, pero no guardan relación con los aportes individuales, mientras que los de **contribución definida** definen la pensión de los rentistas a partir del monto de las contribuciones individuales. En consecuencia, los sistemas de reparto presentan generalmente beneficios definidos, mientras que los sistemas de capitalización individual tienen correspondencia con la contribución definida (CAF, 2020).

Por otra parte, los países que introdujeron beneficios no contributivos para complementar la protección de las personas mayores tienen también mayor cobertura en dicha población, aunque el monto de las rentas no contributivas es más bajo que los beneficios contributivos.

5.2.1 Ley de Pensiones

Bolivia tiene un sistema de pensiones mixto que se establece en la Ley de Pensiones (Ley No. 065) de 2010. Dicha Ley instauró la vigencia del Sistema Integral de Pensiones (SIP) y está compuesta por tres regímenes sustentados en fuentes de financiamiento específicos. Estos son:

a. Régimen Contributivo. Corresponde a la prestación de vejez, de invalidez, pensiones por muerte derivadas de esta y gastos funerarios. Este régimen se financia con el fondo de ahorro previsional (cuentas individuales previsionales), el fondo de vejez (saldo acumulado de los asegurados que acceden a prestaciones y vejez, prestación solidaria o por muerte) y el fondo colectivo de riesgos (proveniente de las primas de riesgo).

b. Régimen Semicontributivo. Incluye la prestación solidaria de vejez, pensión por muerte derivada de éstas y gastos funerarios. Está financiado por el 20% de las primas por riesgo común por riesgo profesional y riesgo laboral, los aportes solidarios de los asegurados, aportes nacionales y patronales y otras fuentes.

c. Régimen No Contributivo. Contempla la Renta Dignidad y gastos funerales, los cuales son financiados por el fondo de la renta universal de vejez.

Definido el SIP, la Ley No. 065 también establece las condiciones de acceso a las prestaciones y beneficios de la jubilación que, entre los aspectos relevantes, disminuyó la edad para las jubilaciones de 65 años hasta los 58 años; también determina el monto de las pensiones en cada uno de los tres regímenes, establece políticas de protección de género y de reconocimiento al aporte de las mujeres, retiros temporales, sistemas de recaudaciones, política de inversión y riesgos y la estructura de la gestora de la seguridad social de largo plazo. En la implementación de la Ley, también se definió la transición desde el antiguo sistema de reparto a través de la compensación de cotizaciones establecida a través de una fórmula que depende de una fracción constante del salario base (definido en 1996) y del número de cotizaciones.

Recuadro 2: Reforma del sistema de pensiones de Bolivia

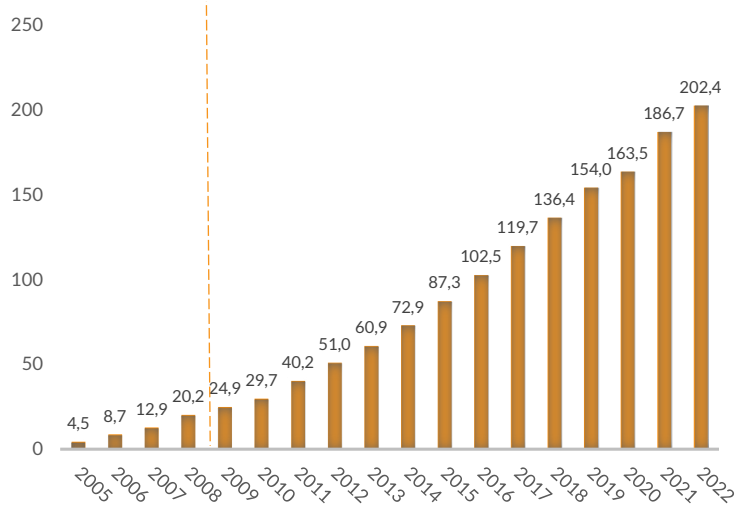
Hasta 1996 Bolivia contaba con un sistema de reparto enmarcado en el Código de la Seguridad Social de 1956 que combinaba las funciones de ahorro, redistribución y seguridad en un pilar público, de manera que pagaba beneficios o renta básica con las contribuciones de trabajadores activos. Luego de la crisis económica de los años ochenta del siglo pasado se evidenció un desequilibrio en el sistema de pensiones ahondado por la evasión de los aportantes y el aumento de los beneficios. A fines de los ochenta se separaron los regímenes de corto y de largo plazo, se creó el Fondo de Pensiones Básicas (FOPEBA) para la administración de las prestaciones generales y se dejó a los fondos complementarios la administración de recursos adicionales en sectores específicos (Larrazábal, De la Barra, 1997; Calderón, 2021).

En noviembre de 1996, mediante la Ley No. 1732 se introdujo un esquema de capitalización individual consistente en planes de pensiones de ahorro obligatorio con la administración privada del fondo de capitalización individual, de manera que los beneficios de los aportantes dependen de la magnitud de aportes y la rentabilidad que produzcan los fondos invertidos por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Por otro lado, con los recursos obtenidos de las empresas públicas capitalizadas (que fue la modalidad de privatización) se constituyó el fondo de capitalización colectiva o pilar público que distribuyó beneficios a través del denominado **Bonosol** que fue un beneficio universal con los fondos de las empresas capitalizadas.

Fuente: Con base en Larrazábal, De la Barra (1997).

Como resultado de la flexibilización de los requisitos de la jubilación y la introducción de la pensión solidaria de vejez, el número de jubilados se incrementó significativamente hasta superar los 202.400 en 2022, casi duplicando el nivel de 2016 y cuadruplicando el nivel que tenían en 2012.

