

EL RETO INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR AL 2025

MSc. Roubier Rojas Barahona¹

RESUMEN

Costa Rica experimentará una duplicación de su población adulta mayor en el año 2025, lo que conlleva a un incremento importante en la demanda de los servicios de salud de la nación. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), como Institución responsable de la prestación de servicios de salud, visualiza este panorama y debe prepararse para este reto institucional.

La descripción general de la población adulta mayor, su tendencia, la demanda de los servicios de salud y el análisis epidemiológico de la misma son algunos de los elementos a considerar en la toma de decisiones a corto, mediano y largo plazo.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor, demanda, servicios, epidemiología, proyección.

INTRODUCCIÓN

El interés por el tema del envejecimiento poblacional se torna cada vez más recurrente, pues es el fenómeno al cual no escapa ninguna sociedad. Las fuertes reducciones en los niveles de fecundidad en el país han acelerado en los últimos años las transformaciones de las estructuras etarias de la población. Se espera que para el año 2025 exista un cambio demográfico con repercusiones socioeconómicas, lo que obliga a realizar análisis tempranos que faciliten su abordaje y atención. La perspectiva actual y la proyección institucional orientan a la preparación del modelo integral de salud, donde predominarán las patologías crónicas y las poli consultas de esta población, con el correspondiente aumento en los costos de la atención en Seguridad Social.

El siguiente estudio presenta el panorama general de la población adulta mayor, además de mencionar algunos aspectos de la proyección en la demanda de los servicios de salud y del cambio en el perfil epidemiológico de la población costarricense.

ANTECEDENTES

América Latina experimenta un ritmo de envejecimiento más rápido que lo observado en los países desarrollados, y los impactos negativos del proceso conducen al aumento de personas con edades superiores a 60 años con un escenario social, económico y cultural representado por la pobreza, la inequidad y una baja cobertura de la seguridad social (7). El incremento de la población adulta mayor a nivel nacional es parte de la transición latinoamericana que enumera el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (4), el cual elaboró una tipología para clasificar los países del área según las etapas de transición demográfica, observándose Costa Rica en la etapa denominada plena, con una natalidad descendente y una baja mortalidad (ver cuadro 1).

La extensión de la cobertura en la atención de la salud, además del mejoramiento en las condiciones sanitarias del país, son factores que favorecen las cifras actuales de población. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Centro de Desarrollo Social (CEDESO) para el año 2007 los adultos mayores correspondían al 5.5% del total de ciudadanos y se observa que para el año 2025 se habrá duplicado este grupo (ver cuadro 2). Proyecciones elaboradas señalan que la esperanza de vida al nacer para el año 2025 será de aproximadamente 82 años para ambos sexos (ver cuadro 3).

1. CENDEISS, Área de Planificación, CCSS.

**Cuadro 1. Tipología de países latinoamericanos
según etapa de transición demográfica**

Etapas transicionales	Países	Observaciones
Incipiente (TI)	Bolivia y Haití	Tasas de mortalidad y fecundidad elevadas. La tasa de crecimiento alcanza el 2% o más.
Moderada (TM)	El Salvador, Paraguay, Honduras, Guatemala y Nicaragua	Descenso de la tasa de mortalidad y la natalidad se mantiene elevada. El ritmo de crecimiento es superior a 2.5%.
Plena (TP)	Costa Rica, Brasil, Colombia, México, Ecuador, Panamá, Rep. Dominicana y Venezuela	La natalidad desciende paulatinamente y la mortalidad es baja o moderada. El crecimiento de estos países es inferior al 2%.
Avanzada (TA)	Uruguay, Argentina, Chile y Cuba	Mortalidad y natalidad en niveles bajos. Las tasas de crecimiento se ubican por debajo del 1%.

Fuente: CELADE. División de Población. 2001.

**Cuadro 2. Población adulta mayor según proyecciones
Costa Rica: 2005-2025**

Año	Población 60 años y más
2005	355,544
2010	438.324
2015	557,076
2025	896,299

Fuente: Estimaciones y proyecciones de la población INEC, 2002.

