



Latinoamérica
y el Caribe



INFORME TÉCNICO



© UNFPA/Colombia/Sergio Mejía.

Una mirada sobre el envejecimiento

¿Dónde están varios países latinoamericanos a 15 años del Plan de Acción Internacional de Madrid?

El rápido envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe plantea desafíos importantes, ya que la región continúa siendo la más desigual a nivel mundial y no ha alcanzado los índices de desarrollo humano de otras regiones con similares niveles de envejecimiento.

Índice

Presentación.....	5
Capítulo 1	9
Marco general de la transición demográfica en América Latina y el Caribe: Retos y oportunidades	
Capítulo 2	13
El envejecimiento en América Latina y el Caribe	
Capítulo 3	21
Desarrollo social y seguridad económica	
Capítulo 4	29
Salud y bienestar	
Capítulo 5	37
Entorno favorable y propicio	
Capítulo 6	43
Asuntos claves	
Capítulo 7	47
Disponibilidad de datos e información	
Conclusiones y recomendaciones	51
Anexos	55
Trabajos citados	63

Presentación

La disminución de las tasas de mortalidad y el aumento de la expectativa de vida la población mundial han traído como consecuencia su envejecimiento. En América Latina y el Caribe (ALC) la tasa de crecimiento del grupo poblacional de 60 años y más en el período 2015-2020 es mayor (3.77%) a la esperada a nivel mundial (3%) (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015). Este rápido envejecimiento de la población en ALC plantea desafíos importantes, ya que la región continúa siendo la más desigual a nivel mundial y no ha alcanzado los índices de desarrollo humano de otras regiones con similares niveles de envejecimiento.

En 1991, los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas mayores orientaron en materia de la independencia, la participación, los cuidados, la realización personal y la dignidad de las personas de 60 años y más (United Nations, 1991). Veinte años más adelante, en el 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento retoma el tema del

envejecimiento y plantea recomendaciones específicas en base a tres ejes prioritarios: (1) Las personas mayores y el desarrollo; (2) Fomentar la salud y el bienestar hasta la vejez, y (3) Crear entornos propicios y favorables para el envejecimiento (United Nations, 2003). Actualmente, en el contexto de formulación de indicadores de seguimiento para las grandes agendas de desarrollo global y su adaptación a nivel regional, como es el caso de la Agenda 2030, sus Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Guía Operacional para la implementación y seguimiento del Consenso de Montevideo, la expresión regional de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo después del 2014, es necesario realizar un balance de los logros de ALC en materia de envejecimiento.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas cuenta con una red de puntos focales a lo largo de 22 países de ALC a un grupo de los cuales (Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Perú, República Dominicana y Uruguay), cuyas oficinas actualmente

ya están trabajando la temática del envejecimiento, se les solicitó su participación en la construcción de un reporte técnico que plasmara los avances que han alcanzado estos países 15 años luego de adoptado el Plan de Acción Internacional de Madrid. Al momento de cerrar el presente informe se recibieron ocho informes narrativos y nueve formularios de Excel con información cuantitativa sobre el envejecimiento en la región, que sirven de base para el análisis técnico.

El presente documento describe la situación y el progreso en varios países de América Latina sobre el envejecimiento y los derechos de las personas mayores utilizando como marco de referencia el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 2002 y la Carta de San José adoptada en la conferencia regional intergubernamental sobre el envejecimiento, y realizada en Costa Rica en el 2012, a través de ejemplos

de ocho países. Consta de cinco secciones: (I) marco general de la transición demográfica en ALC y (II) el contexto del envejecimiento en la región, con el perfil del envejecimiento de los países que contribuyeron en el documento; las secciones (III), (IV) y (V) brindan ejemplos de políticas públicas que se han desarrollado los países para hacer frente al envejecimiento y que contribuyen al avance del Plan de Acción Internacional de Madrid; sección (VI) describe los asuntos claves que deben ser abordados en la región; (VII) aborda la disponibilidad de datos e información en los países para la elaboración de políticas sobre envejecimiento basadas en evidencia; finalmente, (VIII) se describen las conclusiones y algunas recomendaciones desde el análisis comparativo con los insumos provistos por los países, así como algunas reflexiones sobre los siguientes desafíos.





Capítulo 1

Marco general de la transición demográfica en América Latina y el Caribe: retos y oportunidades

Si bien el aumento de la esperanza de vida en ALC producto de la caída de la mortalidad (BID/CEPAL/CELADE) es una buena noticia, sus consecuencias generan nuevos desafíos a las familias y a la sociedad en varias dimensiones, tales como: (i) el índice de envejecimiento, que se refiere a la relación entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años; (ii) la relación de dependencia de las personas mayores, es decir la cantidad de personas en edad de trabajar por cada persona mayor; y (iii) la ventana de oportunidades demográficas, que mide el tiempo donde el porcentaje de población en edad productiva (en edad de trabajar 15-64 años) es mayor que la no productiva (suma de las personas 0-14 años y de 65 años y más). Las dimensiones (i) y (iii) nos ayudan a elaborar perfiles de países que se resumen en la Tabla 1.

La caída de la natalidad reduce ininterrumpidamente la cantidad de personas en edad de trabajar; mientras que la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la expectativa de vida aumentan la cantidad de personas mayores. Este fenómeno puede acentuar la presión fiscal para financiar los programas de protección social, la inversión en educación y salud, la acumulación de ahorros públicos y privados, e incluso potencialmente reducir el ingreso per cápita y el desarrollo sostenible de un país. Considerando este escenario demográfico, en la región se distinguen tres grupos de países (Tabla 2).

TABLA 1.

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE VERSUS EL TIEMPO REMANENTE DE LA VENTANA DE OPORTUNIDADES DEMOGRÁFICAS (2015).

		Índice de envejecimiento		
		Moderadamente avanzado y avanzando	Moderado	Incipiente
Ventana de oportunidades demográficas	5 años	Cuba Uruguay Costa Rica Chile Barbados Trinidad y Tobago	Brasil Antigua y Barbuda Jamaica Surinam	
	20 años	Argentina	Colombia México República Dominicana Venezuela Panamá Ecuador Perú	
	30 años		Guyana Salvador	Bolivia Guatemala Haití Honduras Nicaragua Paraguay

Fuente: UNFPA - LACRO usando: the United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision

TABLA 2.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

	Transición demográfica		
	I	II	III
Tasa global de fecundidad	↑	↑↓	↓
Mortalidad	↑	↑↓	↓
Expectativa de vida	↓	↑↓	↑
Países	Bolivia Guatemala Honduras Haití	Brasil Colombia Perú República Dominicana	Cuba Uruguay Costa Rica

Fuente: UNFPA - LACRO

El primer grupo de países se encuentra al **inicio de la transición demográfica**, y muestran altas tasas de fecundidad y mortalidad lo que favorece una mayor población joven y un envejecimiento incipiente. Países como *Bolivia, Guatemala, Honduras y Haití* se encuentran en esta etapa y se espera que continúen siendo jóvenes por espacio de 30 años; coincidentemente son los que tienen menores índices de desarrollo de la región. Estos países tienen como reto la puesta en marcha de una agenda de largo plazo para planificar “para el envejecimiento poblacional”, así como de atender las situaciones presentes de la población general con medidas como aumentar el acceso, la calidad y la provisión de los servicios de salud y realizar reformas básicas del sistema educativo para aumentar la cobertura y mejorar la calidad, especialmente en los programas de salud materna, infantil y de enfermedades transmisibles, mejorar la formación del recurso humano multidisciplinario y ampliar la capacidad de los sectores productivos. Estas son parte de las medidas para mejorar las oportunidades económicas y sociales de la población para catalizar el crecimiento económico y reducir la pobreza (Ej. Bolivia). Los países jóvenes tienen la posibilidad, con la experiencia de los demás países de la región, de “hacerlo bien” para planificar el proceso de envejecimiento y que las personas mayores tengan una vejez digna y de acuerdo a sus derechos.

El siguiente grupo se encuentra en la **segunda etapa de transición demográfica**, en donde se disminuyen las tasas de fecundidad y mortalidad. En esta etapa continúa una proporción importante de jóvenes, y la población mayor empieza a aumentar, dando lugar a una sociedad con envejecimiento moderado. En ella se encuentran países como *Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana*, cuya población se considerará envejecida dentro de 20 años aproximadamente. Este grupo de países debe impulsar políticas adecuadas para lograr el desarrollo sostenible y equitativo, al mismo tiempo velar para que la población mayor tenga acceso a sus derechos. Las políticas públicas

en este grupo deben proveer el aumento en el gasto de los servicios de salud y cuidado, al mismo tiempo fomentar la inserción de las y los jóvenes y las mujeres en los mercados laborales. Se debe aumentar el capital humano y la productividad a través del empoderamiento, la formación. Otras medidas son igualmente importantes como ampliar la cobertura y calidad de los sistemas de protección social, con sociedades incluyentes, democráticas y cohesionadas con parámetros claros de convivencia y solidaridad intergeneracional, disminuyendo la desigualdad y la transmisión intergeneracional de las desventajas.

En la **tercera etapa de la transición demográfica** se encuentran países con tasas de fecundidad bajas, expectativas de vida altas y con baja relación de dependencia. Países como *Costa Rica, Cuba y Uruguay* ya están experimentando el envejecimiento de la población. En estos casos se deben priorizar medidas para mitigar el impacto del envejecimiento en la economía y la presión en los sistemas fiscales. Se recomiendan reformas a los sistemas de pensión, diseño e implementación de prestaciones y servicios en seguridad social, salud, y educación destinados a las personas mayores para salvaguardar la calidad de vida, seguridad económica y justicia social, mejorar las fuentes de trabajos decentes y formales para jóvenes y mujeres y flexibilizar el mercado laboral para reintegrar a las personas mayores.

La realidad demográfica de ALC debe incluirse en el diseño e implementación de políticas públicas, considerando el enfoque de ciclo de vida, impulsando las contribuciones sociales y económicas de jóvenes y mujeres, quienes actualmente son sobrecargadas con tareas de cuidado no remuneradas. Por lo tanto, un enfoque de política pública integral para hacerle frente al envejecimiento debe considerar los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas como parte de un sistema destinado a crear las condiciones para el desarrollo sostenible en un contexto de cambio demográfico.



Capítulo 2

El envejecimiento en América Latina y el Caribe

La población en América Latina y el Caribe (ALC) se encuentra en un proceso de envejecimiento. Es decir, la proporción de personas con 60 años y más aumenta al mismo tiempo que el porcentaje de la población con 15 años y menos disminuye. La modificación de la estructura por grupos de edad de la población es el resultado de varios fenómenos demográficos: (1) la disminución de la Tasa Global de Fecundidad, (2) la disminución sostenida de la mortalidad, y (3) el aumento de la expectativa de vida a expensas de las mejoras en el sistema sanitario y saneamiento básico (Huenchuan, 2013).

En ALC, el grupo de la población de 60 años¹ y más aumentó de 5.7% en la década de los 50s, a un 11.2% en el 2015 y se espera que represente el 21.0% de la población en el 2040. Mientras que los menores de 15 años representaban el 40.0% en 1950, luego 26.0% en 2015, y en el 2040 representarán el 18.0% (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015). Es decir, en el

mismo período de tiempo, mientras la población de 60 años y más se cuadruplicará, la menor de 15 años se reducirá a la mitad, y la población de personas mayores será mayor que la de 15 años y menos (21% vs 18%). También se espera que la cantidad de personas de 60 años y más supere a las menores de 15 años de edad hacia el año 2050 a nivel mundial y en ALC este fenómeno ocurrirá antes: entre el 2035-2040 (Gráficas 1 y 2). Este proceso de envejecimiento en ALC ocurrirá a mayor velocidad de lo que se observó en países desarrollados. Mientras que en Francia y Suecia, por ejemplo, la población de 60 años o más se duplicó de 7% a 14% en un período de tiempo de 114 y 82 años, respectivamente, en ALC se cuadruplicará en 70 años o menos, pasando de 5.6% a 21% (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015).

El envejecimiento de la población en ALC no ocurrirá al mismo ritmo en todos los países, sino que depende de la etapa de la transición demográfica en la que se encuentren (Tabla 2). Se requiere entender el cambio de estructura por grupos de edad de la población para hacer una planificación efectiva que permita satisfacer las necesidades de la población y facilite que las personas puedan ejercer sus derechos plenamente.

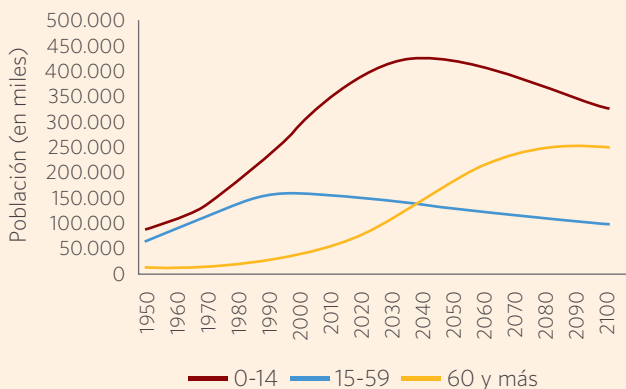
¹ Los países de América Latina y el Caribe no tienen una definición homogénea de la población adulta mayor. En algunos países son las personas de 60 años y más y en otros es a partir de los 65 años. Este documento hace un esfuerzo por demostrar los avances en materia de políticas públicas destinadas para lo que cada país clasifica como personas mayores. Sin embargo, el análisis se estandariza de acuerdo al MIPAA.

1. Perfil de la persona mayor en América Latina y el Caribe

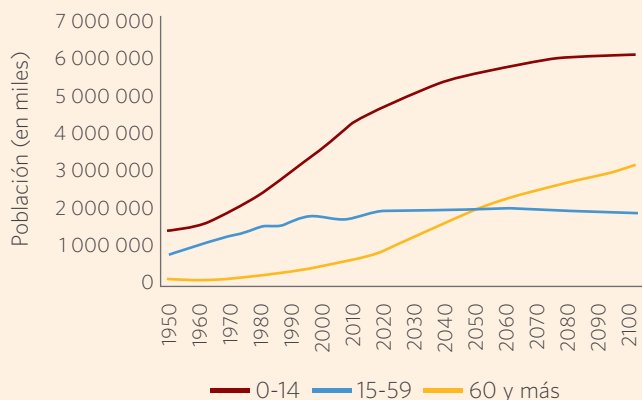
América Latina y el Caribe mantiene la tendencia observada a nivel mundial: la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en más de 30 años en el último siglo (OMS, 2016). Estos años adicionales deben ahora traducirse en oportunidades en el siglo XXI para los individuos, las familias y las sociedades. En sólo un siglo (1950-2050) el número de personas de 80 años y más se incrementará 26 veces, pasando de 14 millones a 379 millones (Palliolini & Souza, 2013). La vejez y el envejecimiento impactarán no sólo en los aspectos económicos derivados de la menor proporción de población en edad de trabajar, sino también en aspectos sociales, políticos y psicológicos. Este fenómeno debe ser una prioridad de la política pública por dos aristas: por un lado, las necesidades de las personas para envejecer con dignidad, autonomía, libertad y con pleno ejercicio de ciudadanía; y por otra, por la generación de los recursos económicos y sociales para lograr el bienestar de toda su población.

Cuba es el país más envejecido de la región (87.8 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años) (ONEI-CEPDE, 2015). Este proceso de envejecimiento demográfico ha ocurrido en menos de 50 años y el único grupo poblacional que actualmente crece es el de 60 años y más y, dentro del mismo, el de 75 años y más es el que más crece con predominio de la población femenina (ONEI-CEPDE, 2015). En el año 2002, el porcentaje de la población con 60 años y más era de 14.7 - según el Censo de Población y Viviendas de ese año (ONE, 2005). Diez años después, el Censo en el 2012 arrojó un porcentaje de 18.3 (ONEI, 2014), mientras en el 2015 alcanzó el 19.4%. Para el 2030, el 29.0% tendrá 60 años y más, y para el 2050, llegará a 33.2% (ONEI-CEPDE, 2015). La situación conyugal en Cuba más frecuente entre las personas mayores es casada (45.2% para el año 2014 según la ECH). Un tercio de la población es viuda (32% para 2014) y el 23% restante se reparte entre personas solteras, divorciadas y en unión libre. La mitad de las personas de 65 a 79 años están casadas (49.9%) pero esta cifra desciende al 32.3% para las personas de 80 y

GRÁFICA 1.
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE POR GRANDES GRUPOS DE EDAD (1950 - 2050)



GRÁFICA 2.
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUNDIAL POR GRANDES GRUPOS DE EDAD (1950 - 2050)



más años. Al avanzar en años, la viudez pasa a ser la situación predominante (53.5%) alcanzando a cinco de cada diez personas de más de 80 años, siendo éstas mayoritariamente mujeres (ONE, 2015). En la Encuesta Nacional de Envejecimiento de Cuba 2010 - 2011, así como en el Censo de Población y Viviendas del 2012, se registró 12.6% de personas mayores que viven solas, tendencia creciente y que se estima aumentará en los próximos años (ONEI-CEPDE, 2015).