Figura 45: Registro de jubilados en el sistema integral de pensiones en miles de personas

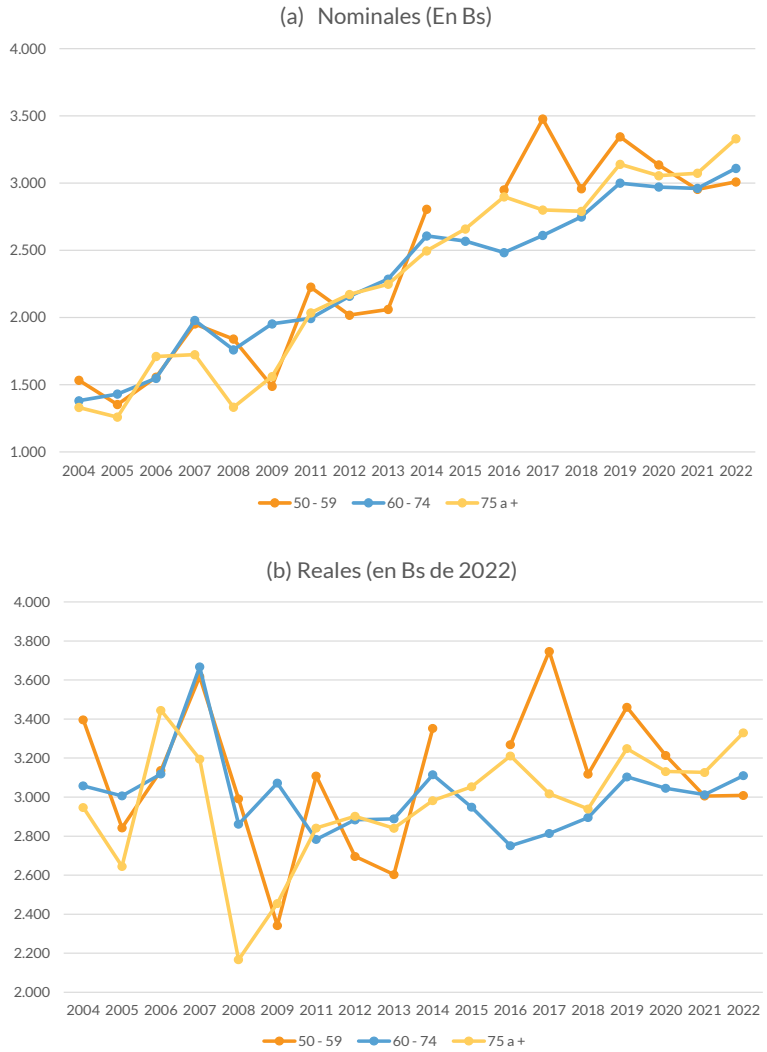


Fuente: Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS

Por otro lado, en 2022, alrededor de 69% de los jubilados cobraban la pensión solidaria de vejez, 24% la pensión de vejez y 7% corresponden a la compensación de cotizaciones. Asimismo, sólo el 31% de los jubilados eran de sexo femenino[42]. Este último resultado podría explicarse, en gran medida, por el menor acceso de las mujeres a puestos de trabajo asalariados durante la vida laboral.

Luego del 2010, con la vigencia de la Ley No. 065, el monto de las pensiones contributivas y semicontributivas tuvieron un valor creciente en términos nominales, mientras que a valores constantes su poder adquisitivo permaneció en niveles estables, incluso considerando los jubilados recientes (de 60 a 74 años).

Figura 46: Monto promedio mensual de pensiones de vejez y de la pensión solidaria de vejez según grupos de edad (en Bs)



Fuente: : Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

5.2.2 Renta dignidad

Bolivia constituye uno de los países que prácticamente universalizó la protección de las personas mayores a través de los beneficios no contributivos otorgados por la Renta Dignidad. En noviembre de 2007, mediante la Ley No. 3791 de la Renta Universal de Vejez (Renta Dignidad), como una prestación vitalicia de carácter no contributivo que se otorga a los residentes bolivianos

[42] Estadísticas provenientes de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS

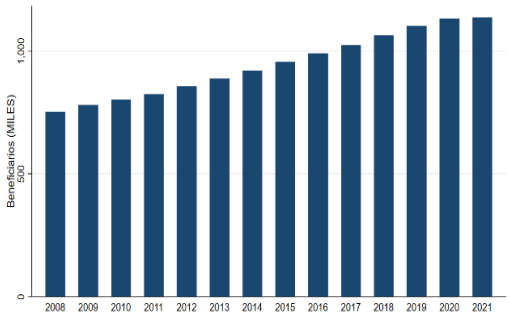
mayores de 60 años, con un monto de 2.400 bolivianos para los beneficiarios que no perciban una renta de la seguridad social de largo plazo o remuneración proveniente del Tesoro General de la Nación y de 75% de ese monto para aquellos que perciban rentas de la seguridad social, como también contempla gastos funerarios a los familiares y derechohabientes. Dicha Ley establece que este beneficio se financia con el 30% de los recursos percibidos del impuesto directo a los hidrocarburos, de las prefecturas, municipios, Fondo Indígena y el Tesoro General de la Nación.

En septiembre de 2014, mediante la Ley No. 562 se incluyó el pago de aguinaldo de la Renta Dignidad, mientras que la Ley No.1196 de 2019 elevó los montos de la Renta Dignidad con un total anual de 4.550 bolivianos para los beneficiarios que no reciben pensiones de la seguridad social de largo plazo y de 3.900 bolivianos para los que sí reciben jubilaciones de la seguridad social.

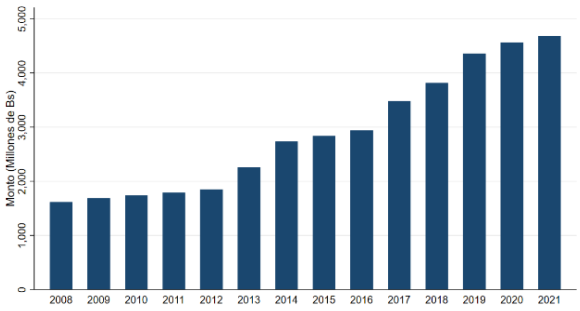
Con la implementación de los beneficios del régimen no contributivo, la expansión fue significativa, quedando registrados en 2021 alrededor de 1,14 millones de beneficiarios, casi duplicando lo observado en 2010 (802 mil beneficiarios). Por otro lado, el costo de este beneficio fue creciente, pasando desde 1,74 millones de bolivianos en 2010 a casi 4,69 millones de bolivianos en 2021, con elevaciones coincidentes con los cambios normativos descritos anteriormente.

