

Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez

Manual sobre indicadores  
de calidad de vida  
en la vejez

Centro Latinoamericano y Caribeño  
de Demografía (CELADE)-División de  
Población de la CEPAL

# Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez

Centro Latinoamericano y Caribeño  
de Demografía (CELADE) –  
División de Población de la CEPAL

Santiago de Chile, diciembre de 2006



Este Manual ha sido elaborado por el CELADE–División de Población de la CEPAL, dirigido por el señor Dirk Jaspers, y su publicación fue posible gracias a la contribución financiera de la Cooperación Italiana y del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Las actividades que dieron origen a este documento fueron coordinadas por José Miguel Guzmán, Jefe del Área de Población y Desarrollo del CELADE-División de Población de la CEPAL. La producción y compilación de este documento fue realizada por Sandra Huenchuan y Daniela González, del CELADE-División de Población de la CEPAL, con la colaboración de Fernanda Stang, consultora de CEPAL/CELADE. Está basado en los contenidos del curso “Calidad de Vida de las Personas Mayores. Instrumentos para el Seguimiento de Políticas y Programas”, realizado en la sede de la CEPAL, entre el 25 de agosto y el 12 de septiembre de 2003. Elaboraron insumos para la preparación de este documento: Cecilia Albala, Camilo Arriagada, Carmen Barros, Fabio Bertranou, Fabiana Del Popolo, Xinia Fernández, Carola García, Carlos Grushka, Daniela González, José Miguel Guzmán, Roberto Ham Chande, Soledad Herrera, Sandra Huenchuan, Pedro Paulo Marín, Verónica Montes de Oca, Paulo Saad, Andrea Sánchez, Fernanda Stang, Alicia Villalobos y Laura Wong.

Se agradecen los comentarios de Simone Cecchini, de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Diseño de la portada: Laura García

Publicación de las Naciones Unidas

LC/W.113

Copyright © Naciones Unidas, diciembre de 2006. Todos los derechos reservados  
Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

Resumen .....	11
Introducción .....	13
I. Demografía del envejecimiento .....	19
1. Factores del envejecimiento demográfico .....	19
1.1 Fecundidad.....	19
1.2 Mortalidad.....	20
1.3 Migración .....	21
2. Indicadores del envejecimiento demográfico.....	21
2.1 Aumento cuantitativo de la población adulta mayor.....	22
2.2 Indicadores sociodemográficos de la población adulta mayor.....	31
2.3 Esperanza de vida.....	39
Ejercicios.....	43
II. Seguridad económica en la vejez.....	47
1. Fuentes de seguridad económica en la vejez.....	47
2. Indicadores sobre seguridad económica en la vejez.....	49
2.1 Indicadores laborales .....	49
2.2 Indicadores de seguridad social.....	56
2.3 Pobreza .....	63
Ejercicios.....	71
III. Salud y bienestar en la vejez.....	77
1. Indicadores e instrumentos de evaluación de la salud en la vejez.....	78
1.1 La mortalidad y sus causas.....	78
1.2 Estado de salud.....	81
1.3 Estilos de vida y factores de riesgo.....	95
1.4 Atención en salud de las personas mayores.....	100
Ejercicios.....	107
IV. Envejecimiento y entornos favorables .....	113
1. Entornos sociales.....	113
1.1 Arreglos residenciales .....	113
1.2 Redes de apoyo social de las personas mayores.....	123
1.3 Violencia y maltrato contra las personas mayores.....	135
1.4 Participación social en la vejez .....	139