Uruguay es el segundo país más envejecido de la región (INE, 2014). Se encuentra en la etapa avanzada de la transición demográfica presentando una baja fecundidad (1.9 hijos por mujer), y una esperanza de vida de 77.7 años (74.1 para hombres y 81.1 para mujeres) (INE, 2012). A su vez el país ha experimentado un largo y profundo proceso de emigración internacional desde la década de 1960, que recientemente se ha acompañado de migración de retorno (Pellegrino, 2008). Esta dinámica poblacional ha contribuido a acentuar el envejecimiento y de acuerdo con las nuevas estimaciones² en Uruguay en el 2015 viven 484,407 personas de 65 años y más, lo que representa el 14% de la población total (Cabella, 2015). En Uruguay el índice de envejecimiento ha mostrado un importante crecimiento intercensal pasando de 51 en 1996 a 67 en 2015. Las personas de 65 a 84 años representan el 86.8% (420,446 personas) de las personas mayores y las de 85 y más años el 13.2% (63,961 personas) restante (INE, 2014). Aproximadamente en uno de cada tres hogares uruguayos vive una persona de 65 años y más, y en uno de cada diez vive una persona de 80 años y más (INE, 2014). El arreglo familiar más frecuente para las personas mayores es vivir en pareja sin los hijos, lo cual ocurre con un tercio (33.6%) de los casos, y otra proporción importante vive en hogares unipersonales (26.7%). La evolución de este indicador da cuenta de una proporción creciente de personas

mayores conformando hogares unipersonales y de parejas sin hijos, en perjuicio de su integración en hogares extendidos. Un 58.7% de las personas mayores convive sólo con personas de su misma edad (Cabella, 2015).

Los indicadores demográficos de *Costa Rica* muestran la tendencia al envejecimiento de la población; la tasa global de fecundidad en el 2015 se estima en 1.8 hijos por mujer y la esperanza de vida al nacer es de 77.4 años para los hombres y de 82.4 años para las mujeres (INEC, 2015); esto ha modificado la estructura por edad de la población. La población de 65 años era alrededor del 5% en el año 2000, el 7% para el 2011 y se prevé que para el 2050 llegará a representar el 20% de la población. Se calcula que para el año 2040 la proporción de la población de 65 años y más va a ser igual a la población menor de 15 años (INEC, 2016).

En *Brasil*, la más reciente encuesta muestra que el 14.1% de las mujeres brasileñas tenían 60 años o más en el 2013, mientras que los hombres del mismo grupo de edad representaban el 11.9% (IBGE, 2013). La población de personas de 60 años o más aumentó de 2% a 12% entre 1960 y 2014, y se duplicó en tan solo 34 años (6% en 1980 y 12% en 2014) (IBGE, 2015). El grupo etario que más crece es el de las personas de 80 o más años (IBGE, 2015).

Colombia se encuentra en un estadio avanzado de la transición demográfica y en una etapa de envejecimiento moderada. Ha pasado de un 7% de personas mayores de 60 años en 1985 a un 11% (5,2 millones de personas) en 2015. Para el 2050 se proyecta un 23% de población mayor en el país. La expectativa de vida es actualmente 74 años (77 para mujeres y 71 para hombres) (Dulcey-Ruiz, Arrubla, & Sanabria, 2013). Fuera del descenso de la mortalidad infantil (actualmente en 16.5 muertes por 1000 nacidos vivos) y de la tasa global de fecundidad (2.2 hijos por mujer en el 2015) (MINSALUD, 2014), las estructuras demográficas del país se han visto influenciadas por las migraciones tanto internas (por el conflicto armado)

2 Las proyecciones de población elaboradas en 2013 se han basado en un escenario de saldo migratorio nulo, supuesto que puede ser revisado ante cualquier cambio de las tendencias.

como al exterior. En el año 2010 un poco más del 30% de los hogares colombianos estaban constituidos por una o más personas mayores (MINSALUD, 2014). La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010) mostró que los hogares unipersonales con personas mayores pasaron de 1.7% en 1990 a 3.3% en 2010 siendo este aumento mayor en zonas urbanas; 77% de los hogares con personas mayores era multigeneracionales, 12% unipersonales, 10% vivía sola con la pareja (MINSALUD, 2011).

En el caso de México, en el año 2010 hubo 10,195,818 personas mayores y para junio del año 2016 habrá un total de 12,520,721 personas de 60 y más años, o sea que este grupo poblacional se incrementó en un 22.8% en un período de seis años, representando actualmente el 10.2% de la población (INEGI, 2011). Para el año 2050, se proyecta que haya un poco más de 32 millones de las personas mayores en el país. En el Censo de Población y Vivienda 2010 la edad límite reportada fue de 98 años, en el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 fue de 115 años y en los registros administrativos de mortalidad la edad más avanzada reportada fue de 120 años de edad (INEGI, 2013). La esperanza de vida ha sido mayor para las mujeres que para los hombres: mientras que en 1930 las cifras eran 37.5 años para mujeres y 36.1 para hombres, en el año 2016 es de 77.8 años de vida para mujeres y 72.6 años de vida para los hombres (Secretaría de Salud, 2011). En 2016, de acuerdo con las proyecciones de población 2010-2050 de CONAPO, las mujeres de 60 años tienen una expectativa de vida de 22.9 años, mientras que los hombres tienen 20.9 años. En México, el 10% de las personas mayores afiliadas al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) viven solas, 81% con la familia, 8% con amistades y 1% en centros de asistencia. Por otro lado, la composición de los hogares con jefatura de familia de 60 y más años se componían así: 44.7% nuclear, 35.6% ampliado, 17.1% unipersonal, 1.3% compuesto y 0,7% co residentes (Cárdenas, González, & Lara, 2016).

En *República Dominicana* el índice de envejecimiento en el 2002 era de 23.7 personas mayores por cada 100 menores de 15 años (ONE, 2005), alcanzando un índice de 43.7 en el 2015. Para el 2025 se espera que existan 45 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años (ONE, 2014). Mientras que las personas mayores de 60 años representaban el 8.0% según el Censo 2002 (ONE, 2003), para el 2010 aumentaron a 9.1%, de los cuales el 51.4% eran mujeres (439,819) y 48.6% hombres (415,844) (ONE, 2012). La esperanza de vida al nacer pasó de 71 en el 2002 a 71.8 en el 2010, con una proyección de 74.2 para el 2025. La esperanza de vida de las mujeres se mantiene alrededor de 5 años por encima de los hombres (ONE, 2015).

2. Progreso en materia de legislaciones

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, organizada por la ONU, del 8 a 12 de abril de 2002 en Madrid, fue decisiva para el desarrollo de un plan de acción que ubicara el envejecimiento de la población en el centro de la atención de los gobiernos. En ese momento, 159 gobiernos estuvieron presentes generando el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Los países en ALC hacen un esfuerzo por incorporar esta visión en sus actividades programáticas, ya que reconocen el potencial desequilibrio entre la disponibilidad de servicios para atender a la población versus la demanda por parte de los usuarios basados en el perfil etario de la población. A continuación describiremos la diversidad de abordajes sobre estos temas en algunos países de la región.

El país más envejecido de la región, *Cuba*, atiende este proceso como parte de las políticas sociales en sectores como salud, educación, seguridad y asistencia social, apoyo a la familia y otros. Además, cuenta con la “Comisión Gubernamental de Atención a la Dinámica Demográfica”, presidida por un Vicepresidente del

Gobierno, quien define y aplica medidas en tres ejes u objetivos fundamentales:

- a. Estimular la fecundidad y el nacimiento de 2 o más hijas o hijos.
- b. Implementar medidas para la atención a las personas mayores que promuevan su autonomía, participación, integración social y faciliten la incorporación y permanencia laboral de los familiares con capacidad para trabajar.
- c. Promover el empleo mayoritario y eficiente de las personas aptas para el trabajo.

Durante el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba en el 2011 se plantea en el Lineamiento No. 144 de la Política Económica y Social: "Brindar particular atención al estudio e implementación de estrategias en todos los sectores de la sociedad para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento de la población" (PCC, 2011). Luego en abril de 2016, en el VII Congreso del Partido Comunista de Cuba, se aprueba el Plan de Desarrollo Social 2030 el cual contiene referencias y articulaciones del proceso de envejecimiento poblacional en el desarrollo de la sociedad en su conjunto y la voluntad de atenderlo como garantía de su sostenibilidad (PCC, 2016).

Uruguay creó el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES) mediante la Ley No. 18.617 del 2009, como organismo rector que tiene entre sus competencias la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas nacionales relativas a la población adulta mayor, promoviendo su desarrollo pleno e integración social y económica. En el marco de esta nueva institucionalidad fue elaborado el primer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015, buscando organizar las políticas bajo una visión integral de la persona como sujeto de derechos y no como objeto de intervención. Desde octubre de 2016 se ratificó la Convención de Uruguay que articula las proposiciones del Plan de Acción de Madrid y

de la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPAM). En este sentido, debe destacarse el trabajo realizado para el empoderamiento de la sociedad civil promoviendo su capacidad de conocer y reclamar sus propios derechos. Fruto de ello es la creación de la Red Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (REDAM) que viene funcionando desde 2010.

En *Costa Rica*, la Constitución Política (1949) contempla la protección de los derechos fundamentales de la población mayor de 65 años en sus artículos 50 (obligación del Estado de procurar el bienestar de sus habitantes), 51 (obligación del Estado a la protección especial de la familia y al "anciano") y 83 (obligación de proveer facilidades para la educación de adultos). Además, la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor (Ley 7935 del 25 de octubre de 1999) ratifica una serie de derechos a la integridad, trabajo y norma las condiciones generales de funcionamiento de las personas residentes. Esta ley consolida también los derechos orientados a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, regulando las acciones institucionales y civiles que mejoran su acceso a educación, cultura, salud, trabajo y financiamientos acordes a sus posibilidades, al igual que establece delitos por agresión a las personas mayores. Todo lo anterior se desarrolla con el apoyo del Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), que es el ente rector en materia de envejecimiento y vejez, con la responsabilidad de formular las políticas y los planes nacionales en materia de envejecimiento, fomentar la creación, continuidad y accesibilidad de los programas y servicios relativos a la atención integral de las personas mayores y velar por su adecuado funcionamiento.

La activa participación de *Brasil* en Conferencias Intergubernamentales de la CEPAL sobre envejecimiento, que se iniciaron en 2003 y en 2007, fomenta la inclusión de las personas mayores en el diseño de los planes nacionales. Como resultado nació

la Conferencia Nacional sobre los Derechos de las personas Adultas Mayores, en donde se discutieron tres ejes: I- Gestión (programas, proyectos, actividades y servicios), II- Financiación (fondos para los ancianos y presupuesto) y III- Participación (política y control social). Otro gran avance de Brasil es el Estatuto del Adulto Mayor (“Estatuto do Idoso”, Ley No. 10.741/2003), que, en su artículo 3, menciona la obligación de la familia, la comunidad, la sociedad y del poder público de garantizar a las personas mayores la realización del derecho a la vida, la salud, la alimentación, la educación, la cultura, el deporte, el ocio, el trabajo, la ciudadanía, la libertad, la dignidad, el respeto y la convivencia familiar y comunitaria. Es un hito que coloca a la persona mayor como una persona natural con derechos plenos. Además, vale la pena mencionar la creación en 2002 del Consejo Nacional de los Derechos del Adulto Mayor (Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, CNDI), incluido en la estructura básica del Ministerio de Justicia, el cual tiene como competencia elaborar, apoyar y evaluar los consejos estatales, municipales y del Distrito Federal; proponer cambios en las estructuras públicas y privadas para el cuidado de las personas mayores; promover campañas de educación; supervisar la preparación y ejecución de las propuestas presupuestarias de la Unión; monitorear y evaluar la política nacional de personas mayores dentro de las pautas presentes en el Estatuto del Adulto Mayor.

En *Colombia*, el Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad rectora y preside el Consejo Nacional de Envejecimiento y Vejez. El país cuenta desde el 2007 con la Política Pública de Envejecimiento y Vejez, construida y revisada posteriormente de forma participativa con la institucionalidad nacional y territorial así como con la sociedad civil, la academia y demás actores. Consta de las siguientes líneas: 1. Promoción y garantía de los derechos humanos, 2. Protección social integral, 3. Envejecimiento activo, satisfactorio y saludable, y 4. Formación del talento

humano e investigación. La Constitución Política de 1991 dispone (artículo 46) que: “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”; y que “El Estado garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”. Lo anterior es reforzado por los instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos por Colombia, la legislación interna y la jurisprudencia constitucional así como los diferentes desarrollos normativos en el tema de envejecimiento y vejez y el Plan de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.

En *México*, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) coordina el INAPAM creado en el año 2002, organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica. La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2006) ha tenido modificaciones en su contenido para incorporar la perspectiva de derechos, ya que en su capítulo II, artículo 5, reconoce el derecho de las personas mayores a una vida libre sin violencia, al respeto de su integridad física, psico-emocional y sexual, a la protección contra toda forma de explotación, a recibir protección por parte de la comunidad, la familia, la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales. Así mismo, en el artículo 8, se enuncia que ninguna persona mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su edad, género, estado físico, creencia religiosa o condición social. La dirección general del INAPAM atiende las políticas y directrices de su Consejo Directivo y de la Secretaría de Desarrollo Social, para favorecer el desarrollo humano integral de las personas mayores (SEDESOL-INAPAM, 2014a:20).





©UNFPA/Colombia/Sergio Mejía.

Capítulo 3

Desarrollo social y seguridad económica

1. Seguridad financiera

Uno de los elementos fundamentales de la calidad de vida en las edades mayores es disponer de capital económico y no económico, que sea sistemático y suficiente. Las fuentes de provisión de seguridad económica en la vejez pueden ser diferentes: trabajo, ahorros acumulados, del sistema de seguridad social (jubilación gestionada por el Estado y/o el mercado) e incluso transferencias familiares.

En *Cuba* para los grupos sociales en estado de vulnerabilidad se han establecido programas de asistencia social focalizados, con asignaciones específicas de subsidios, que pueden ser monetarios, en especie o con determinados fines particulares como el mantenimiento de la vivienda, la adquisición de ciertos medicamentos, la alimentación en comedores sociales para personas mayores, entre otros. Parte de la alimentación básica se distribuye de forma universal a través de un sistema de cuotas. Los arreglos familiares y las ayudas recibidas por las personas de 60 años y más son primordialmente para la compañía y el cuidado (90%), la vida doméstica (82%) y en comida o ropa (78%), mientras que la población adulta mayor brinda ayuda a familiares para la vida doméstica (66%), comida o ropa (61%), dinero (48%) (ONE, 2012).

En *Brasil*, el 75% de los hombres son jubilados y 19% de las mujeres son pensionadas y en un 12% también se acumulan más beneficios de pensión y jubilación debido a los arreglos familiares más comunes en esas generaciones, cuando la cónyuge que estaba por fuera del trabajo formal pasa a recibir el beneficio por razón del fallecimiento de su marido. Con relación al ingreso per cápita, el 83% de las personas mayores recibe hasta la mitad de un salario mínimo.

En *Colombia* el 25% de las personas mayores de 60 años trabaja fuera del hogar con un salario fijo; el 40% de las mujeres y el 25% de los hombres personas mayores en áreas urbanas no tienen ingresos propios. Cerca del 10% de las personas mayores no recibe remuneración por su trabajo, así como la mayoría de las mujeres que trabajan en tareas del hogar. De las personas mayores que no trabajan, casi el 30% dependen de la ayuda económica de familiares y el 9% recibe ingresos provenientes de la renta o bancarios. Las mujeres tienen menos activos en tierras, productivos y monetarios que los hombres. Si se examina el trabajo en el hogar, es realizado por casi el 70% de las mujeres desde los 60 hasta los 79 años, porcentaje que disminuye a 11% a los 95 años, lo que implica que el trabajo de las mujeres en el hogar se realiza hasta una edad avanzada. Cerca del 10% de las personas

mayores no recibe remuneración por su trabajo así como la mayoría de las mujeres que trabajan en tareas del hogar. Uno de los problemas más graves del país es la informalidad que afecta al 64% de los trabajadores en Colombia (DANE, 2015), especialmente en la zona rural y mayormente a las mujeres. Esta informalidad afecta al 98% de jóvenes de hogares pobres, al 81% de mayores de 50 años y al 85% de mayores de 60. El aporte económico de las personas mayores a la familia es importante: aproximadamente 2.2 familiares en promedio dependen de los ingresos de una persona adulta mayor; el 61% de las personas mayores tiene una o más personas que dependen de sus ingresos, el 24% asume la totalidad de los gastos del hogar y el 34% el total de los gastos de ropa del hogar (DANE, 2015).