Figura 47: Número de beneficiarios y monto total de la renta dignidad

(a) Número de beneficiarios (en miles)



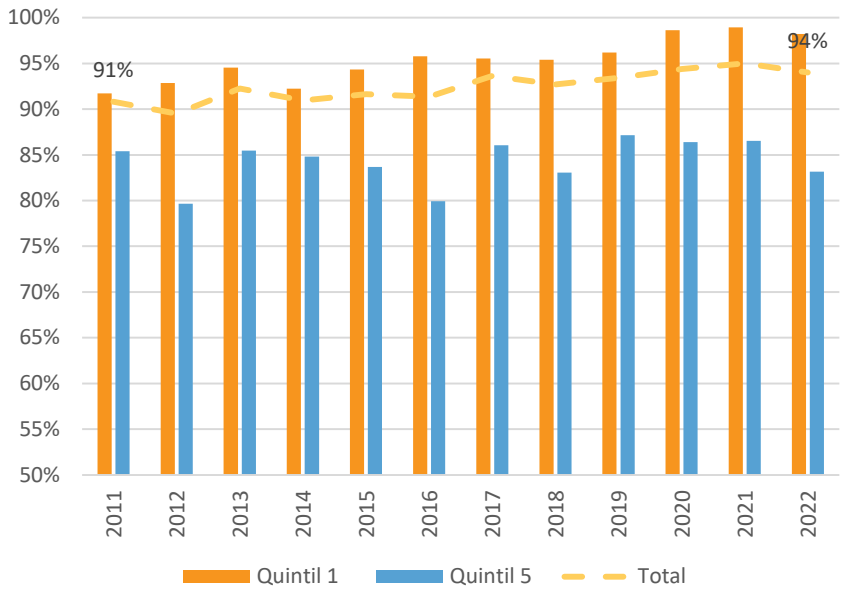
(b) Monto de la renta dignidad (Millones de Bs)



Fuente: Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS

Este beneficio es uno de los pilares de la protección social del Estado Plurinacional de Bolivia y los esfuerzos fiscales determinaron que se alcance a una cobertura de 94% de las personas de 60 y más años. Finalmente, aunque el diseño de este beneficio es universal, la cobertura para las personas mayores del quintil de ingresos más bajos sobrepasa el promedio y, al contrario, para el quintil de más altos ingresos tiende a disminuir, reflejando una autoselección de los beneficiarios que no necesitan esta transferencia monetaria o por algún otro motivo no cobran este beneficio.

Figura 48: Cobertura de la Renta Dignidad en la población de 60 y más años según quintiles de ingreso del hogar per cápita (en porcentaje de la población)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares realizadas por el INE

En resumen, el régimen no contributivo del SIP tiene una elevada cobertura de protección hacia la población mayor; es universal, pero los beneficios son más valorados por la población de bajos ingresos y mejoró el monto anual con los ajustes al nivel y la introducción de aguinaldo de este beneficio; ambos aspectos elevaron los costos fiscales de este régimen.

5.2.3 Gestora pública de la seguridad social de largo plazo

Según el artículo 45 de la Constitución Política del Estado (CPE), la seguridad social en Bolivia se presta bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad, integralidad, economía, oportunidad, unidad de gestión, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado con control y participación social. Bajo dicho mandato, la Ley No. 065 de Pensiones (2010) estableció la creación de la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo para administrar y representar los Fondos del SIP, la gestión de prestaciones, beneficios y otros pagos del sistema.

Aunque los fondos de pensiones (AFP) continuaron administrando el régimen contributivo y semicontributivo hasta mayo de 2023, recientemente la Gestora Pública inició operaciones para administrar el conjunto del SIP. Entre las medidas que se adoptaron con la administración de la gestora se destacan:

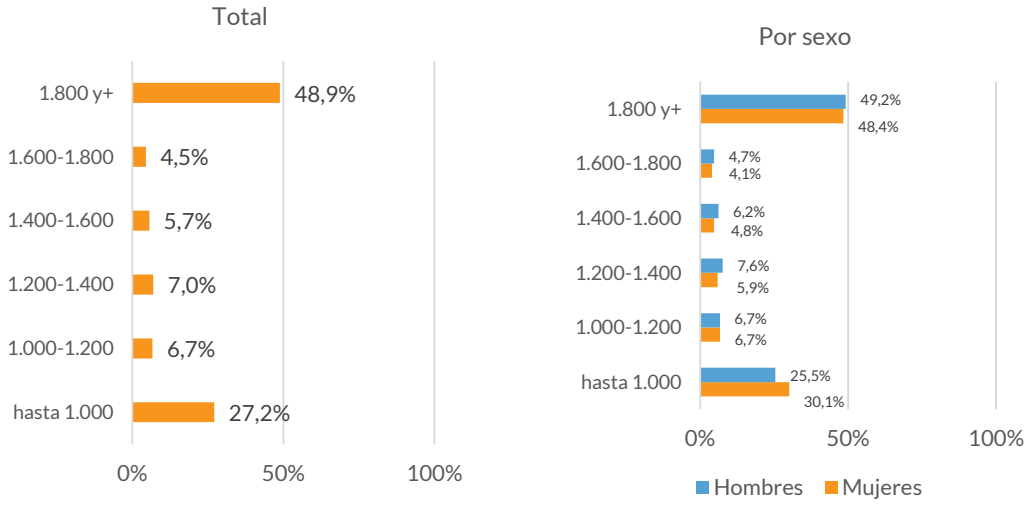
i. La eliminación de las comisiones que cobraban las AFP, de 1,31%, a los jubilados, se tradujo en un incremento del monto de las pensiones a todos los jubilados del régimen contributivo y semicontributivo .

ii. En enero de 2024 se aprobó el proyecto de Ley para incrementar el límite máximo del fondo solidario, que financia aproximadamente el 70% de los jubilados, con el ajuste de

[43] Al respecto, ver la publicación del Ministerio de Economía "Bitácora económica" (2023) Año 3 No. 24

la contribución de las personas que ganan un total por encima de Bs. 13.000. Esta última propuesta pretende mejorar la pensión solidaria de los rentistas con niveles bajos: según la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), alrededor de 50% de los jubilados que reciben pensiones solidarias tienen niveles por debajo de Bs1.800 y alrededor de 25% tienen rentas inferiores a Bs1.000, de manera que se incrementarían las contribuciones de aportantes con mayor capacidad de aportes.