1.5	Imagen social de la vejez .....	142
2.	Entornos físicos.....	145
2.1	Vivienda segura y propicia .....	145
2.2	Uso del espacio urbano.....	159
	Ejercicios.....	165
V.	Fuentes de datos para la elaboración y el cálculo de indicadores de seguimiento .....	171
1.	Los censos de población.....	171
2.	Las encuestas .....	174
2.1	Encuestas de hogares.....	174
2.2	Encuestas de niveles de vida .....	176
2.3	La encuesta SABE .....	177
3.	Estadísticas vitales.....	178
4.	Registros continuos o administrativos .....	179
	Bibliografía.....	181
	Anexos.....	189
1.	Mini Mental State Examination (MMSE) .....	191
2.	Evaluación cognitiva (MMSE modificado).....	193
3.	Test de Pfeffer (PFAQ) .....	194
4.	Escala de Depresión Geriátrica Abreviada .....	195
5.	Instrumentos de Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.....	196
6.	Instrumentos de Evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.....	198
7.	Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.....	199
8.	Instrumento DETERMINE .....	202
9.	Definiciones de instrumentos demográficos utilizados en los indicadores de calidad de vida en la vejez.....	203

#### Índice de cuadros

Cuadro 1	América Latina y el Caribe: población de 60 años y más, países seleccionados, 1950-2050.....	22
Cuadro 2	América Latina y el Caribe: porcentaje de personas de 60 años y más, países seleccionados, 1950-2050 .....	24
Cuadro 3	América Latina y el Caribe: tasa de crecimiento de la población de 60 años y más, países seleccionados, 1950-2050 .....	26
Cuadro 4	América Latina y el Caribe: distribución porcentual al interior de la población de 60 años y más, países seleccionados, 1950-2050.....	27
Cuadro 5	América Latina y el Caribe: razón de personas de 75 años y más respecto de las de 60 a 74 años, países seleccionados, 1950-2050 .....	28
Cuadro 6	América Latina y el Caribe: índice de envejecimiento demográfico, países seleccionados, 1950-2050.....	29
Cuadro 7	América Latina y el Caribe: relación de dependencia demográfica de la población de 60 años y más, países seleccionados, 1950-2050.....	30
Cuadro 8	América Latina y el Caribe: edad mediana de la población, países seleccionados, 1950-2050.....	30
Cuadro 9	América Latina y el Caribe: porcentaje de personas mayores residentes en áreas urbanas, países seleccionados, 2000 .....	32
Cuadro 10	América Latina y el Caribe: proporción de personas mayores en áreas urbanas y rurales, países seleccionados, 2000 .....	33
Cuadro 11	América Latina y el Caribe: relación de feminidad de las personas mayores según área de residencia urbana o rural, países seleccionados, 2000 .....	33