En el caso de *Bolivia* el 48% de la población total de 60 años o más declaró tener ingresos provenientes de actividades laborales; el 40% declaró percibir ingresos no laborales (alquileres, intereses, etc.) (INE, 2002). Resulta interesante que el promedio de ingreso del trabajador asalariado adulto mayor del área rural sea más elevado respecto de quienes viven en el área urbana, mientras que los ingresos por jubilación son mayores en promedio en el área urbana que en el área rural. *Bolivia* también cuenta desde el año 2008 con la "Renta Dignidad", pago vitalicio universal destinado a los mayores de 60 años para brindar seguridad financiera durante la vejez. Esta es financiada con recursos de la venta de acciones de las empresas públicas, creándose el Fondo de Capitalización Colectivo y los impuestos a los hidrocarburos. Se calcula que la cobertura al año 2011 era de 91.3% en el área urbana y 90.5% en el área rural. La población mayor de 60 años que recibe una remuneración del Tesoro General de la Nación no percibe la Renta Dignidad, ya que ésta favorece a la población de menores ingresos (APS).

En *Uruguay* están previstas las transferencias no contributivas para las personas mayores que carecen de ingresos. Se cuenta con el Programa de Asistencia a la vejez (BPS-MIDES) y las Pensiones por Vejez (BPS). Además, si las personas mayores integran

hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica les corresponderá la Tarjeta Uruguay Social (MIDES) y, si tienen menores de edad a cargo, las Asignaciones Familiares-Plan de Equidad (BPS-MIDES).

La asistencia a la vejez se otorga a personas entre 65 y 69 años que integran hogares con carencias críticas. Las pensiones por vejez se otorgan a partir de los 70 años.

2. Sistema de pensiones

Los sistemas de solidaridad intergeneracional dependen de la transferencia a través de cuotas de la población económicamente activa y el balance de los sistemas contributivos depende de la estructura etaria de la población. Con el cambio en la estructura etaria de ALC, los grupos con mayor consumo que ingreso (niñas, niños y personas mayores) están aumentando a un ritmo más rápido que los adultos en edad de trabajar, principalmente a expensas del aumento de las personas mayores.

El régimen de Seguridad Social (SS) en *Cuba* está basado en un sistema contributivo entre las empresas, las unidades presupuestadas estatales, aportes por parte de los trabajadores (incluyendo nuevas formas de gestión laboral no gubernamental, y que corresponde a más del 20% de la población ocupada del país). La cobertura de la seguridad social es universal ya que incluye a trabajadores independientes. En *Cuba* la gratuidad y universalidad de servicios y prestaciones básicas para la población y específicamente para las personas mayores son la base de la dignidad y bienestar de su vida. La salud, la educación y un sistema universal de seguridad y asistencia social sobre la base de la cotización y el reparto constituyen garantía de la cobertura del 100% por parte de la seguridad social. Quienes no han trabajado, reciben, en los casos necesarios, una protección no contributiva del Sistema de Seguridad Social.

En *Uruguay* hay un alto nivel de cobertura de la seguridad social en la etapa de retiro, lo cual constituye un diferencial en relación a otros países de la región. Así

mismo, las reformas implementadas recientemente en materia de flexibilización de las condiciones de acceso a las jubilaciones y el consiguiente incremento en el número de jubilaciones otorgadas es, sin duda, un avance sustantivo en materia de garantía de derechos económicos. El incremento progresivo y sustantivo en los montos reales de jubilaciones y pensiones experimentado en los últimos años, constituye también un aspecto a subrayar en relación a la seguridad económica de las personas mayores. Finalmente, es particularmente destacable el reconocimiento al trabajo de cuidados realizado por las mujeres y sus correspondientes interrupciones en las trayectorias laborales, a través del cómputo de un año de trabajo por hija o hijo para el acceso a las jubilaciones. En el 2014, el 83.8% de las personas mayores varones y el 62.2% de las mujeres cobraba una jubilación.

En *Colombia* la Constitución Política de 1991 plantea el Sistema General de Pensiones con dos modalidades: 1. Sistema tradicional de reparto simple con beneficios definidos (RPM) y 2. Sistema de capitalización individual para las personas que trabajan en el sector formal de la economía (RAIS), los cuales compiten entre sí (los usuarios se afilian a uno de los dos regímenes) y dependen de las contribuciones que los trabajadores hayan hecho a lo largo de la vida laboral. A nivel nacional la cobertura de pensiones a las personas mayores es de 23% (875,981 personas), de quienes 65% son hombres y 25% mujeres y es cinco veces mayor en la zona urbana que rural, resultado de un sistema de trabajo informal en el área rural con limitado acceso a recibir pensiones. Según la encuesta de Calidad de Vida del 2015, el 27% de la población ocupada afirma cotizar para la pensión y el 65% de quienes no cotizan no lo hace porque su ingreso no alcanza para cotizar o porque no tienen trabajo. El sistema contributivo de pensiones de Colombia no solo tiene graves problemas de cobertura sino de inequidad, puesto que según la OECD el 86% de los subsidios pensionales otorgados por el Estado se dirigen al 20% más rico de la población y el último quintil de la población (en pobreza) recibe sólo el 0.1% de estos

subsidios (OECD, 2015). Para ampliar la seguridad financiera de las personas mayores, el país cuenta con varios esquemas adicionales: Sistema (Pilar) de ahorro voluntario complementario (para quienes tienen capacidad de ahorro); un Pilar intermedio o Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) que es un mecanismo de ahorro individual flexible para la población informal de ingresos medios o bajos con un subsidio estatal de 20% al ahorro individual; un Programa de Subsidio de Aporte a la Pensión (PSAP) con subsidios temporales y el Fondo de Garantía de Pensión Mínima (FGPM). Por último, existe un Pilar no contributivo, el Programa Colombia Mayor, para garantizar un ingreso mínimo para la vejez de la población mayor más vulnerable, con una cobertura de una cuarta parte de la población mayor de 60 años (aproximadamente 1,468,799 personas) de quienes el 83% son mayores de 65 años por debajo de la línea de pobreza, consistente en un subsidio económico directo (aproximadamente un 10% del salario mínimo en Colombia) o en servicios sociales a través de Centros de Bienestar del Adulto mayor o de Centros Diurnos, con alimentación, alojamiento, salubridad etc.

México cuenta con un sistema de pensiones creado mediante decreto del 23 de mayo de 1996 mediante la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, cuyo objeto es regular el funcionamiento de los sistemas de ahorro para el retiro y sus participantes previstos en las leyes del Seguro Social, del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En el sistema de pensiones están incluidos trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al ISSSTE a través de cuentas individuales administradas por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES). En el año 2010, sólo el 26.4 por ciento de las personas de 65 y más años de edad contaban con una jubilación o pensión (SEDESOL, 2013:15). Cabe destacar que las personas que se encuentran en el sector informal de la economía no tienen acceso al sistema de pensiones dado que no cuentan con ninguna relación patronal que los

vincule con la seguridad social. Al segundo semestre de 2016, de un total de 24,504,834 cuentas individuales administradas por las AFORES, el 94% corresponde a trabajadores afiliados al IMSS y el restante 6% a trabajadores del ISSSTE. Las cuentas administradas de la población de 60 y más años de edad suman en total 2,509,845, de las cuales tres de cada cuatro corresponden a hombres y el resto a mujeres.

En *República Dominicana* el sistema de capitalización individual se estableció en el 2003 con 5,468 afiliados. Diez años más tarde (2013) ha alcanzado una afiliación total de 84,938, de los cuales el 60% correspondía a la categoría de vejez, discapacidad y sobrevivencia³. Existen tres planes de afiliación: (1) plan contributivo con el retiro programado; el (2) plan subsidiado, el cual establece una pensión solidaria para aquellos con ingresos inferiores al 50% del salario mínimo nacional⁴, y (3) el plan contributivo subsidiado que permite a quien no completa la pensión mínima y a los 65 años no haya cotizado 300 meses. Se destaca el programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza (PROVEE), el cual proporcionó transferencia condicionada a 115 mil personas mayores en el 2014⁵, a través de la tarjeta "Solidaridad".

En *Bolivia* el Sistema Integral de Pensiones está compuesto por tres regímenes de aportación: (1) el contributivo, que se refiere a trabajadores que aportaron gran parte de su vida laboral y pueden financiar su jubilación por cuenta propia; (2) el semi-contributivo, que son las personas que pagaron distintos montos durante fracción de su vida laboral y requieren del Fondo Solidario para incrementar sus rentas; y (3) el no contributivo, que se aplica a las personas que nunca participaron del sistema y reciben, en su mayoría, sólo la Renta Dignidad, como aporte específico del Estado

Plurinacional. Mediante la Ley 065 se crea el 'Fondo Solidario', cuyo objetivo es elevar las rentas más bajas de quienes hayan aportado 35 años al sistema. Entre sus aciertos se crea la Pensión Solidaria de Vejez, que consiste en favorecer a aquellas personas con rentas bajas para que alcancen el ingreso básico, a condición de que el trabajador haya aportado un mínimo de 10 años al sistema. Las edades para la jubilación son 55 años para hombres y 50 años para mujeres. De acuerdo con la Encuesta de Hogares de Bolivia del año 2005, sólo uno de cada cinco personas mayores recibía una renta (UNFPA, 2007). Por su parte, la encuesta de Personas Adultas Mayores (UDAPE, 2013) establece que las personas mayores tienen una cobertura de pensiones muy baja, alcanzando sólo al 10.7% de personas jubiladas entre 60 a 64 años y un 16.0% entre las personas de 65 y más años de edad, llegando solo al 5% en mujeres del área rural. La renta dignidad es un beneficio universal, las personas que no perciben jubilación reciben Bs. 250 mensuales (36.00 USD⁴⁴) y Bs. 200 mensuales (28.80 USD⁶) para quienes que reciben una pensión de jubilación. En cuanto a los ingresos por jubilación, éstos son 1.5 veces más bajos en áreas rurales que en urbanas, y 2 veces menos en las mujeres que en los hombres. El monto de las pensiones es muy baja, así como también de otros ingresos.

3. Pobreza en la vejez

En *Uruguay* el fenómeno de la pobreza difiere según se consideren mediciones directas o indirectas. Mientras que según el método de ingresos la incidencia de la pobreza entre las personas mayores es casi cinco veces menor al promedio de la población total (2% frente a 9.7%), según el método de las necesidades básicas insatisfechas, la incidencia de la pobreza entre las personas mayores es sólo un tercio menor que el promedio nacional (23.2% frente a 33.8%) (Calvo, 2013).

3 Oficina Nacional de Estadísticas. Envejecimiento demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en República Dominicana, marzo 2016.

4 Presidencia de la República Dominicana, Decreto 381-13. Diciembre 2013.

5 CONAPE, Memoria Anual 2014. República Dominicana.

Brasil ha tenido éxito en incluir a las personas mayores sistemáticamente en su plan de reducción de la pobreza a nivel nacional a partir de sistemas de seguridad social no contributiva: sin estas medidas el porcentaje de personas pobres de 50 años alcanzaría el 30%, y entre las personas de 70 años de edad, podría superar el 65% (FUNBEP, 2010).

En *Colombia* el 22% de las personas mayores vivía en hogares pobres, en especial las mujeres que se dedican al trabajo doméstico no remunerado. El 40% de los mayores de 60 años en el país están en el nivel de riqueza catalogado como bajo y más bajo; el 16% en nivel medio y el 44% en nivel alto y más alto de riqueza (MINSALUD, 2011). Colombia lleva una década implementando la "Red de Protección Social contra la Pobreza Extrema" a través de la estrategia Red Unidos y beneficia 1,500,000 hogares en pobreza, por medio de la focalización y gestión integral de servicios estatales a las familias más vulnerables del país. Uno de los logros deseables de Red Unidos es que las personas mayores de 60 años y personas mayores con discapacidad permanente tengan un ingreso propio. Algunos resultados de la Red Unidos en el 2015 son: 13,245 personas mayores superaron su analfabetismo, 10,502 personas vinculadas a los BEPS con el apoyo de COLPENSIONES; 110,882 hogares conocen sobre la atención en caso de violencia intrafamiliar y sexual; 11,432 generan espacios de diálogo, resolución de conflictos y convivencia familiar.

A través de las distintas encuestas, *Bolivia* constata la reducción de la incidencia de la pobreza monetaria a nivel nacional, así como una mayor reducción porcentual de la misma en áreas urbanas, lo que significa una mejora significativa en la calidad de vida de las personas mayores. Una primera medición de la pobreza en personas mayores fue generada por la Encuesta de Hogares 2002, en donde se estableció que el 39.3% vivía bajo el umbral de pobreza y el 60.7% contaba con un ingreso inferior a Bs. 390.00 (56.00 USD⁶).

Además, establecía que el 65% tenía necesidades básicas insatisfechas, así como que el 57.8% tenía pobreza por ingreso y que el 47.9% se encontraba en una situación de pobreza crónica, según el método integrado (EH, 2002). Posteriormente, la Encuesta de Personas Adultas Mayores (UDAPE, 2013) registra que el 52.2% de la población de 60 y más años de edad se encuentra en situación de pobreza. En el caso de las ciudades, el porcentaje corresponde al 48.3%, mientras que en el área rural corresponde al 59.2%. Respecto a la incidencia de la pobreza extrema, más de un cuarto (26.5%) de esta población vive en condición de pobreza extrema a nivel nacional; 22.5% a nivel urbano y 33.5% en áreas rurales, desagregado por sexo: los hombres registran un 51.1% de pobreza y las mujeres 53.2%. La Renta Dignidad ha permitido la reducción de la pobreza en personas mayores en 13.5% y se incrementa su ingreso per cápita en 16.4% (UDAPE, 2013), contando con un alcance de cerca de un millón de personas mayores. El gobierno de Bolivia reconoce que se debe hacer el esfuerzo para aumentar la cobertura de la Renta Dignidad a todas las personas mayores que califican para el beneficio, dado que por problemas de documentación, carnet de identidad, algunas no pueden acceder.

En el 2014 en *República Dominicana* el 27.5% de las personas mayores vivía en condiciones de pobreza, el 26.8% de las mujeres y 28.3% de los hombres y un 5% en indigencia (personas con ingresos per cápita inferior a USD 4 diarios), el 5.4% de las mujeres y 4.5% de los hombres, según datos de la oficina Nacional de Estadísticas de la República Dominicana (ONE, 2011). Sin embargo, según la misma fuente, en promedio esta población es menos pobre en comparación con la población menor a 65 años, que alcanza 36.2%, mientras la de indigencia llega a 8%. También el 5.8% de personas de 65 años y más se encuentran en el quintil más bajo de ingresos según datos de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo 2015.

6 1 USD = 6.9 Bs, cambio efectivo del 26 de octubre de 2016.

4. Jubilación obligatoria

En *Cuba*, la Ley 105 del año 2008 y el nuevo Código del Trabajo del 2014 regulan las relaciones y derechos y deberes entre empleados y empleadores. Esta Ley modificó la edad para la jubilación, de carácter no mandatorio, de 55 a 60 años cumplidos para las mujeres y de 60 a 65 para los hombres. Las personas, con un mínimo de 30 años de trabajo, una vez jubiladas, pueden recibir el salario de la plaza que ocupa, además del correspondiente a la jubilación.

En *Colombia*, la edad de retiro obligatorio es de 57 años para mujeres y 62 para hombres y sólo cubre a trabajadores del sector público siempre y cuando su pensión haya sido efectivamente tramitada y no a los demás trabajadores del país.

En *México*, el momento de retiro laboral está definido por la Ley del Seguro Social en dos vertientes: una, que tiene que ver con la cesantía en edad avanzada que requiere de 1,250 cotizaciones semanales, haber cotizado durante veinticinco años y tener sesenta años de edad, y otra, con la vejez que tiene que ver con la edad cumplida del trabajador que está definida en 65 años y también contabilizar 1,250 semanas, veinticinco años de cotizaciones comprobables (DOF, 1995:44-46). Cabe señalar que, en el año 2010, sólo el 26.5 por ciento de las personas de 65 y más años de edad contaban con una jubilación o pensión (SEDESOL, 2013:15).

5. Participación en la fuerza de trabajo

La participación de las personas mayores en el mercado laboral puede ser posible al flexibilizar el entorno laboral y las leyes de retiro. En muchos casos es necesario que las personas mayores permanezcan en el mercado laboral, ya que las pensiones o jubilaciones que reciben resultan más bajas con respecto a los salarios

devengados durante su vida laboral (y especialmente las mujeres), pero también es importante aprovechar su conocimiento y experiencia como un importante insumo a la sociedad de los diferentes países.