Figura 49: Pagos por pensión mínima y pensión solidaria de vejez por rangos de pensión acumulada (en porcentaje)



Fuente: Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS

Según el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP), las operaciones de la Gestora Pública cumplen con el mandato del artículo 45 de la CPE y generan beneficios para los aportantes y beneficiarios del SIP, entre ellos, la reducción del cobro de comisiones que hacían las administradoras privadas. Asimismo, las utilidades de la gestora se destinarán a financiar el Fondo Solidario de Vejez que cubre las rentas de los jubilados con menores ingresos y al pago de la Renta Dignidad y, finalmente, el gobierno aseguró que tiene la expectativa de implantar la atención digital que mejoraría la calidad de los servicios de atención, incluyendo mejor cobertura de oficinas en todo el territorio nacional.

5.2.4 Evaluación del sistema integral de pensiones (SIP)

A lo largo de los últimos veinte años, los cambios en el sistema de pensiones lograron mejorar los siguientes aspectos: i. la disminución de la edad para acceder a la jubilación, de 65 a 58 años, que elevó el número de jubilados, ii. la universalización de las pensiones para la población de 60 y más años a través del régimen no contributivo, iii. la introducción y fortalecimiento del régimen semicontributivo para la expansión de la cobertura del sistema de pensiones y, iv. la flexibilización para las contribuciones voluntarias que abren el acceso a trabajadores independientes.

En contraparte, la mayor parte de las observaciones al actual SIP señalan riesgos sobre la sostenibilidad financiera del sistema, la estructura de inversiones del Fondo de Pensiones de Vejez, como también el rol de la Gestora Pública como administrador e inversor de los fondos del SIP (Bonadona, 2011).

Se destaca la necesidad de ahondar en la sostenibilidad del SIP dados distintos escenarios de la estructura demográfica y el ritmo de envejecimiento de la población; de manera específica, las tasas de ahorro esperadas y el crecimiento de los beneficiarios del sistema en un entorno altamente informal, con una volatilidad en las cotizaciones que dan lugar a rentas muy bajas que no pueden suplirse con el pilar no contributivo.

6. Reflexiones finales

Bolivia transita, con algún rezago, por la tendencia demográfica en toda la región latinoamericana y caribeña que se denomina envejecimiento poblacional. Según la estructura y crecimiento de la población boliviana, a partir de la siguiente década se prevé un mayor ritmo de envejecimiento que elevaría sustancialmente las tasas de dependencia de personas mayores y una convergencia más rápida con el proceso observado en el resto de los países de América Latina y el Caribe.

El presente informe analiza cuatro aspectos del proceso de envejecimiento: i. la dinámica demográfica boliviana y proyecciones hasta finales del presente siglo con la información oficial disponible hasta la fecha, ii. las características sociodemográficas de las personas mayores y de sus hogares, con énfasis en la salud, bienestar y calidad de vida de dicha población, iii. Los ingresos y gastos en los que incurren las personas mayores y su vinculación con pobreza monetaria y iv. Aspectos normativos y desempeño de la protección de la población mayor, tanto desde un punto de vista legal-institucional como también de seguridad social de largo plazo.

Respecto al primer aspecto, **la dinámica demográfica,** Bolivia inequívocamente experimenta una transición demográfica hacia una sociedad compuesta por cada vez más personas mayores; aunque a un ritmo relativamente más lento que la región. Este rezago en el envejecimiento puede ser algo positivo si se lo aprovecha, dado que brinda una ventana temporal para que el país pueda fortalecer sus sistemas de cuidados y garantizar los derechos de los que gozan las personas mayores. En otros países de envejecimiento más prematuro, este fenómeno debe encararse con mayor urgencia y con menor tiempo de preparación del sistema de protección social.

Respecto a las **características sociodemográficas de las personas mayores,** este informe analiza la composición de los hogares de los que forman parte las personas mayores. Se evidenció también que aproximadamente la mitad de esta población aún se encuentra activamente en el mercado laboral. Se ha resaltado en el ámbito de la salud y calidad de vida la importancia de la actividad física, la estimulación intelectual, la dieta saludable y las actividades que mejoran la salud física y mental de las personas mayores. A medida que la población boliviana envejece, este informe presentó evidencia sobre los cambios epidemiológicos que se expresan en el aumento de las tasas de prevalencia y fallecimientos por enfermedades crónicas derivadas del estilo de vida. Existe una mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cánceres malignos y diabetes. Adicionalmente, se detecta mayor prevalencia de discapacidad y de enfermedades crónicas que derivan en el gasto en salud y medicamentos de los hogares con personas mayores a 60 años. Se espera que estos insumos sean útiles para el diseño de políticas de salud y la anticipación de las necesidades de cuidados que tendrá la población boliviana en el futuro.

Sobre la **autonomía económica y pobreza de adultos mayores,** se destaca que esta población depende, con mayor intensidad, de las transferencias del gobierno, de la seguridad social y de las remesas, aun si una de cada dos personas mayores se encuentra trabajando. Por el lado del gasto

de los hogares con presencia de personas mayores, destaca los crecientes niveles de gasto en salud, como también la importancia de la acumulación de ahorros durante el ciclo de vida de las personas. Asimismo, la medición de pobreza ajustada por escalas de equivalencia destaca que las personas mayores tienen una mayor sensibilidad a las economías de escala puesto que los hogares en los que viven no tienen una elevada presencia de niños. Bolivia requiere profundizar medidas para asegurar la autonomía económica de las personas mayores, sobre todo para aquellas que viven en situación de pobreza monetaria.