Cuadro 12	América Latina y el Caribe: porcentaje de personas mayores según sexo y situación conyugal, países seleccionados, 2000 .....	34
Cuadro 13	América Latina y el Caribe: porcentaje de analfabetismo entre las personas mayores según grupos de edad, sexo y zona de residencia, países y años seleccionados .....	36
Cuadro 14	América Latina y el Caribe: indicadores del envejecimiento entre las poblaciones indígenas, por área urbana y rural, países seleccionados, <i>circa</i> 2000 .....	39
Cuadro 15	América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer, países seleccionados, 1950-2050.....	40
Cuadro 16	América Latina y el Caribe: esperanza de vida a los 60 y 65 años por sexo, países seleccionados, 1950-2050.....	42
Cuadro 17	América Latina y el Caribe: tasas de participación en la actividad económica de la población adulta mayor, países seleccionados, 1990-2001 .....	50
Cuadro 18	América Latina y el Caribe: tasas de empleo de la población adulta mayor, países seleccionados, 1990-2001.....	52
Cuadro 19	Brasil: proporción de personas mayores ocupadas en el sector informal por edad y sexo, 1983, 1993 y 2003.....	54
Cuadro 20	América Latina y el Caribe: proporción de población adulta mayor ocupada en empleo asalariado, países seleccionados, 1990-2001 .....	55
Cuadro 21	América Latina y el Caribe: número de horas trabajadas semanalmente (por trabajadores ocupados), países seleccionados, 1990-2001 .....	56
Cuadro 22	América Latina y el Caribe: percepción de ingresos por jubilaciones y pensiones, según sexo, grupos de edad y área de residencia, países seleccionados, <i>circa</i> 2000 .....	58
Cuadro 23	América Latina y el Caribe: promedio mensual de ingresos por jubilaciones y por trabajo en la población de 60 años y más, según área de residencia, países seleccionados, <i>circa</i> 2000.....	59
Cuadro 24	América Latina y el Caribe: distribución porcentual de las personas de 60 años y más según monto de las jubilaciones y pensiones, por área de residencia, países seleccionados, <i>circa</i> 1997 .....	61
Cuadro 25	América Latina: cobertura previsional en edades activas, países seleccionados, <i>circa</i> 2000 .....	62
Cuadro 26	Chile: porcentaje de población adulta mayor según situación de pobreza, 2003.....	67
Cuadro 27	Chile: porcentaje de personas indigentes sobre el total de la población adulta mayor pobre, 2000 y 2003.....	68
Cuadro 28	América Latina y el Caribe: tasas estimadas de mortalidad en hombres y mujeres de 60 años y más por grupos de causas de muerte .....	80
Cuadro 29	América Latina y el Caribe: prevalencia del deterioro cognitivo en personas mayores según encuesta SABE, 1999-2000 .....	85
Cuadro 30	América Latina y el Caribe: porcentaje de personas mayores con depresión según encuesta SABE, 1999-2000 .....	87
Cuadro 31	América Latina y el Caribe: índice de limitaciones de actividades diarias (básicas e instrumentales) en personas mayores según encuesta SABE, 1999-2000 .....	89
Cuadro 32	América Latina y el Caribe (países seleccionados): tasas totales de discapacidad reportadas en los censos nacionales para la población de 60 años y más.....	91
Cuadro 33	América Latina y el Caribe: autopercepción de salud en personas mayores según encuesta SABE, 1999-2000 .....	92
Cuadro 34	América Latina y el Caribe: presencia de otros problemas de salud entre personas mayores según encuesta SABE, 1999-2000 .....	95
Cuadro 35	América Latina y el Caribe: realización de actividades físicas en personas mayores según encuesta SABE, 1999-2000 .....	97

Cuadro 36	América Latina y el Caribe: porcentaje de tabaquismo en personas mayores según encuesta SABE, 1999-2000 .....	98
Cuadro 37	América Latina y el Caribe: indicadores de atención en salud en personas mayores según encuesta SABE, 1999-2000 .....	102
Cuadro 38	América Latina y el Caribe: número de médicos y médicos con especialización en Geriátrica, países seleccionados, <i>circa</i> 2000.....	103
Cuadro 39	América Latina y el Caribe: valores estimados del porcentaje de personas de 60 años y más institucionalizadas.....	104
Cuadro 40	América Latina y el Caribe: población de 60 años y más en instituciones de cuidados a largo plazo.....	105
Cuadro 41	América Latina y el Caribe: valores finales estimados del porcentaje de personas de 60 años y más institucionalizadas.....	106
Cuadro 42	América Latina (países seleccionados): porcentaje de hogares con personas mayores, 1990 y 2000 .....	114
Cuadro 43	Nicaragua: tamaño del hogar con y sin personas mayores según área de residencia, 1995 .....	116
Cuadro 44	República Dominicana: hogares con y sin personas mayores según tipo de hogar, 2002.....	118
Cuadro 45	América Latina y el Caribe (países seleccionados): porcentaje de hogares con jefatura de persona mayor, 1990 y 2000.....	119
Cuadro 46	Gran Santiago: porcentaje de personas mayores según fuente de apoyo informal, 2000 .....	126
Cuadro 47	América Latina y el Caribe: porcentaje de personas mayores según tamaño del hogar donde reside, ciudades seleccionadas, 1999-2000 .....	127
Cuadro 48	México: módulo sobre redes de apoyo familiar y social, 1994.....	130
Cuadro 49	Gran Santiago: porcentaje de personas mayores que recibe apoyo, por sexo y grupos de edad, 2000.....	131
Cuadro 50	Gran Santiago: porcentaje de personas mayores que da apoyo, por sexo y grupos de edad, 2000.....	131
Cuadro 51	América Latina y el Caribe: porcentaje de personas mayores que intercambia algún tipo de ayuda, según las personas que dieron y brindaron apoyo, ciudades seleccionadas, 1999-2000.....	132
Cuadro 52	Mar del Plata: nivel de funcionalidad de las redes de apoyo social, 2004.....	133
Cuadro 53	América Latina y el Caribe: relación de apoyo potencial, países seleccionados, 1950-2050.....	134
Cuadro 54	América Latina y el Caribe: relación de apoyo a los padres, países seleccionados, 1950-2050.....	135
Cuadro 55	Brasil: distribución de causas externas de muerte entre personas mayores por tipo de causa, 2002 .....	139
Cuadro 56	América Latina y el Caribe: porcentaje de personas mayores que realiza actividades de voluntariado, por sexo, ciudades seleccionadas, 1999-2000 .....	141
Cuadro 57	América Latina y el Caribe: porcentaje de personas mayores que se sienten discriminadas según causa, 2005 .....	145
Cuadro 58	América Latina (países seleccionados): porcentaje de hogares con jefes mayores que reside en vivienda propia, <i>circa</i> 2000 .....	148
Cuadro 59	América Latina (países seleccionados): porcentaje de hogares con jefes mayores en los que existe hacinamiento, <i>circa</i> 2000 .....	153
Cuadro 60	Principales ventajas y desventajas de fuentes de información censal y encuestas a hogares .....	176