**Cuadro 3. Proyección de la esperanza de vida al nacer
según sexo 2000-2050**

Período	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2000-2005	77.4	75.0	79.9
2005-2010	78.1	75.7	80.5
2010-2015	78.7	76.3	81.2
2015-2020	79.2	76.8	81.7
2020-2025	79.8	77.4	82.3
2025-2030	80.3	77.8	82.8
2030-2035	80.7	78.2	83.3
2035-2040	81.0	78.5	83.7
2040-2045	81.3	78.8	84.0
2045-2050	81.7	79.0	84.4

Fuente: Elaboración propia con datos de la Sección Análisis Demográfico, Dirección Actuarial: Costa Rica Estimaciones y Proyecciones de población por sexo y edad 2000-2050.

Con base en esa información se puede esperar un cambio significativo en la pirámide poblacional, que presenta una amplia base y una reducida proporción de personas en edades superiores para el año 2005. Lo anterior dará paso a una pirámide más acotada, donde se observa un agrandamiento de la ponderación de población mayor en su

cúspide para el 2025, tal y como se observa en los gráficos 1 y 2.

Cabe resaltar que la proyección de la población adulta mayor en los diferentes estratos para el año 2025 respecto al año 2005 se duplicará, según se observa en el cuadro 4.

Gráfico 1. Pirámide de Población Costa Rica 2005

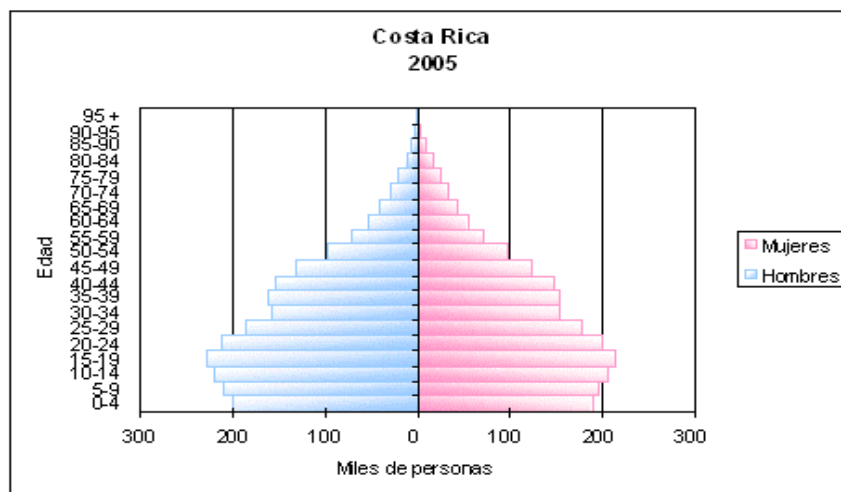
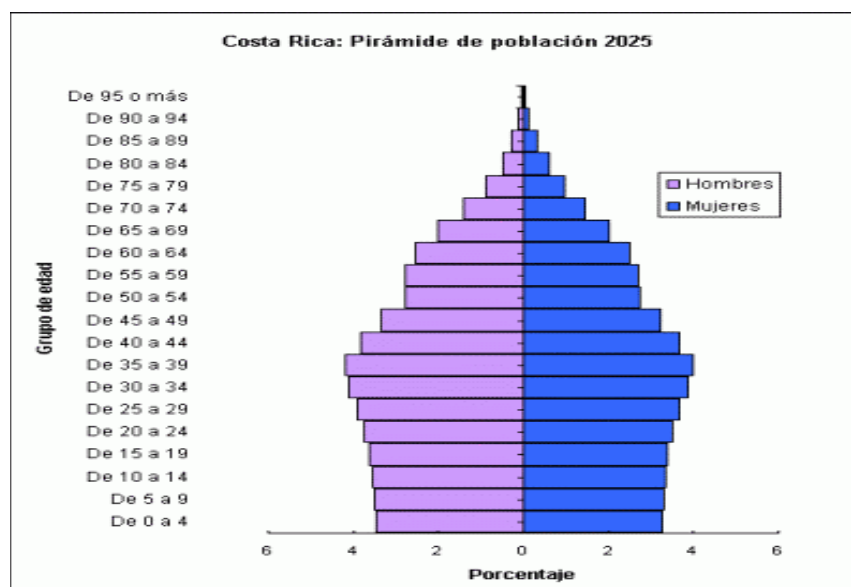