Finalmente, respecto a la **seguridad y protección** de las personas mayores, el informe destacó los avances normativos y la institucionalidad de la protección plasmada en la Ley General del Adulto Mayor que abrió la posibilidad de enfrentar de manera efectiva problemas como el maltrato y violencia en contra de las personas adultas mayores, la instauración del Sistema Único de Salud que extiende las prestaciones de salud para las personas mayores en seguros públicos y la Ley de Pensiones que estableció el Sistema Integral de Pensiones que elevó la cobertura y al menos mantuvo el poder adquisitivo de las rentas del sistema contributivo. Por supuesto, los desafíos se concentran en otorgar sostenibilidad financiera, fortalecimiento institucional y mayor efectividad al marco de protección de las personas mayores.

En el balance, el envejecimiento demográfico en Bolivia ya se activó como tendencia relevante; esta tendencia puede, en el mediano plazo, demandar recursos para la atención de salud, pensiones y riesgos de pobreza de personas mayores. Se requiere un diseño normativo que coordine la protección social con la seguridad de corto y largo plazo. La protección de las personas mayores es una pieza clave del diseño de la política social en Bolivia, por ello, desde ahora se deben contemplar ajustes para mejorar la efectividad, enfatizando en la protección de adultos mayores pobres o vulnerables a la pobreza, fortalecer los mecanismos de ahorro en los regímenes contributivos de la seguridad social, cuidar la rentabilidad de los fondos de pensiones y mejorar la salud a través de copagos y financiamiento sostenible del Sistema Único de Salud.

Referencias

Abdollahi, S., Toupchian, O., Rahmati, M., Shafie, E. H., & Djafarian, K. (2016). The association between obesity and quality of life among the elderly. population, 24, 26.

Anokye, N, K., Trueman, P., Green, C., Pavey, T, G., and Taylor, R, S, (2012), Physical activity and health related quality of life, BMC public health, 12(1):1–8.

Barry, K, L, and Blow, F, C, (2016), Drinking over the lifespan: Focus on older adults, Alcohol research: current reviews, 38(1):115.

Bashkireva, A., Bogdanova, D, Y., Bilyk, A, Y., Shishko, A., Kachan, E, Y., and Arutyunov, V, (2018), Quality of life and physical activity among elderly and old people, Advances in gerontology= Uspekhi gerontologii, 31(5):743–750.

Bernardo Gonçalves Marques, E. M., Serdio Sánchez, C., & Palacios Vicario, B. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. Revista de Enfermagem Referência, 4(1).

Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F., Sanchis, J., Bertomeu-Gonz'alez, V., F'acila, L., Ariza, A., N'unez, J., and Cordero, A, (2020), The effect of age on mortality in patients with COVID-19: a meta-analysis with 611,583 subjects, Journal of the American Medical Directors Association, 21(7):915–918.

Borissova, A,-M., Shinkov, A., Kovatcheva, R., Vlahov, J., Dakovska, L., and Todorov, T, (2015), Changes in the prevalence of diabetes mellitus in Bulgaria (2006–2012), Clinical medicine insights: Endocrinology and diabetes, 8:CMED–S24742.

Brinkman, S., Voortman, T., Kiefte-de Jong, J, C., van Rooij, F, J., Ikram, M, A., Rivadeneira, F., Franco, O, H., and Schoufour, J, D, (2018), The association between lifestyle and overall health, using the frailty index, Archives of gerontology and geriatrics, 76:85–91.

Caspersen, C, J., Thomas, G, D., Boseman, L, A., Beckles, G, L., and Albright, A, L, (2012), Aging, diabetes, and the public health system in the United States, American journal of public health, 102(8):1482–1497.

Chakravarty, E. F., Hubert, H. B., Krishnan, E., Bruce, B. B., Lingala, V. B., y Fries, J. F. (2012). Lifestyle risk factors predict disability and death in healthy aging adults. The American journal of medicine, 125(2), 190-197.

Chentli, F., Azzoug, S., and Mahgoun, S, (2015), Diabetes mellitus in elderly, Indian journal of endocrinology and metabolism, 19(6):744.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., y Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. The lancet, 374(9696), 1196-1208.

Coste, J., Quinquis, L., D'Almeida, S., and Audureau, E, (2014), Smoking and health-related quality of life in the general population, independent relationships and large differences according to patterns and quantity of smoking and to gender, PloS one, 9(3):e91562.

Dar, K, (2006), Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? Advances in Psychiatric treatment, 12(3):173–181.

Deaton, A, S, and Paxson, C, (1998), Measuring poverty among the elderly, In Inquiries in the Economics of Aging, pages 169–204, University of Chicago Press, del Corazón, A, A, (1999), Heart and stroke statistical update, American Heart Association.

Diez-Ruiz, A., Bueno-Errandonea, A., Nuñez-Barrio, J., Sanchez-Martín, I., Vrotsou, K., and Vergara, I, (2016), Factors associated with frailty in primary care: a prospective cohort study, BMC geriatrics, 16:1–8.

Estebsari, F., Taghdisi, M, H., Foroushani, A, R., Ardebili, H, E., and Shojaeizadeh, D, (2014), An educational program based on the successful aging approach on health-promoting behaviors in the elderly: a clinical trial study, Iranian Red Crescent Medical Journal, 16(4).

Ford, E. S., Bergmann, M. M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C., y Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. Archives of internal medicine, 169(15), 1355-1362.

Fowler, M, J, (2008), Microvascular and macrovascular complications of diabetes, Clinical diabetes, 26(2):77– 82.

Fund, U, N, P, (2002), Population ageing and development: Social, health and gender issues, Population and Development Strategies Series.

Furlanetto, K, C., Mantoani, L, C., Bisca, G., Morita, A, A., Zabatiero, J., Proenca, M., Kovelis, D., and Pitta, F, (2014), Reduction of physical activity in daily life and its determinants in smokers without airflow obstruction, Respirology, 19(3):369–375.