#### Índice de recuadros

Recuadro 1	Indicadores de concentración de la mortalidad.....	42
Recuadro 2	Capitalización individual, pensiones no contributivas y asistenciales.....	63
Recuadro 3	Métodos de medición de la pobreza .....	65

Recuadro 4	Ingresos de los hogares e ingresos individuales: otra mirada a la pobreza de las personas .....	70
Recuadro 5	Instrumentos de medición del deterioro cognitivo .....	84
Recuadro 6	Instrumentos para la medición de la depresión .....	86
Recuadro 7	Instrumentos para monitorear la funcionalidad individual .....	88
Recuadro 8	Preguntas sobre autopercepción en salud en las encuestas de hogares y encuestas específicas .....	93
Recuadro 9	Herramientas de evaluación de la calidad nutricional en las personas mayores .....	100
Recuadro 10	El mapa de la red de apoyo social .....	129
Recuadro 11	Tipos de maltrato contra personas mayores .....	136
Recuadro 12	La opinión de los estudiantes secundarios panameños sobre las características asociadas al envejecimiento .....	143
Recuadro 13	Uso de REDATAM para localizar, cuantificar y caracterizar asentamientos precarios .....	157
Recuadro 14	Principales características de un censo de población .....	172
Recuadro 15	Procesamiento de la información censal mediante el software REDATAM .....	174
Recuadro 16	Las fuentes de información para los datos económicos y laborales.....	177

#### Índice de gráficos

Gráfico 1	América Latina: fuentes de ingreso de las personas mayores en zonas urbanas, países seleccionados, <i>circa</i> 2000 .....	48
Gráfico 2	República Dominicana: tasa de participación en la actividad económica a partir de los 60 años por sexo, 2001 .....	51
Gráfico 3	América Latina y el Caribe (países seleccionados): tasa de jefatura de hogar de la población adulta mayor, <i>circa</i> 2000 .....	120
Gráfico 4	América Latina (países seleccionados): porcentaje de jefes en la población de 60 años y más según grupos de edad, <i>circa</i> 2000 .....	121
Gráfico 5	América Latina (países seleccionados): porcentaje de personas de 60 años y más jefas de hogar que viven solas, por sexo, <i>circa</i> 2000.....	122
Gráfico 6	América Latina (países seleccionados): porcentaje de personas de 60 años y más jefas de hogar que viven solas, por área de residencia, <i>circa</i> 2000 .....	123