El Parlamento Cubano, mediante la Ley No. 105 de diciembre del 2008, permite la recontractación de los trabajadores tras la edad de retiro, lo que ha permitido “rescatar” a decenas de miles de trabajadores, con experiencia, capacidad y salud para ello. De acuerdo a los datos y resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población en los años 2010-2011, casi el 20% de las personas de 60 años y más, o trabajaban, o eran jubilados o pensionados que trabajaban, siendo éstos últimos la mitad (10.4%) del total de jubilados. Para el Censo del 2012 estos porcentajes habían aumentado y para la actualidad, ya son más de 330,000 quienes trabajan fuera de la edad laboral y más de la mitad son jubilados.

En relación a la participación laboral de las personas mayores en *Uruguay*, si bien la proporción de personas mayores que continúan trabajando es baja (aún más en relación a los países de la región), la proporción de quienes lo hacen en condiciones de informalidad es alta (61.7%). Las personas mayores del quintil de menores ingresos son las que continúan participando del mercado laboral (Martínez Franzoni, 2007).

En *Colombia* se estima que un 25% de la población colombiana mayor de 60 años está trabajando fuera del hogar con un salario fijo (MINSALUD, 2011), siendo la participación laboral mayor en los hombres (45%) que en las mujeres (16%). La tasa de participación en el mercado laboral de personas mayores de 70 años es de 35% para hombres y 12% para mujeres. Cerca de un 10% de las personas mayores no reciben remuneración por su trabajo fuera del hogar, así como sucede con la mayoría de las mujeres que trabajan en el hogar. Por otra parte, cuando se examina el trabajo en el hogar, casi el 70% de las mujeres lo realizan entre los 60 hasta los 79 años, porcentaje que desciende a 11.5% a los 95 años; esto implica que las mujeres realizan este trabajo

(que generalmente no es remunerado ni apreciado socialmente), hasta edades avanzadas y contrasta con la baja participación (menos del 20%) de los hombres mayores de 60 años en estas labores. Uno de los problemas más graves del país es la informalidad que afecta al 64% de los trabajadores en Colombia (DANE 2015), especialmente en la zona rural y mayormente a las mujeres. Esta informalidad afecta al 98% de los jóvenes de hogares pobres, al 81% de los mayores de 50 años y al 85% de los mayores de 60 años.

La tasa de ocupación total en el 2012 de las personas mayores en *República Dominicana* asciende a un 35%, con predominio masculino que presenta un 52% de ocupación, frente a un 19% de las mujeres (ONE, 2012). Las personas mayores se ocupan en labores elementales como: trabajadores de servicios, vendedores de comercios y mercados; agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales, pesqueros, etc.

En *Bolivia* en el año 2002, el 51% de las personas mayores formaba parte de la población económicamente activa, y el 65.3% trabajaba por cuenta propia o como asalariados (20.7%) (INE, 2002) bajo condiciones laborales precarias. Actualmente, de acuerdo a los datos de la Defensoría del Pueblo, alrededor del 56% de los hombres y cerca del 30% de las mujeres del área urbana continúan trabajando después de los 60 años, y las personas mayores del área rural que se encuentran económicamente activas son proporcionalmente más que en el área urbana (78.3% respecto al 61.6% para la población de 60 a 64 años). Las personas mayores han optado por seguir activos en el mercado laboral hasta cuando les sea posible. Si se agrega al porcentaje de personas mayores jubiladas (26.8%), el porcentaje de quienes siguen trabajando (12.5%), resulta que casi el 40% de las personas mayores puede costear su subsistencia (HelpAge International, 2012).

6. Inclusión en emergencias y desastres naturales

Cuba realiza anualmente ejercicios nacionales, denominados "Meteoros", con el fin de prepararse para enfrentar desastres naturales, tales como eventos meteorológicos, inundaciones, penetraciones del mar, sismos, sequías, incendios forestales y otros. En estos simulacros participa toda la población, incluidas las personas mayores, y en los mismos se efectúan movilizaciones de la población a sitios seguros y protegidos en los Gobiernos territoriales. Un hecho importante a destacar es la solidaridad comunitaria y local, el apoyo y protección por sus vecinos de aquellas personas mayores con viviendas y entornos menos seguros.

Colombia cuenta con el "Sistema Nacional de gestión del riesgo de desastres" que depende directamente de Presidencia de la República, cuya estructura nacional se apoya en la gestión departamental y municipal a través de los gobernadores y alcaldes, creando los respectivos Comités territoriales para conocimiento, reducción y manejo de los desastres. Si bien en este proceso se involucra a toda la población y a todos los grupos etarios, no existe en la gestión del riesgo del país una intervención diferencial específica para las personas mayores.



Capítulo 4

Salud y bienestar

El perfil epidemiológico de las personas mayores en América Latina y el Caribe es complejo. A pesar de un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, las enfermedades infecciosas, parasitarias y la desnutrición son todavía frecuentes en este grupo etario. El aumento de este segmento de la población requiere la adecuación de la provisión de servicios de salud, al igual que la asignación presupuestaria para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y para enfrentar la morbilidad y la discapacidad subsecuente a la mayor edad. En este contexto, es esencial que las consecuencias del cambio demográfico sean previstas en la formulación de políticas y el diseño de programas y proyectos así como en el presupuesto del sector salud.

El Sistema de salud cubano es universal y gratuito, funciona sobre bases preventivas, con suficientes recursos humanos y materiales para brindar atención a la población, haciendo énfasis en grupos vulnerables como niños, mujeres y personas mayores. La salud se concibe como un principio constitucional y un derecho de la población. Se cuenta con un Plan Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor en el Sector Salud que ha permitido el aumento de la esperanza de vida de la población envejecida y de su calidad de vida. El componente de curación incluye un importante subsidio a los medicamentos. Igualmente, promueve la participación comunitaria activa, considerando a las personas mayores.

En *Brasil* se diseñó la Política Nacional de Salud para la Personas Mayores (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI) específicamente para cumplir con las directrices colocadas en el Plan de Madrid, incorporando un concepto más amplio de la salud, no solo como ausencia de enfermedad, sino también incluyendo la autonomía e independencia de las personas mayores. La política tiene las siguientes directrices: promoción del envejecimiento activo y saludable; atención integral, integrada en la salud de las personas mayores; fomento de actividades intersectoriales con el objetivo de la atención integral; proporcionar recursos capaces de garantizar una atención sanitaria de calidad para las personas mayores; fomentar la participación y el fortalecimiento del control social; formación y educación continua de los profesionales de la salud; divulgación e información para los profesionales de la salud, gestores y usuarios del Sistema Único de Salud (SUS); promover la cooperación nacional e internacional de las experiencias en el cuidado de la salud de las personas mayores y apoyar el desarrollo de estudios e investigaciones. Alrededor del 31% de la población de edad avanzada no tiene instrucción escolarizada con menos de 1 año de estudio, mientras que las regiones del Sudeste y el Sur que son las cuentan con un mayor nivel educativo (5 años) reflejando el bajo nivel educativo de los individuos que están entrando en este grupos poblacional. Los

estudios indican que la menor escolaridad se asocia no solamente a peores hábitos de vida entre los mayores de edad (sedentarismo y mala alimentación), sino también a una menor capacidad para entender la información y/o instrucciones recibidas por los profesionales de la salud y traducirlos en conductas efectivas (Lima Costa 2004).

Colombia cuenta con el Plan Decenal de Salud Pública (PNSP) 2011-2021 que busca la equidad en salud y el desarrollo humano de colombianos y colombianas, coordinando con las políticas de Primera Infancia, Política nacional de Juventud y la Política Nacional de envejecimiento y vejez. Las dimensiones del PNSP en envejecimiento y vejez son: 1. Reconocimiento de los efectos del envejecimiento demográfico en el desarrollo económico y social del país; 2. Promoción del envejecimiento activo y fomento de una cultura positiva de la vejez; 3. Adaptación y respuesta integral de la institucionalidad en la protección y atención de la población mayor; 4. Fortalecimiento de la institucionalidad para responder al goce efectivo de derechos; 5. Desarrollo de sistema de calidad en las instituciones de protección y promoción social, (registro de la oferta de servicios, mejorar los estándares de atención y rehabilitación y diseñar un modelo de atención integral a las personas mayores).

México cuenta con un Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que contempla promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y calidad de vida; y, con el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN). Entre las estrategias de salud se encuentra el Programa de Vacunación, la Semana de Salud para Gente Grande y el monitoreo de los indicadores de salud a través de estudios y encuestas como el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), y la creación en el año 2012 del Instituto Nacional de Geriátrica (INGER).

En Uruguay la cobertura de salud es universal, quienes no cuentan con ingresos ni personas aportantes en su núcleo familiar tienen derecho a atender su salud de forma gratuita a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

La Ley No. 18.211 crea, a partir del 1/1/2008 el Sistema Nacional Integrado de Salud que tiene entre sus principales objetivos brindar atención integral en salud a toda la población, lograr niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y la justicia distributiva en el financiamiento del gasto en salud. Con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud se ha dado una incorporación creciente y progresiva de jubilados y pensionistas al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Entre los beneficios para quienes se encuentran comprendidos por este Fondo se cuenta con exoneraciones en los costos de las órdenes de consulta, 1 ó 2 controles anuales gratuitos según el tramo etario al que pertenezca la persona mayor y la posibilidad de amparar con asistencia médica a cónyuges, concubinos e hijos menores de 18 años.

1. Perfil de salud

En Cuba, la encuesta nacional sobre envejecimiento 2010-2011 reportó que las personas de 60 años y más auto perciben su salud como excelente o muy buena en un 32% de los casos, y un 13% la definen como mala. Un 94% refirió no tener depresión o la experimentan como leve. Otra información relevante es que el 79% realizaba alguna actividad física al menos dos veces por semana y ello le ayudaba en su estado de salud. Un 21% no realizaba ninguna. El perfil de morbilidad y mortalidad predominan tumores malignos, neoplasmas, enfermedades del corazón, del sistema circulatorio, del sistema digestivo y otras. Los indicadores de salud de la población mayor de 60 años indican que presentan pocas limitaciones en las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria: el 2.5% de

las y los cubanos de 60 años y más presentan alguna discapacidad, de ellos un 10.2% tienen demencia y un 1.3% Alzheimer certificado, fundamentalmente en la población de 80 años y más.

En *Brasil* el 69.3% de los hombres y el 80.2% entre las mujeres mayores (Veras y Parahyba 2007) tienen al menos una enfermedad crónica, y las dos causas más comunes de hospitalización de las personas mayores son la insuficiencia cardíaca y coronaria y las enfermedades pulmonares. Los estudios muestran que la frecuencia de hospitalizaciones de hombres entre 55 a 80 y más años es mayor que de las mujeres y los costos promedio de hospitalización son mayores para los hombres (Nunes 2004). La incidencia del VIH y sida entre las personas mayores crece como en ningún otro grupo etario, emergiendo como un reto importante en la salud de las personas mayores. El Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA del Ministerio de Salud realizó en 2003 un estudio sobre el comportamiento de la población de 60 o más años sexualmente activa, dando como resultado que el 39% de este grupo tienen una vida sexual activa y que predominan las relaciones heterosexuales con comportamientos de riesgo, en los que el sexo sin protección, múltiples parejas, abuso de drogas y de medicamentos están presentes (Zornita 2008).

En *Colombia* las enfermedades crónicas no transmisibles corresponden a la mayor carga de enfermedad en mayores de 60 años y explican el 71% de su atención en el sistema de salud. Según la encuesta SABE del 2015, el 85% de la población mayor de 60 años padece de más de una condición crónica de salud, siendo las principales causas de enfermedad, la hipertensión arterial (60.7%) (mayormente en mujeres, en áreas urbanas y en estratos socioeconómicos bajos); síntomas depresivos (41%); condiciones visuales (36%); artritis-artrosis (26%); diabetes mellitus (18%); enfermedad pulmonar crónica (11%) y cáncer (5%) (siendo más frecuente en hombres el de próstata, piel y estómago, y en mujeres, de cuello uterino, mama y piel).

En *México*, el panorama está dominado por enfermedades crónicas no transmisibles, tanto en hombres como en mujeres. En los últimos veinte años en México las principales enfermedades entre las edades de 60 a 79 años, corresponden a las del sistema genitourinario, principalmente las infecciones en vías urinarias y renales crónicas; y para las personas mayores de ochenta años y más son las patologías del sistema respiratorio, en especial la neumonía y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Por otro lado, las personas mayores que padecen demencia están representadas por 0.176%, las que sufren la enfermedad de Alzheimer únicamente 0.031% y las que padecen VIH y sida 0.034%.

En *República Dominicana*, en base a la información suministrada por los centros hospitalarios, los Centros Permanentes y Hogares de Día, las principales causas de morbilidad durante el 2015 fueron: la hipertensión arterial, diabetes, Alzheimer, artritis y gastritis. La Asociación Dominicana de Alzheimer registró una incidencia de 12% de personas mayores de 65 años de edad con esta enfermedad para el 2014 (Citado por CONAPE 2015).

2. Mortalidad

En *Colombia* las principales causas de muerte en la población de 60 a 69 años son las enfermedades del sistema circulatorio (34%) seguida de tumores (29%); entre los 70 y 79 años son las enfermedades del sistema circulatorio (39%) y tumores (23%); y en la población mayor de 80 años las primeras causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (44%) seguidas por enfermedades del sistema respiratorio (17%). La mayor tasa de suicidio en el país es de 6.50 por 100.000 habitantes y corresponde a los grupos de 20 a 24 años de edad y de 70 a 74 años, muy por encima de la tasa nacional de 4.3. Las personas mayores hombres registran una tasa de suicidio

superior a todas, siendo de 12 entre los 70 a 74 años y de 12.6 para los de 80 años o más (MINSALUD, 2011).

Entre el año 2000 y el 2013, el principal cambio en las causas de mortalidad en México ha sido el abatimiento de la mortalidad por desnutrición y el aumento de la insuficiencia renal crónica. La principal causa de muerte corresponde a enfermedades del sistema circulatorio, como la cardiopatía isquémica, y la segunda causa a enfermedades endocrinas, nutricionales y del metabolismo, como la diabetes mellitus (Seguridad Social, 2015). Los suicidios en el año 2013 en México sumaron un total de 578 casos en personas de 60 años y más y la población de ese grupo de edad para el mismo año, ascendía a 11,271,856 personas, ubicando una tasa de suicidio de 5.1 por cada 100,000.

En *República Dominicana*, de acuerdo a la Dirección General de Información y Estadísticas (DIES) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Citado por El CONAPE 2015), la principal causa de mortalidad de las personas mayores corresponden a enfermedades cardiovasculares: 28.5% en el 2009 y 48.5% en el 2012.

3. Acceso a servicios y cuidados de salud

En *Cuba*, como parte del desarrollo de la atención integral y priorizada del sector salud se potencia un sistema de cuidados en donde no sólo esté presente la gestión gubernamental, que es mayoritaria, sino también la no gubernamental, a partir de la creación de cooperativas, como un complemento para atender la creciente población mayor y apoyar a las familias. Existe una estimulación a las prácticas del autocuidado y una capacitación para ello, siendo los denominados Círculos de Abuelos, ejemplo de espacios para la práctica de ejercicios físicos adecuados y confraternización social.

Existen 265 Casas de Abuelos (atención a las personas mayores de forma diaria - "Hogares de Día") y 147 hogares de ancianos (residencia permanente). Las Casas de Abuelos constituyen un potencial de aumento en términos de apoyo y beneficios para las familias.

En *Uruguay*, preocupa que el 41% de la población uruguaya piensa que las familias deben hacerse cargo del cuidado de las personas mayores, sumado a un 26.7% que opina que deben ser principalmente las familias con ayuda del Estado (Batthyány, 2015). El 11.5% de las personas mayores de 64 años se encuentra en situación de dependencia, de las que un 3.2% (15 mil personas aproximadamente) se encuentra en situación de dependencia severa y el 36% de las personas mayores que requiere ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, no la recibe. En Uruguay se ha creado el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, el cual representa un paso sustantivo en el reconocimiento del cuidado como un derecho y un avance hacia la redistribución del trabajo de cuidados, ya que, a pesar de que la población considera que el cuidado de las personas mayores es responsabilidad de las familias, se reconoce como esencial su profesionalización para atender la población adulta mayor dependiente con el apoyo de las familias.