Garcia, M., Mulvagh, S, L., Bairey Merz, C, N., Buring, J, E., and Manson, J, E, (2016), Cardiovascular disease in women: clinical perspectives, Circulation research, 118(8):1273–1293.

Gwaltney, J., Mandell, G., and Douglas Jr, R, (1989), Principles and practices of infectious diseases.

Joubert, J, and Bradshawb, D, (2006), Population ageing and health challenges, View a breakdown of smaller files at http://www.mrca.cza/chronic/cdl1995-2005, page 204.

Kim, A, S., Jang, M, H., Park, K, H., and Min, J, Y, (2020), Effects of self-efficacy, depression, and anger on health-promoting behaviors of korean elderly women with hypertension, International journal of environmental research and public health, 17(17):6296.

Klasen, S, and Lange, S, (2015), Accuracy and poverty impacts of proxy means-tested transfers: An empirical assessment for bolivia, Technical report, Discussion Papers.

Koff, W, C, and Williams, M, A, (2020), COVID-19 and immunity in aging populations—a new research agenda, New England Journal of Medicine, 383(9):804–805.

Lal, R, and Pattanayak, R, D, (2017), Alcohol use among the elderly: Issues and considerations, Journal of Geriatric Mental Health, 4(1):4–10.

Lam, D, W, and LeRoith, D, (2012), The worldwide diabetes epidemic, Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 19(2):93–96.

Lang, I. A., Guralnik, J. M., y Melzer, D. (2007). Physical activity in middle-aged adults reduces risks of functional impairment independent of its effect on weight. Journal of the American Geriatrics Society, 55(11), 1836-1841.

Marosi, C, and K 'oller, M, (2016), Challenge of cancer in the elderly, ESMO open, 1(3):e000020.

Mesquita, R., Gon 'calves, C., Hayashi, D., de SP Costa, V., Teixeira, D, d, C., de Freitas, E., Felcar, J., Pitta, F., Molari, M., and Probst, V, (2015), Smoking status and its relationship with exercise capacity, physical activity in daily life and quality of life in physically independent, elderly individuals, Physiotherapy, 101(1):55–61.

Naciones Unidas, D, (2015), World population prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables, Working PaperNo.

Oberaigner, W., Ebenbichler, C., Oberaigner, K., Juchum, M., Sch onherr, H, R., and Lechleitner,

M, (2014), Increased cancer incidence risk in type 2 diabetes mellitus: results from a cohort study in tyrol/austria, BMC public health, 14(1):1–9.

OMS (2007), Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk, World Health Organization / Organización Mundial de la Salud.

OMS (2009), Women and health: today's evidence tomorrow's agenda, World Health Organization.

OMS. (2011). World report on disability. Geneva: World Health Organization / Organización Mundial de la Salud.

OMS(1999). Asamblea Mundial de la Salud, Proyecto A 52/34 del 22 de mayo de 1999, Organización Mundial de la Salud.

Pallis, A., Fortpied, C., Wedding, U., Van Nes, M., Penninckx, B., Ring, A., Lacombe, D., Monfardini, S., Scalliet, P., and Wildiers, H, (2010), Eortc elderly task force position paper: approach to the older cancer patient, European Journal of Cancer, 46(9):1502–1513.

Pitsavos, C., Panagiotakos, D, B., Lentzas, Y., and Stefanadis, C, (2005), Epidemiology of leisure-time physical activity in socio-demographic, lifestyle and psychological characteristics of men and women in greece: the attica study, BMC public health, 5(1):1–9.

Prendki, V., Tiseo, G., Falcone, M., et al, (2022), Caring for older adults during the COVID-19 pandemic, Clinical Microbiology and Infection, 28(6):785–791.

Rajan, S, I, et al, (2006), Population ageing and health in India, Centre for Enquiry into Health and Allied Themes Mumbai, India.

Riegel, B, and Bennett, J, A, (2000), Cardiovascular disease in elders: is it inevitable? Journal of Adult Development, 7(2):101–111.

Roh, S. H. (2012). The longitudinal study on the factors of catastrophic health expenditure among disabled elderly households. Korean journal of social welfare, 64(3), 51-77.

Shilpa, K, and Norman, G, (2022), Prevalence of frailty and its association with lifestyle factors among elderly in rural Bengaluru, Journal of Family Medicine and Primary Care, 11(5):2083.

Sidell, M, (1995), Health in old age: Myth, mystery and management, Open University Press.

Sirven, N, Dumontet, M., and Rapp, T, (2020), The dynamics of frailty and change in socio-economic conditions: evidence for the 65+ in Europe, European Journal of Public Health, 30(4):715–719.

Stall, R, (1987), Research issues concerning alcohol consumption among aging populations, Drug and Alcohol Dependence, 19(3):195–213.

Strandberg, A. Y., Strandberg, T. E., Pitkälä, K., Salomaa, V. V., Tilvis, R. S., & Miettinen, T. A. (2008). The effect of smoking in midlife on health-related quality of life in old age: a 26-year prospective study. Archives of internal medicine, 168(18), 1968-1974.

Torre, L, A., Islami, F., Siegel, R, L., Ward, E, M., and Jemal, A, (2017), Global cancer in women: burden and trends, Cancer epidemiology, biomarkers & prevention, 26(4):444–457.

Trosclair, A, and Dube, S, R, (2010), Smoking among adults reporting lifetime depression, anxiety, anxiety with depression, and major depressive episode, united states, 2005–2006, Addictive behaviors, 35(5):438– 443.

Topinková, E. (2008). Aging, disability and frailty. Annals of Nutrition and Metabolism, 52(Suppl.

1), 6-11.

Turra, C, M, and Fernandes, F, (2021), La transición demográfica: oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los objetivos de desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe.