#### Índice de mapas

Mapa 1	Ciudad de México: porcentaje de población de 60 años y más por municipio de residencia, censo de 2000 .....	161
--------	---	-----

#### Índice de fórmulas

Fórmula 1	Proporción de personas mayores en relación a la población total .....	23
Fórmula 2	Magnitud del cambio de la población adulta mayor .....	25
Fórmula 3	Tasa de crecimiento anual de la población adulta mayor .....	25
Fórmula 4	Proporción de personas mayores de edades específicas sobre el total de personas mayores .....	26
Fórmula 5	Proporción de personas mayores sobre el total de la población .....	26
Fórmula 6	Razón de personas mayores de 75 años.....	27
Fórmula 7	Índice de envejecimiento .....	28
Fórmula 8	Relación de dependencia demográfica de vejez .....	29
Fórmula 9	Porcentaje de personas mayores residentes en áreas urbanas y rurales.....	31
Fórmula 10	Proporción de personas mayores en áreas urbanas y rurales .....	32
Fórmula 11	Relación de feminidad (total, urbana o rural) .....	33
Fórmula 12	Porcentaje de personas mayores según estado civil.....	34

Fórmula 13	Porcentaje de personas mayores analfabetas .....	35
Fórmula 14	Porcentaje de personas mayores según nivel de instrucción .....	36
Fórmula 15	Promedio de años de estudio.....	37
Fórmula 16	Porcentaje de personas mayores pertenecientes a la población indígena.....	38
Fórmula 17	Porcentaje de población indígena adulta mayor .....	38
Fórmula 18	Tasa de participación económica en la vejez .....	49
Fórmula 19	Tasa de empleo en la vejez .....	51
Fórmula 20	Tasa de desocupación en la vejez .....	53
Fórmula 21	Proporción de ocupados de edad avanzada en empleo informal.....	53
Fórmula 22	Proporción de ocupados de edad avanzada en empleo asalariado .....	54
Fórmula 23	Proporción de personas mayores con jubilación o pensión.....	57
Fórmula 24	Promedio mensual de ingresos por jubilaciones o pensiones en la vejez.....	59
Fórmula 25	Distribución porcentual de la población con jubilaciones y pensiones por distintos tramos de ingresos .....	60
Fórmula 26	Porcentaje de personas en edad activa que se encuentran cotizando .....	61
Fórmula 27	Porcentaje de personas mayores pobres.....	66
Fórmula 28	Razón de personas mayores indigentes sobre el total de la población adulta mayor pobre .....	67
Fórmula 29	Porcentaje de hogares con personas mayores en condición de pobreza .....	68
Fórmula 30	Brecha de la pobreza en la vejez .....	69
Fórmula 31	Tasa de mortalidad.....	78
Fórmula 32	Tasa de mortalidad por edades.....	79
Fórmula 33	Tasa de mortalidad por causas específicas.....	79
Fórmula 34	Prevalencia de las enfermedades crónicas en las personas mayores .....	81
Fórmula 35	Prevalencia de las enfermedades crónicas transmisibles en las personas mayores .....	81
Fórmula 36	Prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores .....	82
Fórmula 37	Prevalencia de la demencia en las personas mayores.....	83
Fórmula 38	Prevalencia del deterioro cognitivo en las personas mayores .....	84
Fórmula 39	Prevalencia de la depresión en las personas mayores.....	85
Fórmula 40	Porcentaje de personas mayores con dificultad en ABVD.....	88
Fórmula 41	Índice de discapacidad funcional en la vejez .....	89
Fórmula 42	Prevalencia de la discapacidad en la vejez.....	90
Fórmula 43	Porcentaje de personas mayores según niveles de autopercepción en salud .....	91
Fórmula 44	Porcentaje de personas mayores que ha sufrido caídas .....	94
Fórmula 45	Porcentaje de personas mayores con problemas auditivos.....	94
Fórmula 46	Porcentaje de personas mayores que ha perdido dientes.....	95
Fórmula 47	Porcentaje de personas mayores que realiza actividad física .....	96
Fórmula 48	Porcentaje de tabaquismo en personas mayores.....	97
Fórmula 49	Prevalencia de la desnutrición .....	99
Fórmula 50	Prevalencia de la obesidad .....	99
Fórmula 51	Porcentaje de personas mayores con malnutrición .....	100
Fórmula 52	Porcentaje de personas mayores no cubierto por servicios de salud.....	101
Fórmula 53	Porcentaje de personas mayores con necesidades insatisfechas en atención en salud .....	102
Fórmula 54	Tasa de cobertura en atención médica geriátrica .....	103
Fórmula 55	Proporción de personas mayores en hospitales y asilos .....	104
Fórmula 56	Porcentaje de hogares con personas mayores.....	114
Fórmula 57	Tasa de crecimiento promedio anual de hogares con personas mayores .....	115
Fórmula 58	Tamaño promedio de los hogares con personas mayores.....	115
Fórmula 59	Porcentaje de hogares con personas mayores según el número de personas en el hogar.....	116
Fórmula 60	Porcentaje de hogares con personas mayores según tipo de hogar y familia ....	117
Fórmula 61	Porcentaje de hogares con jefatura de persona mayor .....	118
Fórmula 62	Tasa de jefatura de hogar de la población adulta mayor .....	119