Gráfico 2. Pirámide de Población Costa Rica 2025



Fuente: Barquero J, Vargas JC. (2004). *La migración internacional en Costa Rica: Estado actual y consecuencias*. En: *Evolución demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y de pensiones*. Academia de Centroamérica, San José, Costa Rica.

**Cuadro 4. Distribución de la población adulta mayor, según edad.
Costa Rica 2005-2010-2015-2025**

Grupo de edad	Proyección según año				Total
	2005	2010	2015	2025	
60-64	106978	139570	186244	282995	715787
65-69	84554	101314	132151	226344	544363
70-74	63967	76692	92142	161057	393858
75-79	48164	54533	33744	104218	240659
80-84	28459	37031	42376	62857	170723
85-89	14729	14729	24830	35632	89920
90-94	6585	7438	9835	15939	39797
95 y más	2108	2994	3754	7257	16113
Total	355544	434301	525076	896299	2211220

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones de población. INEC. 2002.

Este cambio va a producir posiblemente una variación del perfil epidemiológico de la población adulta mayor, el cual se caracterizaría por la disminución de los padecimientos infectocontagiosos, parasitarios, para dar pie a los que están relacionados con las enfermedades crónicas, degenerativas y sociales, trayendo consigo una considerable presión en los costos de los programas de salud, por el aumento en la demanda de mayor complejidad y especialización.

Es por esa razón que la CCSS, como Institución del estado responsable de la salud de los costarricenses, debe asumir este compromiso para las actuales y futuras generaciones.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN LA CCSS, ADULTO MAYOR

En el documento “Una CCSS renovada hacia el 2025” se visualiza la proyección institucional. Allí se menciona una situación de privilegio pasajera, debida a la disminución de la tasa de mortalidad y la tasa de natalidad. Asimismo, se menciona que el aumento sostenido en la esperanza de vida se acelerará en los próximos años y por lo tanto, aumentará el envejecimiento de la población, de manera que en 40 años Costa Rica tendrá una población muy envejecida, con demandas en pensiones y servicios de salud.

Si se considera que los hábitos de la población adulta hoy en día no necesariamente son saludables, se espera que presente problemas en los hábitos alimenticios, el sedentarismo, el estrés, el aparato circulatorio y digestivo, entre otros (2), con repercusiones en la vejez, como padecimientos de tipo crónico y degenerativo, principalmente.

La transición epidemiológica en el ámbito nacional en los últimos 10 años muestra entre las principales causas de muerte patologías propias de un país rico, tales como enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos y muertes violentas, en particular en accidentes de tránsito.

La Caja Costarricense de Seguro Social es un agente determinante para el desarrollo humano y sigue siéndolo a pesar de las debilidades que podría te-

ner en este ámbito. Buena parte de las posibilidades que tiene Costa Rica para hacer frente a sus desafíos depende de la capacidad que tenga la misma institución para renovarse y fortalecerse a través del tiempo y ante las nuevas circunstancias.

Para el año 2025 los usuarios de la CCSS serán personas de una creciente escolaridad, bien informadas, muy exigentes en cuanto al trato y la calidad de la atención que reciben, que demandarán una atención oportuna y efectiva de sus necesidades de salud, lo más cerca posible de sus hogares, sitios de trabajo, centros de estudio o lugares en donde sufran una emergencia; además, serán muy cuidadosos en la selección de su médico de cabecera y de los especialistas, los servicios de apoyo y los hospitales a los que son referidos, y lucharán por tener voz y voto en las decisiones clínicas y administrativas que los afecten.