Van den Borst, B., Koster, A., Yu, B., Gosker, H, R., Meibohm, B., Bauer, D, C., Kritchevsky, S, B., Liu, Y., Newman, A, B., Harris, T, B., et al, (2011), Is age-related decline in lean mass and physical function accelerated by obstructive lung disease or smoking? Thorax, 66(11):961–969.

van Leeuwen, K. M., van Loon, M. S., van Nes, F. A., Bosmans, J. E., de Vet, H. C. W., Ket, J. C. F., Widdershoven, G. A. M., & Ostelo, R. W. J. G. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. PLoS ONE, 14(3), e0213263. https://doi.org/10.1371/ journal.pone.0213263.

Whelan, G, (2003), Alcohol: a much neglected risk factor in elderly mental disorders, Current Opinion in Psychiatry, 16(6):609–614.

White, M, C., Holman, D, M., Goodman, R, A., and Richardson, L, C, (2019), Cancer risk among older adults: time for cancer prevention to go silver.

Wilmot, K, A., O'Flaherty, M., Capewell, S., Ford, E, S., and Vaccarino, V, (2015), Coronary heart disease mortality declines in the united states from 1979 through 2011: evidence for stagnation in young adults, especially women, Circulation, 132(11):997–1002.

Yamaya, M., Ohrui, T., Kubo, H., Ebihara, S., Arai, H., and Sasaki, H, (2002), Prevention of respiratory infections in the elderly, Geriatrics & gerontology international, 2(3):115–121.

Yancik, R, (1997), Cancer burden in the aged: an epidemiologic and demographic overview, Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 80(7):1273–1283.

Ziglio, E., Currie, C., and Rasmussen, V, B, (2004), The who cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002, Journal of School Health, 74(6):204–206.

Zuckerman, M, K, (2014), Modern environments and human health: Revisiting the second epidemiological transition, John Wiley & Sons.

Anexo 1: Escalas de equivalencia

La metodología de Deaton y Paxson (1998) para ajustar un indicador de pobreza, ingreso o consumo consta de la consideración de dos elementos: las economías de escala y la equivalencia de un niño con un adulto.

El consumo de ciertos bienes no es enteramente privado, como es el caso de muchos bienes durables: una televisión, por ejemplo, puede ser compartida entre varios miembros de un hogar. Por lo tanto, a mayor número de miembros en un hogar, existe la posibilidad de mayores economías de escala.

De esta forma, los autores proponen el uso de una escala de equivalencia para ajustar un indicador (podría ser una línea de pobreza o el gasto, por ejemplo) y transformarlos a "adulto equivalente". La fórmula es intuitiva y se expresa como:

$$Escala\ de\ equivalencias = (A + \alpha K)^{\theta}$$

Donde el parámetro α muestra el costo relativo de un niño o niña (K) con respecto con un adulto (A), por lo que suele ser menor a la unidad. El coeficiente θ aproxima las economías de escala presentes en el hogar. Si θ=1, entonces el consumo es enteramente privado, mientras que si θ=0, el consumo es enteramente público; por lo que es un parámetro definido entre 0 y 1 también. En términos operativos, se toma como referencia el trabajo de Klasen y Lange (2015), que utilizan escalas de equivalencia para Bolivia y definen como niño o niña a una persona menor a 14 años, de tal forma que la fórmula aludida toma los siguientes valores:

$$Escala\ de\ equivalencias = (A + 0.7K)^{0.8}$$

Siguiendo nuevamente a Deaton y Paxson (1998), podríamos ajustar una línea de pobreza que contabilice las diferencias existentes en el consumo[43] de los miembros del hogar y la existencia de economías de escala, tal que:

$$z^{ae} = z * (A + 0.7K)^{0.8}$$

Donde z^{ae} es la línea de pobreza ajustada por adulto equivalente y z es la línea de pobreza que estima el INE. Se procedió con el ajuste de similar manera con el ingreso y el gasto de los hogares bolivianos.

Anexo 2: Análisis de sensibilidad de las escalas de equivalencia

Es importante evaluar la sensibilidad de la escala de equivalencia a distintos parámetros a los presentados por Klasen y Lange (2015). A continuación, se presenta la incidencia de pobreza para nueve escenarios diferenciados por los valores de los parámetros α y θ, iniciando con los valores propuestos por los mencionados autores. Estos se presentan desagregados utilizando dos tipos de hogar: aquellos que tienen al menos dos adultos y al menos dos niños (personas menores a 14 años) y un hogar en el que haya al menos un adulto. Posteriormente, se analizará el efecto de los parámetros sobre la incidencia de la pobreza entre los miembros del hogar, subclasificados por edad, de estos dos tipos de hogar.

[44] Recuérdese que una línea de pobreza refleja la valoración a precios de mercado de una canasta de consumo representativa de las familias bolivianas que permite clasificar a las personas por su condición de pobreza.

Tabla 12: Sensibilidad de la pobreza moderada a escalas de equivalencia por tipo de hogar - 2021

		Mínimo 2 adultos y 2 niños			Mínimo 1 adulto		
Parámetros		Niños	Adultos	Personas mayores	Niños	Adultos	Personas mayores
α=0,7	θ=0,8	27,0 %	25,9 %	27,1 %	36,4 %	15,7 %	29,1 %
α=0,6	θ=0,8	24,4 %	23,4 %	26,2 %	30,9 %	14,4 %	28,7 %
α=0,8	θ=0,8	29,3 %	28,1 %	28,1 %	39,7 %	16,6 %	29,1 %
α=0,7	θ=0,7	21,2 %	20,0 %	21,6 %	30,7 %	14,3 %	28,7 %
α=0,6	θ=0,7	19,6 %	18,8 %	20,7 %	28,1 %	13,6 %	28,7 %
α=0,8	θ=0,7	22,7 %	21,3 %	23,3 %	33,0 %	15,1 %	29,0 %
α=0,7	θ=0,6	17,1 %	16,2 %	18,1 %	26,2 %	13,4 %	28,3 %
α=0,6	θ=0,6	16,3 %	15,7 %	15,6 %	22,4 %	12,6 %	28,2 %
α=0,8	θ=0,6	17,9 %	16,9 %	18,8 %	28,5 %	13,8 %	28,7 %