En *Colombia*, el 98% de la población mayor tanto de mujeres como hombres se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud: el 48.9% al régimen contributivo y el 46.8% al régimen subsidiado con una ligera disminución en la afiliación para mayores de 75 años en áreas rurales. El 2.2% que no se encuentra afiliado refiere que las causas de no afiliación son la falta de recursos, la afiliación se encuentra en trámite y el exceso de trámites (Encuesta SABE 2015). Esta misma encuesta refiere que el 74% de la población mayor utilizó los servicios de salud ambulatorios (en los últimos 30 días previos a la encuesta) y el 95% de estos refirió ser atendida en medicina general o especializada. El 87% recibió del sistema de salud los medicamentos

que le recetaron. Por otro lado, hay una baja frecuencia de atención en servicios de nutrición (15%), terapia física (10%) y terapia ocupacional (3%), que son importantes para esta población. El 41% de la población femenina mayor de 60 años accedió a una mamografía en los dos últimos años y el 46% de los hombres a un examen para detección temprana de cáncer de próstata, así como una prueba de antígeno prostático. El 56% de las personas mayores considera que la atención en salud recibida es muy buena o buena. En cuanto a cuidado, SABE 2015 reporta que el 84% de las personas que cuida a las personas mayores son mujeres, con un promedio de edad de 49 años y el 16% con más de 60 años. El 61% de las personas cuidadoras vive con sus hijos, y el 76% vive con la persona adulta mayor a quien cuida. Dos terceras partes de los cuidadores familiares ejercen simultáneamente un trabajo diferente a este rol: la mitad de los hombres cuidadores tienen un trabajo adicional y las mujeres se dedican mayormente a las labores domésticas. Solo 7% de los cuidadores recibió salario, recompensa o ayuda económica por sus labores de cuidado y 37% cubre con estos ingresos los gastos que demandan las personas que cuidan. Por otra parte hay personas mayores que son cuidadoras de otras personas mayores (38%), de adultos (30%) y de niños (2%). Las personas cuidadoras se encuentran afiliadas en un 57% al régimen subsidiado y el 85% no cotizan a pensión (Fedesarrollo-FSC, 2015). La mitad de los cuidadores dedican 10 horas diarias o menos a las labores de cuidado y el 87% realiza las actividades de cuidado todos los días (lo cual implica ausencia de tiempo libre, de ocio y a sobrecarga y cansancio). El 63% de las personas cuidadoras se siente satisfecha, reconocida y valorada por su labor y el 54% considera que les falta preparación para realizar la labor de cuidado.

Costa Rica cuenta con la Red de Atención Progresiva para el cuidado integral de las personas mayores creada entre el 2010 y 2014 (en adelante Red de Cuido), cuyo objetivo es articular y fortalecer una estructura social

para el desarrollo e implementación de acciones que garanticen una respuesta integral a las necesidades de las personas mayores (de 65 años y más), con especial énfasis en aquellas que se encuentran en riesgo social, y así garantizar una vejez con calidad de vida. La Red de Cuido procura la permanencia de las personas mayores en su entorno inmediato, es decir en su núcleo familiar o comunal, mediante la utilización y maximización de los recursos de las familias y las comunidades con ayuda económica del Estado. En el diseño, la ejecución, el control y el seguimiento de las actividades del programa participan una serie de instituciones públicas y privadas, así como organizaciones de la sociedad civil y las propias personas mayores. La población beneficiaria se quintuplicó de 2,411 en el 2010 a 12,315 en el 2015. Un 46% de la personas beneficiarias se ubica en el riesgo social uno, es decir en condiciones de pobreza, dependientes en actividades de la vida diaria e instrumentales, con presencia de otros indicadores de riesgo social y con necesidades insatisfechas de salud, de acompañamiento, transporte, recreación, habitacionales, de higiene, violencia intrafamiliar, indigencia o abandono, entre otros. Y un 32% en riesgo social dos, está en condiciones de pobreza, dependencia parcial en actividades de la vida diaria e instrumentales, con presencia de otros indicadores de riesgo social y con necesidades insatisfechas de cuidado, discapacidad, salud, de acompañamiento, transporte, recreación, habitacionales, de higiene, violencia intrafamiliar, indigencia o abandono, entre otros. Hasta el 2016, se contaban con 54 Redes de Cuido distribuidas a lo largo y ancho del país.

México aumentó significativamente la afiliación de las personas mayores a algún servicio médico pasando de 52.9% en 2000 a 60.2% en 2006 y alcanzando 83.3% en 2012 (Gutiérrez y otros, 2016:36). En el año 2010, más del 70% de las personas mayores tenía afiliación a los servicios de salud, mientras que 26.9% no contaba con esta. El Instituto Mexicano del Seguro Social afiliaba al 38.1%, el Seguro Popular a 19.7%,

el ISSSTE 8.8%, y sólo 2.1% contaba con Seguro Privado (SEDESOL, 2013:22). Alrededor del 20% de la población no está afiliado a los servicios de seguro social, no cuentan con apoyo familiar ni con recursos económicos, por lo que, para asegurar el acceso a los servicios y cuidados de la salud, se realizan esfuerzos que permiten que la población de personas mayores tenga a su disposición albergues y residencias diurnas donde se les proporciona atención integral, alojamiento, alimentación balanceada, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social.

El 35% de las camas ocupadas en hospitales públicos de *República Dominicana* corresponde a personas mayores. Sin embargo, en el país solo existen tres unidades geriátricas: dos en Santo Domingo y una en Santiago y existen 46 médicos geriatras, quienes no están integrados a los centros de atención primaria, donde se resuelven el 80% de los problemas de salud⁷. A través del seguro nacional de salud se proporcionó asistencia a 4,352 personas mayores; 381 personas recibieron atención psicológica y 1,093 fueron alojados en centros de atención, según datos contenidos en la memoria anual 2014 del CONAPE. El programa de subsidio social “Suplemento Alimenticio a Envejecientes”, durante el periodo 2007-2015 pasó de 47,762 personas beneficiarias con un monto total de RD\$ 71,636,400 (unos USD 1,591,920) a 111,389 personas y 265,216,000 (unos USD 5,893,689)⁸.

4. Formación a proveedores de salud

Tanto *Brasil* como *Cuba* son países que han formulado políticas para promover la formación y educación continua para los profesionales de la salud que integran los sistemas de salud para la provisión de

servicios para las personas mayores. En el caso de *Brasil* desde el 2009 se establece el Pacto por la Vida y su implementación fue un avance importante en el tratamiento de la salud de las personas mayores en el país (Carvalho, Romero y Marques 2012).

5. Número de personal de salud

Cuba cuenta con una atención geriátrica universal, con un promedio general de más de 3,500 médicos por 100,000 personas mayores y aproximadamente 500 geriatras en el sistema de atención de salud, quienes son apoyados por aproximadamente 6,000 estomatólogos u odontólogos, enfermeras y enfermeros y trabajadores sociales del sistema, dedicados a la atención de este grupo poblacional.

Colombia cuenta con 21 especialistas en geriatría en el país y 949 en gerontología. El país necesita aumentar las y los especialistas para poder atender a la población mayor dentro del sistema de salud.

7 Dra. Rosa Elvira Pereyra, Geriatra, presidenta Red Por Una Vejez Digna, periódico Hoy, 1 octubre 2015.

8 Administradora de subsidio social (ADESS).





Capítulo 5

Entorno favorable y propicio

Para acercarse a la realidad de las personas mayores en relación a los *entornos físicos* se manejan algunos indicadores relativos a la situación estructural y coyuntural de las viviendas donde residen personas mayores. En cuanto a los *entornos sociales* la estructura que adoptan los hogares donde viven personas mayores da cuenta de las redes de apoyo tanto económicas como de cuidado y otros servicios de promoción del bienestar entre sus miembros.

1. Redes sociales y de apoyo

En *Cuba* se realizan actividades de apoyos solidarios y vecinales, como por ejemplo los apoyos a personas mayores de mayor edad o con algún nivel de discapacidad, siendo precisamente estas redes solidarias y de apoyo vecinal/barrial/local, uno de los ejes fundamentales para la ayuda a la familia y la permanencia en el hogar de las personas mayores en el país. También se espera que con la apertura del mercado, en los próximos años (previsto para el 2020-2021), las personas mayores aumenten el uso de las tecnologías de información y comunicación, como telefonía celular, internet, twitter, facebook, entre otros.

En *Uruguay* el 15.7% de las personas mayores participa en actividades de organizaciones sociales. Es necesario ahondar en la conceptualización y medición de la participación de las personas mayores para conocer con mayor profundidad sus características y orientar acciones más efectivas hacia su ampliación.

En *Brasil*, en 2002, 85 instituciones de educación superior participaron en el desarrollo de las actividades para personas mayores con el objetivo de estimular el desarrollo individual y colectivo de las personas mayores en la sociedad, promoviendo su autoestima e integración en diferentes entornos y reconstruir su autonomía a través de cursos, deportes y actividades. Entre los proyectos, está el innovador "Érase una vez... Actividades Intergeneracionales" que consiste en una acción social y educativa con el objeto de realizar actividades en grupo con niñas, niños, adolescentes y personas mayores, fomentando la comunicación intergeneracional mediante el uso de libros de literatura infantil.

En *Colombia*, los grupos de personas mayores surgieron en el país en los años 80 constituidos mayoritariamente por mujeres y se han difundido aceleradamente logrando formar vínculos de solidaridad y apoyo. Algunos tienen énfasis religioso, son fundaciones, hacen parte de la

institucionalidad territorial o provienen de la comunidad organizada. Estos grupos tienen objetivos variados, como formar redes de apoyo familiar y social, fomentar relaciones intergeneracionales familiares y/o de cuidado, promover la salud ambiental y salud mental, crear espacios de participación artísticos - culturales y viejotecas (rescate social y lúdico del baile). Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2015, el 80% de las personas mayores de 60 años utiliza teléfono celular, 12% utiliza internet y el mismo porcentaje utiliza computadores; el 6% utiliza medios sociales (facebook, twitter etc.).

En México se realizó la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de las TIC en Hogares 2015 (ENDUTIH) y en el grupo de 60 años y más, el 43% utiliza teléfono celular, 14% accede a Internet y 12.6% usa computadora.

2. Vivienda y necesidades básicas

Según la Encuesta Nacional de Envejecimiento de Cuba, realizada en el año 2010-2011, más del 80% de la población de 60 años y más consideraba que, de forma general, la vivienda donde residía estaba adaptada a sus necesidades de espacio y equipamiento y, aproximadamente un 69% se sentía satisfecha con la misma. Más del 95% de la población en Cuba es propietarias de su vivienda.

El 70% de las personas mayores en Uruguay son propietarios de la vivienda en la que residen. Nueve de cada diez (90.3%) personas mayores residen en viviendas con una buena situación estructural, pero cuatro (37.1%) de cada diez personas mayores viven en una vivienda con estado de conservación malo o muy malo. Se carece de información referida a las condiciones de accesibilidad de las viviendas así como al uso y satisfacción del espacio urbano por parte de las personas mayores.

En Colombia, los indicadores básicos para el análisis de calidad de vida de las personas mayores (ENDS 2010) muestra que más del 90% de la población mayor tiene acceso a energía eléctrica y dependiendo de la región del país, entre el 70% y 92% a acueducto; y entre el 53% y 80% a servicio de alcantarillado. Colombia ha focalizado el otorgamiento de vivienda de interés social a los grupos más vulnerables del país incluyendo la población mayor de 65 años. En el período 2014-2015 el Ministerio de Vivienda asignó el 5% de las viviendas gratuitas a hogares con al menos una persona mayor de 65 años.

El INAPAM de México provee una tarjeta de afiliación para las personas mayores que sirve para obtener descuentos y tarifas más económicas en bienes y servicios públicos y privados. Entre los servicios más comunes que cuentan con tarifas preferenciales y hasta libres de pago se encuentran los sistemas de transporte colectivo, pagos de predial, agua, museos, restaurantes, aparatos visuales entre otros. Se estima que 17.7% de las personas mayores reside en viviendas con un hacinamiento mayor a 2.5 personas por cuarto, 3.4% habitan viviendas que presentan carencia por piso de tierra; 1.8% habita en una vivienda con techos de lámina de cartón o desechos. En cuanto a carencias por servicios básicos, 20.7% de personas mayores habita en viviendas donde el combustible para cocinar es carbón o leña; 9% reside en viviendas que no cuentan con drenaje conectado a la vía pública y 8.5% habita viviendas sin agua entubada dentro de la vivienda o dentro del terreno (INEGI, 2004:12).

3. Abuso y discriminación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el día 15 de junio como el Día Mundial Concienciación de la Violencia contra las Personas Mayores. Dicha violencia no sólo está relacionada con la agresión física, sino que incluye la negligencia, que es la principal forma de violencia contra las personas mayores.

El Estado Cubano protege desde diversas políticas contra cualquier forma de discriminación o abuso, despojo de propiedades y otras formas de atropello, con énfasis en la niñez, las mujeres y las personas mayores. La Constitución de la República, el Código Penal, el Código Civil, las resoluciones y acciones de las Comisiones Permanentes de la Asamblea Nacional (Parlamento), así lo confirman. Actualmente se registran muy pocos reportes de abuso contra las personas mayores, pero dado el creciente número de personas de 60 años y más se prevé una mayor precisión de tipificaciones jurídicas y de protección que contribuyan a una mayor calidad de vida de las personas mayores, a partir de su condición como sujetos de derechos. Por otra parte, la tasa de lesiones auto infligidas de las personas de 60 años y más, es de 30 por cada 100.000 habitantes, cifra similar a valores internacionales. La cobertura y calidad de los sistemas estadísticos, prejuicios sociales y condicionantes religiosos son limitantes para su certificación y medición concreta.

En la primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (PENPVBBG), en *Uruguay*, realizada en 2013 con alcance nacional, aplicada sólo a las mujeres de 15 años o más, se reveló que el 9.5% de las mujeres adultas mayores había experimentado en el último año situaciones de violencia por parte de su familia. La violencia psicológica es la que se presenta con mayor frecuencia, sin registrarse diferencias significativas al considerar el nivel educativo alcanzado o la situación socioeconómica de las mujeres (EVBGG, 2013 en INMAYORES- DINEM, 2014). Otro avance incipiente es la instalación del Servicio de Atención a Personas Mayores víctimas de Violencia Intrafamiliar de INMAYORES, cuyos registros permiten construir un perfil de personas que consultan sobre abuso y maltrato y las características del mismo.

En *Brasil*, durante el 2014, el 76.3% de las quejas recibidas por el servicio de marcación 100 de la Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de

la República (SDH/PR) se debieron a abandono y/o negligencia contra las personas mayores.

En *Colombia* en el 2014 se reportaron 83,898 casos de violencia intrafamiliar de los cuales 1,510 casos (1.8%) eran contra las personas mayores (INMLCF Forensis 2014-15). El mecanismo causal más usado es el golpe contundente y también relacionado con una caída. Las agresiones reportadas ocurren mayormente entre los 60 y 64 años para luego disminuir con la edad. Las consecuencias más importantes de estas agresiones son politraumatismo (28%), trauma de miembros (23%) y trauma facial (15%). Al 82% de las víctimas mayores se les dio incapacidad entre 1 y 30 días. Los agresores son en el 99% de los casos familiares de las víctimas (en la mitad de los casos es el hijo) y el 87% de los hechos ocurren en el hogar. La principal causa de agresión es la intolerancia (49%) y el uso de sustancias ilícitas y alcohol (16%). Adicionalmente, 1,414 casos graves de personas mayores abandonadas en hospitales fueron atendidas por medicina legal en el país en el 2014.

Tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en la Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación se establece que "Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas." (DOF, 1917:1). Con el fin de hacer cumplir la ley se creó el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) cuyo objeto es prevenir y eliminar la discriminación (DOF, 2003:19). Con base en las estadísticas del CONAPRED en 2010 se presentaron 556 expedientes de queja, de ellas 505 fueron calificadas como presuntos actos de discriminación; ese mismo año se registraron 436 expedientes de reclamación, 115 presentados por mujeres y 136 por

hombres. Las principales causas de discriminación por expedientes de reclamación fueron las condiciones de salud, la discapacidad y la edad.

Con el apoyo del UNFPA se realizó en el país el primer estudio sobre "El maltrato hacia las personas mayores en *República Dominicana*". El objetivo era conocer los tipos de maltrato (física, sexual, financiera o emocional) de que son objeto las personas mayores en este país, así como sus posibles causas y consecuencias. Los principales resultados del estudio fueron:

- Violencia emocional en el 91% de las personas mayores, 89% de los hombres y el 92% de las mujeres. Los principales agresores fueron las hijas e hijos 29%, parejas o exparejas 23% y los nietos y nietas 17%.
- Violencia sexual: 11% de los hombres y 13.6% de las mujeres mayores. Recibieron intento de abuso sexual: 16% de las mujeres, 5.5% de los hombres.
- Negligencia, el 23.4%, el 23.6% de los hombres y el 23.1% de las mujeres.
- Violencia patrimonial en un 2%.
- Recibió amenazas un 9.5% de las mujeres y el 6.6% de los hombres por la persona que le brinda ayuda.
- El 11.8% de las mujeres y el 4.3% de los hombres dice haber sido maltratados por la persona que le brinda ayuda.
- De las personas mayores que reportaron maltrato solo el 6% buscó ayuda médica, 4% de los hombres y el 7% de las mujeres. Un 6% acudió a la policía en busca de ayuda.