Fórmula 63	Porcentaje de jefes mayores que viven solos .....	121
Fórmula 64	Porcentaje de personas mayores según fuentes informales de apoyo .....	126
Fórmula 65	Porcentaje de personas mayores según tamaño del hogar en que residen.....	127
Fórmula 66	Promedio de hijos sobrevivientes.....	127
Fórmula 67	Tamaño de la red .....	128
Fórmula 68	Porcentaje de personas mayores que recibe apoyo.....	130
Fórmula 69	Porcentaje de personas mayores que da apoyo.....	131
Fórmula 70	Porcentaje de personas mayores que recibe y da apoyo .....	132
Fórmula 71	Relación de apoyo potencial .....	133
Fórmula 72	Relación de apoyo a los padres .....	134
Fórmula 73	Porcentaje de personas mayores que ha sufrido algún tipo de violencia o abuso.....	137
Fórmula 74	Porcentaje de personas mayores que ha sufrido violencia o abuso de parte de un familiar.....	138
Fórmula 75	Proporción de muertes violentas en la vejez por causas específicas.....	138
Fórmula 76	Porcentaje de personas mayores que participa en organizaciones de la sociedad civil .....	140
Fórmula 77	Porcentaje de personas mayores que participa en organizaciones de la sociedad civil según tipo de organización .....	140
Fórmula 78	Porcentaje de personas mayores que realiza actividades de voluntariado .....	141
Fórmula 79	Porcentaje de la población de 15 años y más que asocia la vejez con dependencia y fragilidad.....	143
Fórmula 80	Porcentaje de personas mayores que percibe discriminación y maltrato en la calle.....	144
Fórmula 81	Porcentaje de personas mayores que se sienten discriminadas según causa ...	144
Fórmula 82	Porcentaje de personas mayores que reside en vivienda propia .....	148
Fórmula 83	Porcentaje de hogares con jefes mayores que reside en vivienda propia.....	148
Fórmula 84	Porcentaje de personas mayores residente en viviendas con materiales deficientes en las paredes .....	149
Fórmula 85	Porcentaje de hogares con jefes mayores residente en viviendas con materiales deficientes en las paredes .....	150
Fórmula 86	Porcentaje de personas mayores residente en viviendas sin servicio de agua corriente dentro de la vivienda .....	150
Fórmula 87	Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de agua corriente dentro de la vivienda .....	150
Fórmula 88	Porcentaje de personas mayores residente en viviendas sin servicio sanitario .....	151
Fórmula 89	Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio sanitario .....	151
Fórmula 90	Porcentaje de personas mayores residente en viviendas sin servicio de electricidad.....	152
Fórmula 91	Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de electricidad.....	152
Fórmula 92	Porcentaje de personas mayores residente en hogares con hacinamiento .....	153
Fórmula 93	Porcentaje de hogares con jefes mayores en los que existe hacinamiento .....	153
Fórmula 94	Número de hogares y núcleos familiares encabezados por personas mayores allegadas .....	155
Fórmula 95	Déficit habitacional de las personas mayores .....	156
Fórmula 96	Formación anual de hogares liderados por personas mayores .....	156
Fórmula 97	Número y porcentaje de personas mayores que habitan asentamientos precarios .....	157
Fórmula 98	Número y porcentaje de viviendas con necesidades de adecuación para el alojamiento de personas discapacitadas .....	158
Fórmula 99	Porcentaje de personas mayores insatisfechas con el desempeño de actividades que permite su vivienda .....	158
Fórmula 100	Distribución espacial intraurbana de las personas mayores.....	160
Fórmula 101	Distancia del domicilio de la persona mayor a facilidades y equipamiento urbano .....	162