Igualmente, exigirán que las consultas y los trámites puedan ser realizados por medios electrónicos y por tener acceso a su información personal clínica y administrativa, concepción no muy distante de la actualidad. A la vez, serán educados para hacer un uso racional de los servicios de salud, las pensiones y demás prestaciones sociales y económicas, así como para asumir sus obligaciones financieras con la seguridad social (1).

Ante esta panorámica que se vislumbra para el 2025, es prioritario un cambio de paradigma que identifique la necesidad real, en el plazo adecuado, de especialistas en Geriatría con establecimientos y dependencias que operen bajo un modelo de redes, con el soporte de un efectivo medio de referencia y contrarreferencia entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración (1).

Los centros hospitalarios de la CCSS operarán en red, bajo un modelo de atención integral y un esquema organizativo más matricial y basado en procesos donde los hospitales son menos propensos al gigantismo, altamente especializados y automatizados; más amigables con los usuarios y con el ambiente; arquitectónicamente más confortables, funcionales y seguros; más cercanos a la población y con un componente muy fuerte de atención hospitalaria no tra-

dicional (hospitalización de día, cirugía ambulatoria, asistencia en el hogar, etc.) (1).

DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD AL 2025

Existe alguna coincidencia en la necesidad de rediseñar el modelo de salud a nivel del segundo y tercer nivel de atención, bajo un enfoque de atención integral, que tome en cuenta las características de la demanda y el nuevo perfil epidemiológico nacional. Este reto está planteado para la CCSS en su visión hacia el año 2025. Bajo esta perspectiva es vital considerar cada uno de los factores involucrados que contribuyan con el diagnóstico de necesidades de la manera más objetiva, utilizando para ello las herramientas cualitativas y cuantitativas de investigación científica.

Se debe razonar que *“el paciente geriátrico es un adulto mayor, con patología crónica o aguda con tendencia a cronicidad e invalidez, que genera predisposición al deterioro funcional: físico, psíquico, social, que no cuenta con redes de apoyo familiar, o si las tiene están deterioradas”* (6), por esto se hace necesario desarrollar diferentes niveles de prestación de servicios de salud a nivel comunitario, fortaleciendo las redes de atención (5), estimulando y promocionando formas y estilos de vida en relación con el envejecimiento activo que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la participación social, seguridad económica y salud (9, 10). Cabe destacar que se consideran adultos mayores a las personas de más de 60 años, cuando éstos viven en países en vías de desarrollo, y más de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS). Por su parte, la **legislación costarricense mantiene los 65 años para esta categoría** (Ley 7935 Atención Integral al Adulto Mayor).

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR CCSS

El análisis epidemiológico ofrece el conocimiento científico de los eventos más comunes y es un reflejo de la demanda de servicios de salud, conformada de acuerdo al perfil demográfico. Las características de las patologías prevalentes e in-

cidentes, además de los indicadores de la morbi-mortalidad del adulto mayor, aportan información relevante al nuevo modelo de atención en salud y su proyección. Las estadísticas de la CCSS, aparte de la dotación suministrada por cada centro, permiten visualizar anualmente las características poblacionales y epidemiológicas de las principales patologías presentadas en la Red de Servicios Institucionales, dotación que permite cruzar los datos y validarlos.

Se debe aclarar que existen centros de salud que no cuentan con servicio ni con médico especialista en Geriátrica y Gerontología, por lo que el reporte de la morbi-mortalidad, representada principalmente por los síndromes geriátricos del adulto mayor (caídas, constipación, privación neurosensorial, incontinencia urinaria y fecal, inmovilización, síncope, úlceras de presión, deterioro cognitivo crónico o demencia y depresión) (11), puede presentar cambios con las estimaciones de otras investigaciones a nivel internacional y nacional, lo que implica una debilidad en la atención por la falta de un adecuado abordaje integral y por la limitante del recurso humano

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD DEL ADULTO MAYOR REPORTADAS CCSS

El resumen de la información recolectada y el análisis de los datos no mostró diferencias que ameriten ahondar en análisis estadísticos más complejos, por lo que se enumeran a continuación algunas de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel nacional en el adulto mayor:

Morbilidad:

- Diabetes mellitus no insulino dependiente.
- Hipertensión arterial.
- Dislipidemias.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Cardiopatía isquémica.
- Accidente vascular cerebral.