Capítulo 6

Asuntos claves

- 1. Pobreza e inequidad.** En general, las características de la pobreza en la edad avanzada no se conocen a fondo en los países, y como consecuencia, las políticas no tienen en cuenta la complejidad que implica atender a este segmento de la población (Naciones Unidas 2010b). No sólo hay una vulnerabilidad de las personas por haber perdido o disminuido sus ingresos cuando llegan a la vejez, sino que muchas personas mayores, con o sin ingresos por pensiones, y generalmente realizando trabajos desde la informalidad, se convierten en el sostén de sus hijas, hijos o familiares por razón del desempleo de los diferentes miembros de la familia. De ahí la importancia de redoblar los esfuerzos en formalizar el empleo, facilitar las pensiones y los servicios sociales para las familias. Los programas de transferencias condicionadas a las familias en pobreza (Brasil, Colombia, Uruguay) benefician también a las personas mayores. Pero al mismo tiempo que se realizan estas intervenciones, los países deben trabajar en mejorar las condiciones de vida de las personas de todos los grupos de edad e invertir en educación, salud, trabajo formal, formación para el trabajo, con el fin de romper el círculo de pobreza intergeneracional y lograr que todas las generaciones accedan una vida digna de acuerdo a sus derechos.
- 2. Seguridad económica.** La capacidad de las personas de disponer y usar de forma independiente bienes económicos y no económicos de forma regular y en montos adecuados ayudan a asegurar una buena calidad de vida en la vejez. Incrementar el ingreso de las personas mayores cuando no es suficiente y proporcionar ingresos a quienes no los tienen permite hacer frente y evitar la pobreza posibilitando disfrutar de un envejecimiento con más independencia, seguridad y dignidad. La situación económica de las personas mayores se determina por su poder adquisitivo proveniente de diferentes fuentes como el trabajo, ahorros, jubilaciones o pensiones y obedece directamente al nivel y tipo de consumo que a su vez depende de la edad, estado de salud, arreglos de residencia y servicios estatales gratuitos o subsidiados (CEPAL/CELADE 2003). Todo el proceso anterior a la vejez debe ser considerado y trabajado por los países para lograr un proceso de envejecimiento y vejez dignos en la población. El nivel de estudios, acceso a un trabajo digno, acceso a salud, y el acceso a la jubilación entre otros impiden que se acumulen desventajas durante la vida de una persona que luego inciden en la calidad de vida en la vejez. El trabajo en la vejez es un tema cada vez más relevante en los países. Algunas estrategias han

sido la adecuación de las normas que prohíban la discriminación por edad en el trabajo, creación de incentivos a las empresas para mejorar el empleo de mujeres, formación para el empleo de personas mayores, créditos para emprendimiento, o bases de datos con empleos disponibles para personas mayores. Sin embargo se necesita generalizar las acciones de los países instaurando fuerzas laborales diversificadas, captando a las personas mayores y por lo tanto aprovechando de la gran experiencia adquirida durante tantos años de su vida.

- 3. Seguridad social y pensiones.** En la región, la mayoría de las personas mayores no tiene acceso a la pensión de vejez que les permita tener una protección económica. Uno de los logros más importantes de los países ha sido la instauración de pensiones no contributivas para personas mayores que no pudieron acceder a una pensión o estuvieron en la informalidad durante su vida laboral. La CEPAL (2010) ha puntualizado que los países de la región podrían financiar una pensión mínima de carácter no contributivo, siempre y cuando se acompañe con futuras reformas que amplíen la base de los recursos para financiar la seguridad social. Ha propuesto, como parte de la agenda de la igualdad, un pacto fiscal que contemple una estructura y una carga tributaria con mayor efecto redistributivo que fortalezca el papel del Estado y de la política pública y garantizando así los umbrales de bienestar.
- 4. Salud y bienestar.** Varios países han mejorado las modalidades de aseguramiento de las personas mayores, aumentando su cobertura a través de los años e incorporando y adaptando los planes y programas de salud para el servicio a esta población. Sin embargo, no todas las personas mayores tienen acceso a servicios de salud de calidad, especialmente en zonas rurales y alejadas, o porque se encuentran en vulnerabilidad y pobreza, pertenecen a grupos étnicos en pobreza o son personas con discapacidad o poblaciones

privadas de la libertad. El pago por los servicios y la adquisición de medicamentos puede llevar a un gasto de bolsillo familiar elevado afectando a la población en más vulnerabilidad y pobreza. El aseguramiento de toda la población mayor protege a los hogares en el gasto de salud y los países deben seguir trabajando para regular el mercado y lograr la accesibilidad a los medicamentos esenciales. Adicional al mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud, los países deben impulsar e influir en los determinantes sociales de la salud, como las condiciones ambientales, la vida activa etc. Una estrategia es la implementación de sistemas de pagos por desempeño en los prestadores de servicios de salud para prevenir el sobrepeso, obesidad, promover el ejercicio en todas las edades incluyendo los mayores de 60 años captando tempranamente los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. La formación de recursos humanos implica acciones multidisciplinarias y soluciones complejas a condiciones de múltiples enfermedades en una misma persona, adaptación a su discapacidad, con un incremento de tiempo dedicado por el personal de salud, en general escaso y con poca formación, para atender a las personas mayores. Adicionalmente y debido a su escasez, hay que promover la formación de profesionales médicos especializados en geriatría y profesionales en gerontología. Las nuevas necesidades de asistencia y cuidado, son todavía un reto para la mayoría de los países. El cuidado domiciliario se apoya mayoritariamente en la familia siendo las mujeres las mayores cuidadoras, la mayoría sin remuneración, sin prestaciones sociales y sin capacitación específica para esta labor por lo que el reconocimiento económico por su trabajo es aún paso importante para dignificar aún más esta labor.

- 5. Participación.** Los países de la región han abierto y fortalecido canales de participación de personas mayores para la formulación y seguimiento de las

políticas nacionales y territoriales. Al igual que las personas mayores se han organizado para promover sus derechos e incidir en la promulgación de leyes y hacer cabildeo.

6. Protección de sus derechos. La violencia contra personas mayores (patrimonial, física, sexual, psicológica y negligencia) es un problema importante de salud pública, cuyas dimensiones reales aún no son aún conocidas por los países. La OMS calcula que una de cada diez personas ha sufrido malos tratos en el último mes. Es necesario desarrollar medidas apropiadas para prevenir la violencia, involucrando a toda la sociedad con campañas de sensibilización, detección de posibles agresores y víctimas, programas intergeneracionales en escuelas y residencias y apoyo y formación a cuidadores. Para responder al maltrato, es necesario desarrollar canales y rutas de notificación a las autoridades y a los servicios sociales, desarrollar un buen sistema de información para conocer el alcance del maltrato y hacer seguimiento a personas maltratadas, tener sitios de acogida de emergencia, apoyo psicológico (a la víctimas y a quien maltrata), grupos de apoyo y teléfonos de asistencia. Los servicios sociales, y los sectores salud, educación, justicia y orden público deben trabajar coordinadamente en la prevención, detección y respuesta eficaz de este problema teniendo en cuenta la gran vulnerabilidad de las personas mayores.

7. Enfoque diferencial. La heterogeneidad poblacional de los países y sus características específicas ha de tenerse en cuenta en la formulación, gestión y seguimiento de las políticas de envejecimiento y vejez ya que existen poblaciones con dobles y triples vulnerabilidades ya sea por razón de su edad o sexo, vulnerabilidad económica y social, etnicidad, discapacidad, por ser víctima de conflictos o de desastres así como por ser población privada de la libertad.

8. Marco Interamericano de Derechos Humanos. El 15 de junio de 2015 se aprobó en la Organización de Estados Americanos (OEA) la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. La aprobación de la Convención ha significado un gran avance en el cambio de paradigma en torno a la vejez y el envejecimiento, ubicando a las personas mayores como sujetos de derecho. Este tratado logra unificar la dispersión de herramientas existentes hasta el momento y constituye el primer instrumento que enfatiza la comprensión del envejecimiento desde la dimensión de género. Sumado a ello, aborda el concepto de autonomía como foco e incorpora temas que previamente eran tratados de manera marginal, como el abuso y maltrato y la situación de las personas mayores que reciben cuidados de forma permanente e institucional. Asimismo, la Convención es una moderna herramienta educativa y de sensibilización, un instrumento político para el reconocimiento de derechos específicos de todas las personas mayores. Actualmente, la misma ha sido ratificada por Costa Rica, Uruguay, Bolivia, Argentina y Chile. Los esfuerzos de los actores nacionales para lograr que más países se sumen a este esfuerzo serán fundamentales.



Capítulo 7

Disponibilidad de datos e información

Para hacerle frente a las demandas de la transición demográfica y responder a las necesidades de la población mayor que cada vez es más numerosa en la región, es necesario mejorar la disponibilidad de datos e información poblacional, con el fin de asegurar que las políticas en los distintos sectores de la protección social y la salud se ajusten al contexto de cada país.

Cuba cuenta con un robusto sistema de estadísticas demográficas, así como de Encuestas de Hogares, la Encuesta Nacional de Envejecimiento y continuidad de levantamiento de Censos de Población y Viviendas, con alta cobertura, brindado periódicamente estadísticas e información necesaria para la planificación económica y social del país. Cuba dispone, en el Órgano Estadístico Nacional, de la Oficina Nacional de Estadística e Información y en su Unidad de Investigación el Centro de Estudios de Población y Desarrollo, el sistema de producción de estadísticas e investigaciones que permite, de forma anual e intra anual, generar información y análisis para el seguimiento, monitoreo y evaluación de los procesos económicos, sociales, demográficos y ambientales de la población y, especialmente, de la población más envejecida. En ese conjunto, dada la complejidad, volumen e incremento de las personas mayores, se requerirá de nuevas técnicas, estudios y modelos de medición, como es el caso de los

sistemas de Cuenta Nacionales de Transferencia (CNT) en Cuba, que permita medir los efectos de la edad en las economías.

Respecto a la producción de información en *Uruguay*, es necesario continuar los esfuerzos para captar las características y dimensiones de la población adulta mayor dependiente. En un contexto de envejecimiento avanzado en que se encuentra el país, se necesitan completar vacíos de información y contar con datos para abordar las dimensiones centrales de la población adulta mayor y su calidad de vida en el ejercicio de sus derechos. La Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente (MIDES-NIEVE⁹, 2012) ha sido una valiosa herramienta para conocer las redes de apoyo de las personas mayores. Se confirma el protagonismo de las familias en las mismas, lo que, si bien constituye un aspecto positivo, puede traer consigo riesgos de sobrecarga si se constituyen en la única forma de vínculo. Se requiere continuar ampliando estos instrumentos para monitorear y profundizar las características y significados de estas redes. Sumado a ello, es importante contar con encuestas sobre la imagen social de la vejez dado que la misma constituye

⁹ Proyecto llevado adelante por el Núcleo Interdisciplinario de Estudios de Vejez y Envejecimiento (NIEVE) de la Universidad de la República, para el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

un factor significativo para definir la calidad de los entornos sociales de las personas mayores.

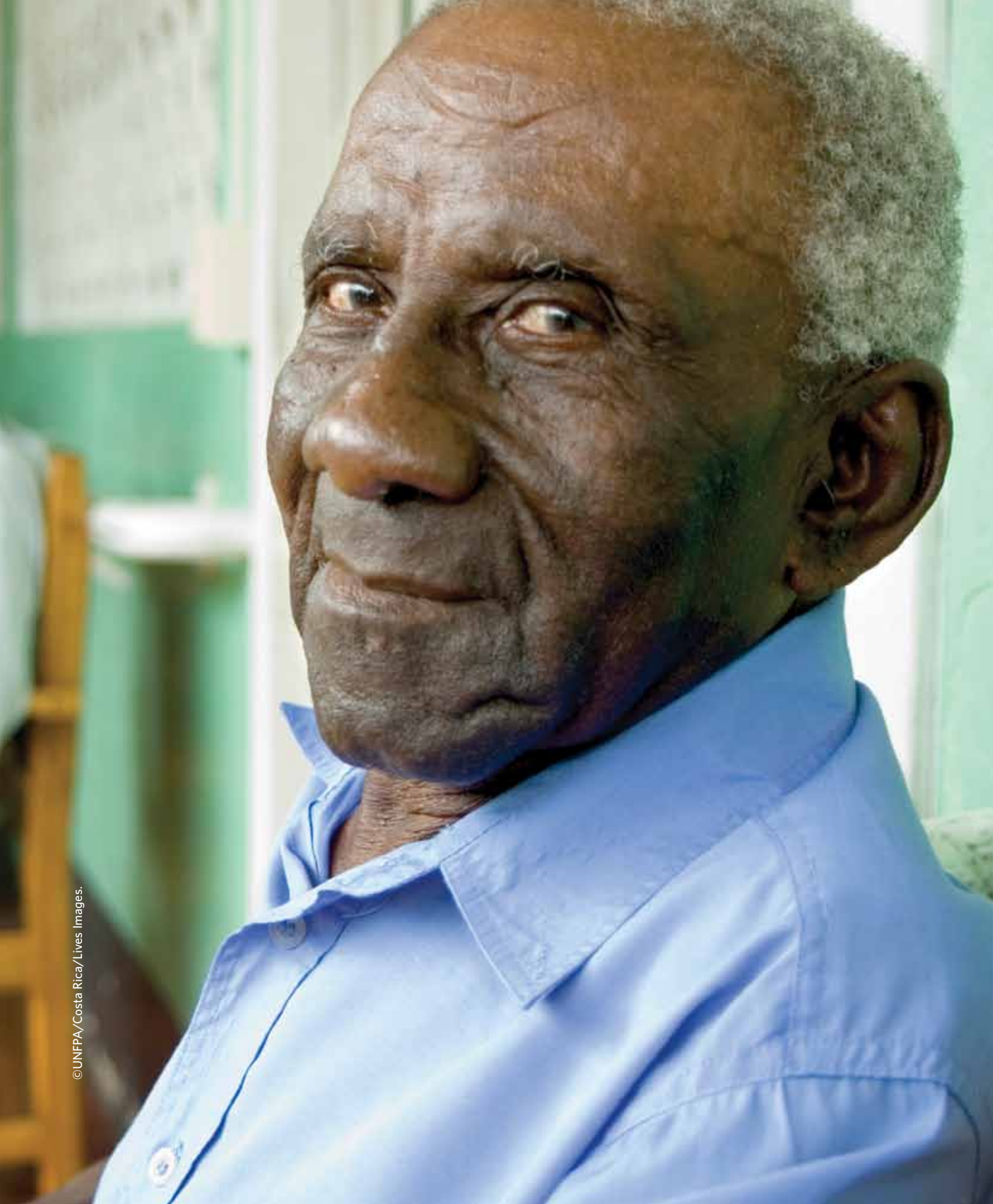
Las fuentes de datos para los asuntos de las personas mayores en *Costa Rica* proviene de los censos de población y estimaciones y proyecciones del Censo de Población (entre el 30 de mayo y el 3 junio del 2011, se efectuó el X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda) y de las encuestas de hogares, de ingresos y gastos y la encuesta continua de empleo.

En *Brasil*, para evaluar y construir indicadores de salud adecuados en el 2004, se estableció el Comité Temático Interdisciplinario para la salud del adulto mayor, la Red Interinstitucional de Información para la Salud - RIPSAs, con el fin de desarrollar indicadores para monitorear y evaluar lesiones y la capacidad funcional de las personas mayores. El RIPSAs es un mapeo general de las condiciones de salud de las personas mayores aunque no está completamente alineado con las directrices del Plan de Madrid. No hay todavía un conjunto de indicadores que aborden los temas de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y permitan un mejor seguimiento de los progresos referente a esos temas en Brasil. Algunas propuestas han surgido, como la de Roble, Romero y Marques (2012), con indicadores para el monitoreo, aplicación de las leyes, estrategias y objetivos nacionales e internacionales. El XVIII Congreso Internacional de la Asociación de Gerontología en Río de Janeiro en 2005 abordó las prioridades de investigación para los países de América Latina y el Caribe, con base de las directrices del Plan de Madrid, sin embargo, es necesario redoblar los esfuerzos para promover la investigación en el área.