Fórmula 102	Porcentaje de personas mayores insatisfechas con atributos del vecindario.....	162
Fórmula 103	Porcentaje de personas mayores que reportan dificultades para moverse en su espacio exterior .....	163
Fórmula 104	Índice Duncan de segregación espacial de personas mayores.....	163
Fórmula 105	Porcentaje de personas mayores que declara sentirse expuesto al delito al circular por el vecindario.....	164

## Resumen

En el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) se establece que la calidad de vida en la vejez depende de los progresos que se logren en tres áreas prioritarias: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar y la creación de entornos propicios y favorables. Partiendo de este entendido, y considerando que una de las limitaciones más importantes que se presentan en la región para el seguimiento de la situación de las personas mayores es la deficiencia en el análisis de información relevante sobre aspectos claves de su calidad de vida, este manual propone una serie de conceptos e indicadores útiles para el diseño y seguimiento de políticas y programas dirigidos a este grupo social.

El primer capítulo se ocupa de la demografía del envejecimiento, describiendo indicadores que dan cuenta del aumento cuantitativo y proporcional de las personas mayores, de las mayores probabilidades de sobrevivencia y de ciertas características sociodemográficas de este grupo etario. El segundo capítulo está dedicado a la seguridad económica en la vejez, y analiza indicadores referidos a la participación económica, la cobertura previsional y la pobreza de la población adulta mayor. El tercer capítulo se centra en la salud y el bienestar de las personas mayores, y propone indicadores agrupados en cuatro áreas: la mortalidad y sus causas, el estado de salud, los estilos de vida y sus factores de riesgo, y los vinculados con la atención en salud. El cuarto capítulo está abocado a los entornos sociales y físicos, y propone y analiza indicadores ligados a los arreglos residenciales, las redes de apoyo, el maltrato a las personas mayores, la imagen social de la vejez, la participación, la vivienda y el uso del espacio urbano. Finalmente, el quinto capítulo describe las fuentes de los datos requeridos para el cálculo de los indicadores explorados, sus déficits y potencialidades.



## Introducción

La preocupación por la situación de las personas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia a nivel mundial respecto del envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales, políticos y culturales que ello conlleva.

El impulso que han dado las Naciones Unidas desde la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, seguido de otros hitos como la aprobación de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad en 1991 y la realización de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002, han sido fundamentales para colocar el tema en la agenda de los gobiernos de la región.

Como se sella con el objetivo del Plan de Acción Internacional de Madrid —adoptado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en abril de 2002— y de la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe —adoptada por los países miembros de la CEPAL en noviembre de 2003—, en la base de todos estos instrumentos se encuentra el propósito de lograr una calidad de vida que permita envejecer con seguridad y dignidad y, paralelamente, garantizar a las personas mayores la continuidad de su participación como ciudadanos con plenos derechos en sus respectivas sociedades.