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares

Los ocho casos variantes a los parámetros propuestos permiten evidenciar que los hogares más grandes se benefician en mayor medida de las economías de escala: para el parámetro α=0,7, el cambio del parámetro de economías de escala θ de 0,8 a 0,7 (equivalente a decir que el consumo es algo menos privado) reduce la incidencia de pobreza para las personas mayores en hogares con mínimo un adulto en 0,3%; mientras que en hogares más numerosos (dos adultos y dos niños) el número de personas mayores en situación de pobreza reduce en 5,6%,

Si se considera ahora al parámetro θ fijo en 0,8 y se reduce el costo relativo de un niño o niña respecto a un adulto en 0,1, pasando de α=0,7 a α=0,6, la pobreza para personas mayores en hogares con al menos un adulto reduce 0,3%; mientras que en hogares más amplios la reducción es de sólo un punto porcentual para este grupo etario,

La implicancia de este análisis es que, si se ajusta por economías de escala, el parámetro más relevante para las personas mayores es la presencia de economías de escala y no así el costo relativo de niños respecto a los adultos. Esto se explica principalmente por la composición de los hogares en los que viven las personas mayores, en los cuales la presencia de personas menores a los 14 años es reducida.

Anexo 3: Normativa de protección de personas mayores en países seleccionados

País	Normativa	Aspectos destacados
Costa Rica	Ley Integral para la Persona Adulta Mayor Ley No. 7935 (2009)	-Tiene el propósito de garantizar igualdad de oportunidades, vida digna, protección y seguridad social en la vejez. -El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) es el órgano rector en materia de envejecimiento y vejez, promueve medidas para la prevención y erradicación de toda forma de violencia hacia las personas mayores, como también fortalece mecanismos de detección y atención a la violencia intrafamiliar, el abuso y maltrato a las personas mayores en todo el país. -La Unidad de Gestión Social atiende denuncias sobre maltrato y brinda orientación al respecto. La Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de las Personas Mayores tiene un programa que se encarga de articular acciones e intereses para garantizar el cuidado de las personas mayores y satisfacción de sus necesidades.
Chile	Ley No. 20427 de 2010	-Modificó la anterior Ley No. 20066 de 2005 de Violencia Intrafamiliar, incorporó la definición de maltrato de personas mayores en la legislación nacional y dispone que el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) del Ministerio de Desarrollo Social de Chile, es la que dirige el Programa contra la Violencia y el Abuso al Adulto Mayor (MDS/SENAMA, 2019). -Cuenta con el Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC) que atiende consultas sobre situaciones que vulneran los derechos de las personas mayores y brinda información sobre vejez y envejecimiento.
Colombia	Artículo 46 de la Constitución Política Nacional	-Este artículo ampara los derechos de las personas mayores y promueve su protección por parte del Estado, la sociedad y la familia. - Ley N. 1251 (2008): dicta las normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de las personas mayores. - Ley No. 1850 (2017) busca sensibilizar a la población respecto a los derechos de las personas mayores, visibilizar las situaciones de maltrato y desnaturalizar las acciones que configuran estos hechos.
Perú	Ley No. 28803 de 2006	-En el artículo 8 de esta Ley incorpora la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), que son espacios de prestación de servicios básicos integrales y multidisciplinarios para el bienestar y promoción social de las personas mayores. El CIAM organiza talleres de autoestima y de prevención del maltrato - Ley No. 30490 (2016), que desarrolla la promoción y protección de los derechos de las personas mayores. - En 2005 se crearon los Centros de Orientación Socio Legal para la defensa de los derechos de las personas mayores, con el objetivo de trabajar con personas mayores por la protección de sus derechos y apoyo frente a los problemas que ellas enfrentan.
Ecuador	Constitución de la República del Ecuador - 2008	- El capítulo 3ro. sobre derechos de las personas y grupos de atención prioritaria establece que estas recibirán protección contra la violencia y brinda protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica - El Estado puede adoptar medidas de protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones.
Brasil	Ley No. 10741 – 2003	-Tiene por objetivo regular los derechos especiales de las personas mayores de 60 años y establecer derechos fundamentales y de ciudadana, así como de asistencia judicial. -El artículo 4 establece que ninguna persona mayor deber ser objeto de ninguna forma de negligencia, discriminación, violencia, crueldad u opresión, y que todo atentado a sus derechos ser penalizado conforme a la ley.

El Salvador	Ley contra la Violencia Intrafamiliar - Decreto No. 902 (1996). -Ratificación de la Convención Interamericana (2018)	-Establece los mecanismos para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y enuncia de forma específica la protección especial a personas mayores. -El Estado ratificó en 2018 la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Fuente: Naciones Unidas

Anexo 4: Estadísticas de violencia y maltrato hacia personas mayores

País	Fuente	Indicador	Dato
Chile	-Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 -Estudio nacional de dependencia en personas mayores 2009	-Prevalencia de maltrato a personas de 65 años y más -Prevalencia de discriminación	Total: 7,7 % Mujeres: 8,7% Hombres: 6,4% Total: 14%
Colombia	-Denuncias de maltrato contra adultos mayores en las comisarías de familia en las localidades de Bogotá -Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento	-Prevalencia de maltrato psicológico -Prevalencia del maltrato a personas mayores	Total: 35,2% Total: 12,9%
Ecuador	-Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009-2010	-Prevalencia de negligencia y abandono en personas mayores -Agresión por insultos -Amenazadas -Agresión física -Agresión sexual	Total 14,9% 14% 7% 4,9% 3%
México	-Encuesta Nacional sobre maltrato 2006 -Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016	-Prevalencia de maltrato -Prevalencia de maltrato -Maltrato psicológico -Agresión financiera -Agresión física	16,2% 17,3% 15,2% 6,3% 1,2%

Fuente: Naciones Unidas

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Oficina Nacional
Calle 11 de Calacoto N° 503, esquina Av. Ballivian
Edificio Torre Calacoto, Piso 6
Teléfono: 2 2121693

La Paz, Bolivia

bolivia.unfpa.org
UNFPABolivia
UNFPABolivia
UNFPABolivia
unfpa_bolivia