Por otra parte, entre las causas principales de mortalidad de la red, las cuales obedecen principalmente a complicaciones de procesos crónicos, se encuentran:

Mortalidad:

- Hipertensión arterial y sus complicaciones cardio-renales, vasculares cerebrales.
- Hepatopatía crónica no alcohólica (metabólica)
- Neo oculto.
- Diabetes mellitus Tipo II y neuropatía diabética.

EGRESO HOSPITALARIO, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL ADULTO MAYOR

El resumen de las estadísticas anuales de la Caja Costarricense de Seguro Social, en cuanto a los principales diagnósticos presentados en el egreso hospitalario, consulta externa y los servicios de urgencias, se clasifican por las patologías más prevalentes en la población adulto mayor de forma sistematizada. Para efectos de la investigación se describen los datos a partir de los 65 años o más, edad que corresponde en Costa Rica a esta población, según la Ley #7935.

Dicha información permite conocer la frecuencia de las principales patologías y la demanda

de servicios, donde predominan los procesos de naturaleza crónica degenerativa, y favorece el conocimiento para la toma de decisiones de las autoridades superiores y la política institucional que fortalezca la promoción y prevención de los estilos de vida saludables, con el fin de reducir el impacto de algunos eventos, como los que se describen en las siguientes líneas.

De acuerdo al diagnóstico de egreso de los servicios de urgencias, se observa un predominio de las Enfermedades del Sistema Respiratorio², las cuales se presentan en un 17.8% de los pacientes mayores de 65 años, según el reporte efectuado por los servicios de urgencias a nivel nacional. Las enfermedades asociadas al Sistema Circulatorio³ presentan un porcentaje del 12.3%, seguido por el Sistema Osteomuscular⁴ con un porcentaje de un 11.9%. Otro dato corresponde a las infecciones parasitarias, las cuales mantienen un porcentaje de un 5.5%, lo que es indicador posiblemente de la transición del país hacia los procesos crónicos y degenerativos (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Servicio Urgencias según grupos de edad y diagnóstico principal reportado. CCSS, 2007

Diagnóstico Principal	Edad en años										Total	
	65-69		70-74		75-79		80-84		Más 85		Abs	%
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%		
Sist. Respiratorio	19709	5,2	16367	4,4	14330	3,8	9348	2,5	7421	2,0	67175	17,8
Sist. Circulatorio	12144	3,2	10931	2,9	10309	2,7	7420	2,0	5549	1,5	46353	12,3
Sist. Osteomuscular	14216	3,8	11894	3,2	8780	2,3	5493	1,5	4587	1,2	44970	11,9
Otras no definidas	11951	3,2	10083	2,7	9180	2,4	6120	1,6	5779	1,5	43113	11,4
Traumatismos	12744	3,4	9461	2,5	8951	2,4	5613	1,5	5835	1,6	42604	11,3
Sist. Digestivo	10196	2,7	6005	1,6	5438	1,4	3513	0,9	3174	0,8	28326	7,5
Infec. Parasitosis	7250	1,9	4531	1,2	3966	1,1	3228	0,9	2042	0,5	21017	5,5
Otras	18296	4,9	22257	5,9	18032	4,8	13597	3,6	10487	2,8	82669	21,9
Total Urgencias	106506	28,3	91529	24,3	78986	21,0	54332	14,4	44874	11,9	376227	100

Abs: valores absolutos; **%:** valores relativos o porcentuales.

Fuente: elaboración propia con datos de la CCSS, Departamento de Estadísticas de Salud.