En *Colombia* el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) es la entidad encargada de realizar las investigaciones y estadísticas en aspectos económicos, agropecuarios, poblacionales y de calidad de vida que soportan la toma de decisiones en Colombia. Tanto el censos nacionales (el último

en el 2005) y sus proyecciones, proveen información sobre las personas mayores en el país complementada por la Gran Encuesta Integrada de Hogares (que recoge información sobre las condiciones de empleo en Colombia), las encuestas anuales de calidad de vida (caracterizan las condiciones de vida de los colombianos). Otras fuentes de datos son la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010), realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y que es la base del estudio a profundidad llamado "Estudio de Envejecimiento y Vejez en Colombia", del 2013. La Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) del 2012 (MSPS) y el Estudio Nacional de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) del 2015 también realizados por el MSPS brindan información adicional sobre personas mayores así como el estudio "Misión Colombia Envejece", de FEDESARROLLO y Fundación Saldarriaga Concha (2015).

En *México*, la mayor cantidad de datos e información estadística son recabados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), un organismo autónomo que tiene la facultad de realizar las estadísticas relacionadas con la población y el territorio. Dentro de sus principales atribuciones están las de realizar los censos nacionales, integrar el sistema de cuentas nacionales, elaborar los índices nacionales de precios, así como levantar información estadística y geográfica (DOF, 2008:16-17). El INEGI ha llevado a cabo todos los censos nacionales de población desde 1895 hasta el más reciente en el 2010. El INEGI junto con las Universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin de Estados Unidos han realizado cuatro levantamientos de información del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) durante los años 2001, 2003, 2012 y 2015. Adicionalmente a este esfuerzo la Universidad Nacional Autónoma de México realizó en 2014 la Encuesta Nacional de Envejecimiento.





Conclusiones y recomendaciones

El rápido envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe trae consigo la necesidad ampliar la visión en el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos y sujetos de desarrollo. La composición demográfica cambiante de los países es el resultado del grado relativo de su desarrollo y un triunfo de las políticas públicas en ciencia, tecnología, salud y protección social, generando nuevas oportunidades de contribución económica y social de las personas mayores y también retos de una población mayor que irá aumentando en el futuro. La longevidad es un logro de una sociedad que debe ir acompañado de la erradicación de la actual pobreza en la vejez en la región y de la incertidumbre y las privaciones generadas por su vulnerabilidad económica y social. Por primera vez en la historia de la humanidad una gran cantidad de hombres y mujeres han llegado a vivir muchos más años. Identificar y enfrentar los retos, por una parte, de los fenómenos de la pobreza y vulnerabilidad social de todos los grupos de edad y en especial de las personas mayores, reconociendo las fortalezas del aporte de su experiencia y conocimiento para la sociedad, constituyen un camino certero para lograr una “sociedad para todas las edades”. Para esto se necesita

desarrollar la voluntad política y legislación específica para impulsar y fortalecer los temas de envejecimiento y vejez logrando que estas políticas públicas, leyes y programas incluyan aspectos económicos, políticos, sociales y culturales para las personas mayores, implementando el enfoque de derechos humanos de acuerdo a las normas internacionales.

El diseño de políticas públicas debe estar de acuerdo a las responsabilidades adquiridas por los países en los compromisos internacionales, incluyendo el marco de riesgo y vulnerabilidad social, con intervenciones integrales, integradas y multidisciplinarias para las personas mayores y que confluyan con alianzas estratégicas de entidades públicas, privadas, organizaciones no gubernamentales y las organizaciones sociales, integrando a toda la sociedad, dando paso a la “solidaridad intergeneracional” y a la construcción de estereotipos culturales incluyentes, con equidad, inclusión y participación social.

Los países deben asumir el desafío de percibir el envejecimiento de la población como una oportunidad para redistribuir los gastos, mejorar las políticas sectoriales y programas de servicios básicos, en

particular los planes de desarrollo y de ordenamiento territorial, haciendo uso del conocimiento y la información sociodemográfica y aprovechando los avances tecnológicos. Es necesario abogar por la inclusión de las dinámicas poblacionales en la elaboración de políticas públicas y promover los ajustes necesarios en diversas áreas para proveer servicios de calidad a todos los ciudadanos. Estos ajustes requieren equidad intergeneracional, enfoque diferencial y de género, pues es preciso satisfacer las necesidades de quienes se encuentran en etapas diferentes del ciclo vital para que las personas sean el centro del desarrollo.

Conocer los potenciales de conocimiento y experiencia y los riesgos y fragilidades de las personas mayores para incluirlos en los modelos de desarrollo vigentes es un paso fundamental para poder planificar sobre las realidades concretas de esta población. Examinar de manera sistemática la situación de la mujer mayor de edad, visibilizando su situación de silencio y discriminación producto de las desigualdades acumuladas en el transcurso de su vida, y proponer soluciones en las políticas públicas para mejorar su seguridad económica e inclusión en los servicios sociales, mejorará las oportunidades y la equidad de los países complementando con su mayor participación comunitaria y política, valorando y remunerando su trabajo en el hogar sin que sea una labor agobiante en edades muy avanzadas. Por otra parte, hay que examinar también las características específicas de los hombres mayores en el contexto institucional, familiar y comunitario, conocer sus vulnerabilidades y construir posibles soluciones a sus dificultades y retos.

Realizar una mayor inversión para la disponibilidad y sistematización de los datos para la construcción y accesibilidad de la información estadística por parte de las instituciones nacionales y de la población adulta mayor, que además de las exigencias y características de cada país, tenga indicadores comparables para permitir el seguimiento con otros países que han adoptado las directrices del Plan de Madrid.

Visibilizar e incluir en las políticas, planes y programas a otros grupos poblacionales especiales de personas mayores, como son la población carcelaria (con mayor prevalencia de enfermedad y discapacidad que los otros grupos de edad recluidos) grupos étnicos en vulnerabilidad, personas víctimas de conflictos armados, víctimas de situaciones de emergencias naturales y población LGBTI.

Los tres grupos de países deben promover el trabajo que asegure la implementación de los derechos humanos, económicos, sociales, políticos y culturales y permita la erradicación de la pobreza y la vulnerabilidad social, teniendo en cuenta el desarrollo urbano y rural, el envejecimiento activo y productivo en el marco de la familia y la comunidad, recreación y uso del tiempo libre, en un medio ambiente accesible. Aumentar los años de escolaridad en todos los grupos de edad, y de la formación continua para la absorción e integración en el mercado laboral de las personas en edad de trabajar, facilitar la incorporación y permanencia en el empleo de las personas mayores y de sus familiares con capacidad de trabajar y promover la investigación cuantitativa y cualitativa.

Por lo anterior, las políticas, planes y programas para el conjunto de la población deben incluir la mirada y los retos del envejecimiento y de la población mayor de los países, identificando los recursos económicos, sociales y humanos para su gestión y seguimiento de resultados para lograr equidad en el acceso a los servicios sociales y económico, incluyendo una adecuada perspectiva de enfoque diferencial, en donde las acciones para promover la inclusión social, garantizar los accesos a los servicios de salud, educación, seguridad y asistencia social hagan sostenible el desarrollo, la calidad de vida y la garantía de los derechos humanos de las personas mayores.

Un aspecto final, y no por ello de menor relevancia, es el involucramiento de las organizaciones de la sociedad civil. El proceso de desarrollo de políticas públicas y

programas dirigidos a aumentar la conciencia sobre los derechos de las personas mayores, incluida la promoción de su trato digno y respetuoso y de una imagen positiva y realista del envejecimiento, como elemento complementario a la protección de sus derechos, requiere del involucramiento de todos los actores, con particular énfasis en las organizaciones de sociedad civil. Los diferentes instrumentos regionales constituyen una plataforma de incidencia que todavía puede ser fortalecida, particularmente en el contexto de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe y la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo.

Particular reconocimiento requiere en este contexto también el papel que juegan las y los investigadores y las instituciones que les dan soporte en el diagnóstico y en la dinamización de los temas de población en la región, incluyendo CEPAL/CELADE y otras organizaciones de Naciones Unidas, Instituciones Académicas Nacionales y las Asociaciones Disciplinarias tales como la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).



Anexos

ANEXO 1

Sugerencias generales de políticas por tipología de países

Temas	Envejecimiento avanzado	Envejecimiento moderado	Envejecimiento incipiente
Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Promover modelos educativos flexibles que permitan la educación formal de personas mayores que no tuvieron acceso a educación formal en edades más tempranas (en especial las mujeres, personas con necesidades especiales o con discapacidad) • Formación informal orientada al empoderamiento de las personas mayores • Capacitación de técnicos en ONG y OSC en el desarrollo de políticas públicas para personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar políticas para retener a jóvenes en el sistema educativo, en especial a las jóvenes mujeres • Desarrollar currículo académico pensado en mejorar la productividad del mercado laboral • Ampliar la cobertura y calidad de la educación formal para personas mayores con horarios y metodologías flexibles y adaptadas para su aprendizaje • Incentivar y mejorar el acceso a la tecnología de información y comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la educación en la niñez, adolescencia y juventud • Promover la alfabetización de la población adulta y de las personas mayores
Empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Reintegrar a las personas mayores en condiciones de trabajar al mercado laboral como es el caso de Cuba • Estimular la permanencia de las personas mayores en el mercado laboral formal aprovechando su experiencia, como se promueve en Uruguay • Mejorar y adaptar las condiciones laborales teniendo en cuenta la edad de las personas y sus posibles limitaciones • Promover trabajos flexibles (tiempo parcial, trabajo desde la casa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los mercados laborales con la intención de mejorar los ingresos a lo largo de todos los años laborables • Fomentar la creación de empleos formales y decentes para jóvenes y personas mayores ligándolos a la generalización de pensiones contributivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover un mercado laboral formal, estable e inclusivo ayudará a aumentar el número de trabajadores que pueden acceder a la pensión en su vejez

Temas	Envejecimiento avanzado	Envejecimiento moderado	Envejecimiento incipiente
Pensiones contributivas y no contributivas	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumentar la cobertura y equidad de las pensiones contributivas y no contributivas que permitan abarcar a toda la población mayor ● Evaluar los montos de dichas pensiones para que les permita a las personas mayores llevar una vejez en condiciones dignas. ● Consolidar los esquemas de pensiones derivadas de fondos privados 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rediseñar el sistema de pensiones de manera que permita incluir a la población de menores ingresos y que presenten mayor vulnerabilidad en la vejez ● Mejorar las condiciones de las mujeres para cotizar y obtener una pensión, reduciendo las diferencias por sexo en las edades de jubilación (como por ejemplo otorgando un bono pensional que compense por la maternidad y reconozca las semanas de cotización por de cada hijo que haya tenido como en Uruguay) ● Reconocer el trabajo no remunerado de cuidadores en el hogar, al cual se le podría asignar un bono pensional 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trazar alternativas para ampliar la cobertura y calidad de los sistemas de protección social, con sociedades incluyentes, democráticas y cohesionadas con parámetros claros de convivencia y solidaridad intergeneracional, disminuyendo la desigualdad y la transmisión intergeneracional de las desventajas, como es el caso de Renta Dignidad en Bolivia ● Controlar la evasión del pago de contribuciones de seguridad social por parte de empleados y empleadores ya que esto contribuye a la vulnerabilidad en la vejez
Pobreza	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar la multidimensionalidad del bienestar y sus riesgos para disminuir la probabilidad de caer en pobreza ante coyunturas sociales o económicas específicas ● Establecer medidas de luchas contra la pobreza y exclusión social para con grupos sociales específicos, a través del compromiso social de los individuos con el Estado 	<ul style="list-style-type: none"> ● Implementar políticas integrales para reducir la pobreza, con intervenciones intersectoriales a las familias y también específicas para las personas mayores como son el mejorar la seguridad de los ingresos en la vejez, disminuir la informalidad y así proveer la oportunidad de acceder a pensiones básicas; implementar y/o aumentar la cobertura y equidad de pensiones no contributivas para personas mayores en vulnerabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar políticas intersectoriales que permitan la erradicación de la pobreza y de la pobreza extrema que asegure vidas sanas y dignas y promoción de la protección social y del bienestar en todas las edades, y en especial de las personas mayores, con equidad de género y enfoque diferencial de grupos étnicos, población con discapacidad, población LGT-BI, víctimas de conflictos o de desastres naturales y población carcelaria
Seguridad financiera	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar ingresos equivalentes a la jubilación de quienes no tuvieron empleo formal o tuvieron una trayectoria laboral intermitente (especialmente mujeres) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar incentivos que promuevan el ahorro voluntario para la vejez enfocados a toda la población incluyendo a los trabajadores en pobreza, mujeres y el sector informal ● Avanzar hacia la generalización del sistema de pensiones de los trabajadores como garantía de seguridad durante la jubilación 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar programas de educación financiera desde temprana edad para fomentar el ahorro y la preparación económica de la población para la vejez ● Avanzar hacia la generalización del sistema de pensiones de los trabajadores como garantía de seguridad durante la jubilación

Temas	Envejecimiento avanzado	Envejecimiento moderado	Envejecimiento incipiente
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar apoyos específicos para la población con vivienda de calidad precaria y dificultades de acceso a servicios públicos domiciliarios. ● Favorecer el acceso a entornos físicos favorables al adulto mayor en los espacios urbanos y, específicamente, en los rurales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar la información sobre los entornos físicos favorables a las personas mayores como son el espacio urbano, infraestructura de transporte, características vecindario, parques, lugares de recreación haciéndolos accesibles a las personas mayores y con discapacidad ● Fomentar la adquisición de vivienda de interés social por parte de las personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar el acceso a vivienda y a los servicios básicos, entre ellos acceso a agua potable y saneamiento básico ● Fomentar entornos accesibles, amigables e incluyentes con diseño universal para todas las edades que permitan y ayuden al proceso de envejecimiento en el hogar y de los lugares públicos
Participación social	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover una cultura “de” y “para” el envejecimiento con énfasis en los contextos sociales y familiares donde las personas mayores mantengan sus status en las decisiones de la familia, desarrollo y participación en la sociedad en general como las Casas de Abuelos en Cuba e iniciativas en Uruguay ● Fomentar los espacios y estructuras de participación de las personas mayores en espacios urbanos y rurales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar políticas que permitan el bienestar y la integración socioeconómica de las personas mayores incentivando su participación activa en las esferas económicas, sociales, culturales y políticas de sus comunidades 	<ul style="list-style-type: none"> ● Disponer de información sobre los entornos sociales favorables a las personas mayores: participación social, iniciativas para la prevención de la violencia y del maltrato; apoyo familiar de hijos y otros que permita la toma de decisiones de este grupo de países para mejorar la calidad de vida de las personas mayores
Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Garantizar la atención integral a las personas mayores por personal capacitado como el caso de Cuba ● Instaurar directrices y estándares para regular y vigilar las prácticas de atención residencial en salud, dignidad, autonomía, seguridad ● Evaluar la satisfacción de las personas mayores en la atención en salud y los factores que hacen que no puedan acceder a estos servicios ● Desarrollar modelos de salud para que las personas mayores de poblaciones dispersas accedan a los servicios de salud y a programas de promoción y prevención de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar currículos académicos que permitan la formación y capacitación de personal para brindar atención integral a las personas mayores, como los que existen en Cuba y Costa Rica ● Mejorar la planificación de los servicios de salud teniendo en cuenta el perfil mixto de estos países: <ul style="list-style-type: none"> – Alta morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles – Coexistencia con enfermedades transmisibles, carenciales, epidémicas, emergentes y reemergentes – Alta incidencia de lesiones externas, violencia y trauma que causan limitación y discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar los determinantes sociales que influyen en la salud de la población como las condiciones ambientales, la vida activa y la pobreza ● Proporcionar acceso universal a la salud mejorando las condiciones actuales e incrementando la cobertura de los servicios médicos ● Desarrollar modelos de atención primaria en salud para lograr un envejecimiento saludable, promocionando la salud en todas las etapas de la vida para prevenir las enfermedades crónicas y la discapacidad, teniendo en cuenta su estado de salud como resultado de las inequidades aparentes durante el transcurso de su vida tanto en zonas urbanas como rurales