2. Infecciones respiratorias agudas, neumonía, asma y otras.

3. Enfermedad hipertensiva, infarto agudo del miocardio y otras.

4. Artropatías y afines, dorsopatías y otras.

En cuanto a las patologías más frecuentes de Consulta Externa de pacientes con 65 años se presenta un porcentaje de enfermedades asociadas al Sistema Circulatorio⁵, con un 19.2%. Por otra parte, se indica que las patologías de origen endocrino, nutricional y metabólico mantienen una

prevalencia de cerca de un 15.1%. Se observa, además, que las enfermedades relacionadas con el Sistema Digestivo conservan una consulta en los adultos mayores que no supera al 5.9%, según la distribución etaria, como se observa en el cuadro 6.

Cuadro 6. Consulta Externa según grupos de edad y diagnóstico principal reportado. CCSS, 2007

Diagnóstico Principal	Edad en años										Total	
	65-69		70-74		75-79		80-84		Más 85		Abs	%
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%		
Sist. Circulatorio	71831	5,7	67742	5,4	51857	4,1	28034	2,2	20981	1,7	240445	19,2
Endocrinas, nutric. y metabólicas.	74323	5,9	53043	4,2	35620	2,9	16180	1,3	9424	0,8	188590	15,1
Atención sin patología	29397	2,4	63812	5,1	23350	1,9	13871	1,1	9070	0,7	139500	11,2
Sist. Osteomuscular	43619	3,5	34492	2,8	25366	2	14462	1,2	11322	0,9	129261	10,3
Enf. ojos y oídos	41308	3,3	34376	2,8	20982	1,7	10432	0,8	7941	0,6	115039	9,2
Sist. Respiratorio	28804	2,3	25010	2	17780	1,4	10313	0,8	6578	0,5	88485	7,1
Sist. Digestivo	23765	1,9	23291	1,9	13158	1,1	8061	0,6	4919	0,4	73194	5,9
Otras	88131	7,1	77988	6,2	51919	4,2	32835	2,6	24361	1,9	275234	22
Total C. Ext.	401178	32	379754	30	240032	19	134188	11	94596	7,6	1249748	100

Abs: valores absolutos; **%:** valores relativos o porcentuales.

Fuente: elaboración propia con datos de la CCSS, Departamento de Estadísticas de Salud.

Por otra parte, las causas de Egresos Hospitalarios en el adulto mayor de 65 años corresponden en su mayoría a las relacionadas con el Sistema Circulatorio, con un 20.1%, seguidos por el Sistema

Nervioso y Sentidos⁶ con un 14.8% y el Sistema Digestivo con un 12.2%; mientras que las patologías del Sistema Genitourinario presentan apenas un 7.7%, según se observa en el cuadro 7.

5. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: enfermedad tiroides, diabetes mellitus, entre otras.

6. Sistema Nervioso y Sentido: ojos y anexos, oído y apof. mastoides y otros.

Cuadro 7. Egreso hospitalario según grupos de edad y diagnóstico principal reportado. CCSS, 2007

Diagnóstico Principal	Edad en años										Total	
	65-69		70-74		75-79		80-84		Más 85		Abs	%
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%		
Sist. Circulatorio	2051	4,5	2088	4,6	2047	4,5	1495	3,3	1495	3,3	9176	20,1
Sist. Nervioso y Sentidos	1612	3,5	1660	3,6	1805	4,0	1018	2,2	648	1,4	6743	14,8
Sist. Digestivo	1518	3,3	1318	2,9	1213	2,7	762	1,7	745	1,6	5556	12,2
Sist. Respiratorio	788	1,7	1015	2,2	1039	2,3	998	2,2	1293	2,8	5133	11,3
Tumores	1242	2,7	1031	2,3	882	1,9	505	1,1	406	0,9	4066	8,9
Sist. Genitourinario	1074	2,4	961	2,1	806	1,8	472	1,0	419	0,9	3732	8,2
Causas externas	721	1,6	688	1,5	640	1,4	599	1,3	862	1,9	3510	7,7
Otras	2183	4,8	1963	4,3	1718	3,8	1025	2,3	1050	2,3	7939	17,4
Total Egreso	11189	24,6	10424	22,9	10150	22,3	6874	15,1	6918	15,2	45555	100,0%

Abs: valores absolutos; **%:** valores relativos o porcentuales.

Fuente: elaboración propia con datos de la CCSS, Departamento de Estadísticas de Salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A inicios del siglo XXI Costa Rica presenta cambios que obedecen principalmente a: progresos de la medicina, extensión de la cobertura en la atención de la salud, mejoramiento de las condiciones sanitarias del país y el aumento de la población adulta mayor, entre otros factores. Todo esto condujo a una transición demográfica que se caracteriza por la natalidad descendente y una mortalidad baja, lo cual se traduce en un aumento de la longevidad de las personas.

El perfil epidemiológico del adulto mayor muestra una población con un predominio de las enfermedades de tipo crónico, degenerativas y en algunos casos discapacitantes, tumores, abuso y violencia, la cual se da contra este grupo en algunas zonas del país. Cabe mencionar que la morbilidad no presentó una variación en las patologías, con un predominio de las enfermedades cardiovasculares, endocrinas metabólicas y nutrición, como por ejemplo: diabetes mellitus no insulino dependiente, hipertensión arterial, dislipidemias,

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, entre otras. Asimismo, en la mortalidad del adulto mayor que muestran las estadísticas locales e institucionales se nota un predominio en esta población de las complicaciones producidas por los procesos crónicos, como hipertensión arterial y sus complicaciones cardio-renales, vasculares cerebrales hepatopatía crónica no alcohólica (metabólica), neoculto, diabetes mellitus Tipo II y neuropatía diabética, información que contribuye para la toma de decisiones institucionales.

La CCSS debe hacer esfuerzos en infraestructura y recurso humano, relacionado con la atención del adulto mayor, para fortalecer la creación de programas efectivos de fomento a la calidad de vida y la atención de este grupo de personas. Se deben crear y fortalecer los programas de prevención y promoción de la salud para disminuir el impacto del incremento en las patologías crónicas discapacitantes, mediante la divulgación de los estilos de vida saludables como el ejercicio, la adecuada alimentación, entre otros.

Por último, la institución debe fortalecer los programas de atención al adulto mayor, concientizando a la familia de su responsabilidad con el ciudadano de oro, en virtud del aumento significativo que experimenta el país de cara al 2025.

REFERENCIAS

1. Caja Costarricense de Seguro Social. (2006). *Una Caja Renovada Hacia el 2025*. Planeamiento estratégico institucional hacia el 2007-2012 y su programación de inversiones. San José, Costa Rica.
2. Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia Administrativa. (2006). *Modelo de Cultura Organizacional de la Caja Costarricense*. p.20.
3. Caja Costarricense de Seguro Social. (2001). *Plan de la atención a la salud de las personas 2001-2006*. San José, Costa Rica.
4. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2003). *América Latina y el Caribe: El Envejecimiento de la población 1950-2050*. (Versión en Internet). Boletín Demográfico. Consultado en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/america_latina_y_el_caribe_el_envejecimiento_de_la_poblacion._1950-2050_cepai.pdf
5. Checkway B, Morales F. (1990). *En la tercera edad: New Programmer to promote the health of older people in Costa Rica. Ageng and Society*. San José, Costa Rica.
6. García Camacho V. (2007). *Plan para el Desarrollo de Servicios de Geriatría*. Desarrollo de Servicios de Salud. CEDES. CCSS, San José, Costa Rica. p.9.
7. Guzmán JM. (2002). *Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. (Versión en Internet). CELADE/CEPAL. Serie Población y Desarrollo. Consultado en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/_.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2007). *Boletín anual panorama demográfico*. San José, Costa Rica.
9. Marín PP. (2007). *Reflexiones para considerar en una política pública de salud para la personas mayores*. (Versión en Internet). Consultado en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
10. Morales F, Pelaez M. (2006). *Geriatrics in Latin America*. UCR/OPS, San José, Costa Rica.
11. Valdivia Lama J. (2003). *Síndromes Geriátricos. Características de presentación de las enfermedades en el adulto mayor. Diagnóstico*. (Versión en Internet). Consultado en: <http://www.cendeisss.sa.cr/investigacion/Diagnostico%20Geriatras-2025.pdf>