Temas	Envejecimiento avanzado	Envejecimiento moderado	Envejecimiento incipiente
Servicios de salud		<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar modelos y protocolos de atención para promover la salud y prevenir enfermedades en el contexto epidemiológico mixto de estos países ● Mejorar la planificación presupuestaria focalizando en enfermedades que son prevenibles 	<ul style="list-style-type: none"> ● Prevenir enfermedades crónicas y discapacidades evitables por medio de la promoción de hábitos saludables, la detección temprana de enfermedades, acceso a servicios de salud con calidad y a rehabilitación integral
Redes de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover la integración de la población mayor en espacios creados, como las Universidades del Adulto mayor u otras estructuras de participación ● Promover la adquisición de conocimientos y prácticas para el incremento en el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones ● Perfeccionar la seguridad y asistencia social para identificar las personas mayores en estado de vulnerabilidad, como lo son aquellos con discapacidades severas ● Ampliar la cobertura de servicios de apoyo al cuidador, con recursos económicos y de apoyo a programas de asistencia a familias y cuidadores informales ● Realizar estudios y encuestas nacionales para conocer la oferta y demanda del cuidado requerido por las personas mayores tanto en zonas urbanas como rurales, con enfoque diferencial (sexo, grupos étnicos, población con discapacidad, víctimas de conflicto armado o de desastres naturales, población carcelaria) ● Formular e implementar políticas públicas para la organización del cuidado de las personas mayores (a través de seguros de dependencia o de cuidado a largo plazo) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar estructuras participativas, comunales y locales como círculos de personas mayores, casas y espacios en donde la población y su familia participen ● Desarrollar una estructura de servicios de cuidado las personas mayores, con ambientes adaptados a sus necesidades ● Promover el cuidado y atención de las personas mayores promoviéndolo en el marco de la comunidad evitando en lo posible su institucionalización permanente y mejorando las condiciones de las diferentes modalidades de cuidado institucional cuando se requiera, al igual que mejorar las destrezas de los cuidadores formales e informales ● Formular e implementar políticas públicas para la organización del cuidado de las personas mayores (a través de seguros de dependencia o de cuidado a largo plazo) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar políticas de cuidado de las personas mayores teniendo en cuenta las diferencias de género ● Mejorar los instrumentos de medición de la provisión de cuidados no remunerados, que parecen no estar captando en su magnitud los cuidados provistos a las y por las personas mayores, que representan una significativa contribución al bienestar social

Temas	Envejecimiento avanzado	Envejecimiento moderado	Envejecimiento incipiente
Políticas	<ul style="list-style-type: none"> ● Medir la eficacia de las políticas, planes y programas así como de las legislaciones con el fin de direccionar los recursos de forma eficaz y efectiva, logrando la real participación de las personas mayores en las decisiones ● Estimular la fecundidad apoyando y facilitando a las familias, tanto a las mujeres como a los hombres la crianza y cuidado de los hijos ● Garantizar que las personas mayores se encuentren incluidas en las políticas poblacionales como parte integral de la sociedad y no como grupo aislado 	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulación de políticas que disminuyan el riesgo de las mujeres a interrumpir la acumulación de años de escolaridad y su preparación para la vida laboral, tales como: <ul style="list-style-type: none"> – Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva – Garantizar la educación integral en sexualidad, – Disminución del embarazo adolescente 	<ul style="list-style-type: none"> ● Garantizar que las personas mayores se encuentren incluidas en las políticas poblacionales como parte integral de la sociedad y no como grupo aislado ● Realizar campañas de concienciación sobre el envejecimiento, para que las nuevas generaciones no vean el proceso de envejecimiento y vejez como algo ajeno, sino como parte de un proceso normal que debe ser inclusivo y solidario
Derechos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer los mecanismos para evitar la discriminación por edad, abuso y maltrato de personas mayores ● Eradicar el abuso físico, mental, emocional y económico que sufren las personas mayores tanto en el espacio familiar como en el social 		
Información	<ul style="list-style-type: none"> ● Facilitar el acceso de la información estadística sobre envejecimiento y vejez a la población adulta mayor ● Contar con datos actualizados y accesibles sobre la situación de la población mayor, sus necesidades y la oferta disponible ● Coordinar con los demás sistemas de información intersectoriales de los países asegurándose de incluir la variable adulto mayor y de tener información específica sobre este grupo de edad ● Sumar esfuerzos que permitan acordar una agenda de producción de conocimiento continuo relativo a la dimensión de género ya que los procesos de envejecimiento presentan notorias diferencias entre varones y mujeres 		

ANEXO 2

El proceso de implementación del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo

ALC tiene el reto de impulsar políticas para enfrentar el envejecimiento guiada por los elementos específicos de los tres ejes del Plan de Acción Internacional de Envejecimiento, más la incorporación plena del análisis de las dinámicas poblacionales en los marcos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los indicadores para el Seguimiento de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo que se han desarrollado para medir la implementación del Consenso de Montevideo.

La región cuenta con un mecanismo de seguimiento de alto nivel denominado el Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible, establecido mediante resolución aprobada en el XXXVI Período Ordinario de Sesiones de CEPAL en mayo de 2016. Dicho instrumento establece que los órganos subsidiarios de la CEPAL informarán al Foro para el proceso integrado de seguimiento y evaluación del proceso de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En tal virtud, si bien los ODS no establecen una prioridad específica en sus metas o indicadores para la población de personas mayores, sí establecen en la meta 17.18 la creación de capacidades para aumentar en los países la disponibilidad de datos fiables, de calidad y desagregados por ingresos, sexo, *edad*, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características. Por lo tanto, en el contexto poblacional de ALC, es fundamental incidir en que los países asuman la tarea de fortalecer los sistemas estadísticos para poder reportar los indicadores sobre la situación de las personas mayores, analizando las brechas de cumplimiento de los derechos de las personas mayores.

El reto, por lo tanto, constituye que las políticas públicas, y los reportes de marcos de los indicadores de las agendas de desarrollo visibilicen los avances en materia de envejecimiento. La primera presentación de los Informes Nacionales de monitoreo que incluyen temas específicos de envejecimiento se dará durante la III Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en San Salvador el 2017. Los actores nacionales presentarán sus informes en base a las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo que contiene medidas prioritarias específicas sobre envejecimiento (Tabla 4).

La Guía Operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo¹⁰ recoge 15 Medidas Prioritarias sobre el “Envejecimiento, la Protección Social y Desafíos Socioeconómicos”

- Formular políticas con perspectiva de género que aseguren un envejecimiento de calidad, tanto para las personas que viven en las ciudades como en el campo y la selva.
- Formular y ejecutar políticas, planes, y programas públicos —a todos los niveles político administrativos— para que consideren la evolución de la estructura por edades, en particular el envejecimiento de la población, y las oportunidades y desafíos asociados a esta evolución en el mediano y largo plazo.
- Desarrollar políticas a todo nivel (nacional, federal y local) tendientes a garantizar la calidad de vida, el desarrollo de las potencialidades y la participación plena de las personas mayores, atendiendo a las necesidades de estímulos (intelectuales, afectivos y físicos) y contemplando la diferente situación de hombres y mujeres, con especial énfasis a los grupos más susceptibles de discriminación (personas mayores con discapacidad, carentes de recursos económicos y/o cobertura previsional y personas mayores que viven solas y/o no cuentan con redes de contención).
- Asegurar la incorporación y participación equitativa de las personas mayores en el diseño y aplicación de políticas, planes y programas que les conciernen.
- Erradicar las múltiples formas de discriminación que afectan a las personas mayores, incluyendo todas las formas de violencia contra mujeres y hombres mayores, teniendo en cuenta las obligaciones de los Estados con respecto a un envejecimiento con dignidad y derechos.
- Establecer o consolidar programas de derechos humanos que enfrenten y eliminen las violencias en la esfera pública y privada, que afectan a las personas mayores.
- Otorgar la más alta prioridad a las personas mayores en los planes de prevención, mitigación y atención de desastres, incluidas la preparación para los desastres, la capacitación de trabajadores en la prevención y atención de situaciones de emergencia y la disponibilidad de bienes y servicios.
- Formular políticas destinadas a aprovechar la oportunidad única que ofrece el bono demográfico, que incluyan de manera articulada la inversión en educación y salud y la generación de empleo decente sobre la base de la solidaridad intergeneracional.
- Adecuar las políticas de salud a los desafíos del variado y cambiante perfil epidemiológico resultante del envejecimiento y la transición epidemiológica, reforzando la lucha para erradicar las enfermedades transmisibles

¹⁰ <http://www.cepal.org/es/publicaciones/38935-guia-operacional-la-implementacion-seguimiento-consenso-montevideo-poblacion>

e implementando acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas tradicionalmente denominadas no transmisibles, pero que hoy sabemos, tienen una fuerte impronta de las influencias de las condiciones de vulnerabilidad social y económica en los primeros años de la vida de las personas. Estas políticas deben tener en cuenta especificidades de género, edad, regiones, grupos étnicos y socioeconómicos.

- Incorporar a las personas mayores como foco prioritario de las políticas públicas y como actores fundamentales en la formulación e implementación de las políticas orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores.
- Fomentar políticas de vida activa, productiva y de ahorro que permita a largo plazo vivir el envejecimiento dignamente.
- Favorecer el desarrollo y acceso a cuidados paliativos, para asegurar una muerte digna y sin dolor;
- Promover el desarrollo de prestaciones y servicios en seguridad social, salud y educación en los sistemas de protección social destinados a las personas mayores que avancen en calidad de vida, seguridad económica y justicia social.
- Incluir el cuidado en los sistemas de protección social, mediante prestaciones, servicios socio-sanitarios y beneficios económicos que maximicen la autonomía, en particular de las personas mayores, y garanticen los derechos, la dignidad y el bienestar de las familias y las personas mayores, incluyendo el derecho a una muerte digna y bien atendida, sin ningún tipo de discriminación ni violencia.
- Ampliar los sistemas de protección y seguridad social, con perspectiva de género, incorporando a las mujeres que han dedicado sus vidas al trabajo productivo, trabajadoras domésticas, mujeres rurales y trabajadoras informales.¹¹

11 CEPAL, Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Uruguay 2013. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf

Trabajos citados

- APS. (s.f.). <http://www.aps.gob.bo/estadisticas/Renta%20Dignidad/>. Obtenido de [http://www.aps.gob.bo/estadisticas/Renta%20Dignidad/Estad%20C3%ADsticas%20de%20la%20Renta%20Dignidad%20\(AI%2031%20de%20Octubre%20de%202016\).pdf](http://www.aps.gob.bo/estadisticas/Renta%20Dignidad/Estad%20C3%ADsticas%20de%20la%20Renta%20Dignidad%20(AI%2031%20de%20Octubre%20de%202016).pdf)
- Batthyány, K. (2015). Los tiempos del cuidado en Uruguay. Montevideo: Instituto Nacional de las Mujeres-Facultad de Ciencias.
- BID/CEPAL/CELADE. (s.f.). La Transición Demográfica en América Latina. Santiago, Chile.
- Cabella, W. e. (2015). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay: Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos de 1996 y 2011. Montevideo.
- Calvo, J. (2013). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay: Las Necesidades Básicas Insatisfechas. Montevideo: INE, MIDES, IECON, UNFPA.
- Cárdenas, C., González, C., & Lara, H. (17 de Septiembre de 2016). Numeralia de los Adultos Mayores en México, Instituto Nacional de Geriatria. Obtenido de http://bvs.insp.mx/articulos/8/numeralia_envejecimiento_2012.pdf
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), (2011), Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México, México.
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, (CONSAR), (2016), Informe Trimestral al H. Congreso de la Unión sobre la situación del SAR, Abril-Mayo-Junio 2016, México.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (CONEVAL), (sf), Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, México.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), (2011), Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México, México.
- DANE. (2015). Gran Encuesta Integrada de Colombia. Bogotá.
- Defensoría del Pueblo. (2016). www.defensoria.gob.bo/sp/datos_adulto_mayor.asp
- Dulcey-Ruiz, E., Arrubla, D., & Sanabria, P. (2013). Envejecimiento y vejez en Colombia. Bogotá, Colombia.
- FUNBEP. (2010). Informativo bimestral do Fundo de Pensão Multipatrocinado. Brasília.
- HelpAge International/CEDLA. (2012) Los adultos mayores en el mundo del trabajo urbano. Bolivia.
- Huenchuan, S. (2013). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: CEPAL.
- IBGE. (2013). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília.
- IBGE. (2015). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAMPAM), (2015), Programa Anual de Trabajo 2015, México
- INE. (2002). Encuesta de Hogares. La paz.
- INE. (2012). Informe del Censo de Población y vivienda del 2011. Montevideo: Insituto Nacional de Estadísticas.
- INE. (2014). Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados, Revisión 2013. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística.
- INEC. (2015). Anuario estadístico. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INEC. (Noviembre de 2016). <http://www.inec.go.cr/buscador?keys=estimaciones>. Obtenido de http://www.inec.go.cr/system/files_force/documentos/poblacion/estimaciones_y_proyecciones_de_poblacion/estadisticas/resultados/c_04._costa_rica._poblacion_por_anos_calendario_segunsexo_y_grupos_quinquenales_de_edades_2011-2050.xlsx?download=1
- INEGI. (2011). Censo de Población y Vivienda 2010. Ciudad de México.
- INEGI. (2013). ESTUDIO NACIONAL DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO. Ciudad de México.
- Martínez Franzoni, J. (2007). ¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central. Buenos Aires: CLACSO.
- MINSALUD. (2011). Encuestas de Demografía y Salud 2010. Bogotá.
- MINSALUD. (2014). Análisis de Situación de Colombia. Bogotá.

- Naciones Unidas (2002), Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002.
- Naciones Unidas (2002), Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002.
- Naciones Unidas, (2007), Informe sobre desarrollo social en el mundo.
- OECD. (2015). OECD economic surveys: Colombia 2015. Bogotá: OECD Publishing. Obtenido de http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-col-2015-
- OMS. (2016). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra, Suiza.
- ONE. (2003). Censo Nacional de Población y viviendas 2002. Santo Domingo.
- ONE. (2005). Informe Nacional del Censo de Población y Viviendas 2002. La Habana, Cuba.
- ONE. (2011). Envejecimiento Demográfico: Desafío al sistema de seguridad social en República Dominicana. Santo Domingo.
- ONE. (2012). Censo de Población y Vivienda 2010. Santo Domingo.
- ONE. (2012). Encuesta Nacional de Envejecimiento en Cuba. La Habana.
- ONE. (2014). República Dominicana: transición demográfica y el impacto de las pensiones solidarias. Santo Domingo: Consejo Nacional de Seguridad Social.
- ONE. (2015). Encuesta de Hogares. La Habana, Cuba.
- ONE. (2015). Estimaciones y proyecciones de la población total. Santo Domingo.
- ONEI. (2014). Informe Nacional Censo de Población y Viviendas 2012. La Habana, Cuba.
- ONEI-CEPDE. (2015). Estudio sobre Envejecimiento Poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas 2012. La Habana, Cuba.
- Palliolini, A., & Souza, L. (2013). The fragility of the future and the tug of the past: Longevity in Latin America and the Caribbean. *Demographic Research*, 543-578.
- PCC. (2011). Lineamiento N144. La Habana.
- PCC. (2016). Minuta del VII Congreso del Partido Comunista. La Habana.
- Pellegrino, A. e. (2008). De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX. Montevideo: Benjamín Nahum.
- Secretaría de Salud. (2011). Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México 2010. Ciudad de México.
- Seguridad Social. (2015). Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015: Diagnóstico general de la salud poblacional. Ciudad de México.
- Sistema Integral de Indicadores sobre Envejecimiento (SISE) (2010). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL.
- TURRA, C. M.; HOLZ, M.; COTLEAR, D. Who benefits from public transfers? Incidence across income groups and across generations in Brazil and Chile. In: COTLEAR, D. E. (Ed.). *Population aging: is Latin America ready?* Washington, DC: The World Bank, 2011.
- UDAPE. (2011). Documento descriptivo de Resultados de la Encuesta de Hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años. Bolivia.
- UDAPE. (2013) El impacto de la Renta Dignidad: política de redistribución del ingreso, consumo y reducción de la pobreza en hogares con personas adultas mayores. Bolivia.
- United Nations. (1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento. Nueva York.
- United Nations. (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Nueva York.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision*.
- UNFPA. (2007). Bolivia: población, territorio y medioambiente. Análisis de situación de la población. Bolivia.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Pablo Salazar Canelos y Lorna Jenkins

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIONES NACIONALES

Rolando García, Daniel Macadar, Iván Castellanos, Vinícius Monteiro, Paulo Lara, Cristian Vargas, Jeremy Freehill, Rolando Pardo y Marisol Alfonso

EQUIPO EDITORIAL

Editora: Carolina Ravera Castro

Apoyo editorial: Guadalupe Valdés

Apoyo administrativo: Elizabeth Springer

Diseño y producción de la edición impresa y digital: Karina Palleros

AGRADECIMIENTOS

A los equipos de consultores y funcionarios en los diversos países que apoyaron la tarea, así como a los Editores Técnicos de este Informe: Verónica Montes de Oca, Vicente Rodríguez y Susanna Helfer

FECHA DE LA PUBLICACIÓN: 20 DE JUNIO, 2017

© UNFPA 2017





Contribuyendo a un mundo
donde cada embarazo sea deseado,
cada parto sea sin riesgos y
cada persona joven alcance
su pleno desarrollo.

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Edificio No. 180, Ciudad del Saber, Clayton

Calle Gonzalo Crance

Panamá, República de Panamá

Tel. +507 3055500

www.unfpa.org / www.lac.unfpa.org