En la región, este ideal se traduce en asegurar elementos objetivos relacionados con las necesidades cotidianas de las personas mayores, tales como la seguridad de ingresos, el acceso a servicios sociales y sanitarios, el fortalecimiento de las redes de apoyo social, los entornos físicos favorables, entre otros; y aquellos relacionados con los intereses estratégicos de la vejez, como la erradicación de la violencia y la discriminación, el fomento de una imagen positiva del envejecimiento y el empoderamiento de las personas mayores, entre otros propósitos.

### **La vejez: conceptos y enfoques para la acción**

Al diseñar propuestas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, es muy importante explicitar que lo que está en juego es la definición del problema, no sólo su identificación. Por ello, antes de proponer herramientas para el conocimiento y análisis de su situación, es necesario realizar ciertas precisiones conceptuales.

En primer lugar, no existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento: la vejez alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales.

Hay que diferenciar entre los aspectos cronológicos de la definición de vejez y su construcción social. Según el criterio cronológico, establecido por la mayoría de los países de la región en sus respectivas legislaciones, la vejez se inicia a partir de los 60 años, frontera que ha ido variando más en los últimos tiempos que en toda la historia occidental. En el siglo XIII se era viejo o vieja a los 30 años, a principios del siglo XIX, a los 40, y hoy en día la edad a partir de la cual se considera a una persona mayor está en entredicho.

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada; sin embargo, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. En general, la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad, es decir, la edad social.

En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad. Esto remite a una conjugación de la edad con otras diferencias sociales —tales como el género, la clase social o la etnicidad— que condicionan el acceso y disfrute de dichos recursos y oportunidades.

En segundo lugar, hay que diferenciar los enfoques que guían las interpretaciones de los temas que abordan las leyes, políticas y programas dirigidos a las personas mayores. Se sabe que los problemas que tratan son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad (Elder y Cobb, 1993), y que en el caso de las personas mayores se relacionan directamente con la concepción de la vejez a partir de la cual se delinean propuestas para lograr ciertos objetivos.

A nivel programático, tradicionalmente, la concepción predominante ha sido la construcción de la vejez como una etapa de carencias de todo tipo —económicas, físicas y sociales: las primeras expresadas en problemas de ingresos, las segundas en falta de autonomía, las terceras en ausencia de roles sociales—. Un cambio paradigmático ha significado la aplicación a las políticas del enfoque de derechos, que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho, no solamente objetos de protección; por lo tanto, disfrutan de ciertas garantías, pero también tienen responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.

El enfoque de derechos traspasa la esfera individual e incluye los derechos sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la protección de la salud, a la libertad de la miseria y del miedo, entre otros), cuya realización requiere de la acción positiva de los poderes públicos y de la sociedad. Esta perspectiva entronca perfectamente con el paradigma de la calidad de vida, en la medida en que tiene como finalidad garantizar una situación de certidumbre, es decir, procurar condiciones para un desarrollo integral y asegurar, en un contexto social concreto, la realización de la propia personalidad. Se garantiza así que cada individuo o cada colectividad desarrolle su capacidad para hacer valer ante instancias de decisión las condiciones inherentes a su dignidad, que pueda cubrir sus necesidades básicas en un plano de justicia y que, en definitiva, contribuya a erradicar conductas o ideas inconsistentes con el respeto de aquella dignidad.

## Calidad de vida y envejecimiento

La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad. Si bien este concepto en uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, está adquiriendo nueva vigencia en relación al envejecimiento y plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica.

A nivel teórico, el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes.

A nivel práctico, la CEPAL (2002) identifica tres ámbitos de desafíos en relación a la calidad de vida en la vejez:

1. A nivel de mercado, el aumento de las personas mayores provoca modificaciones tanto en la oferta y demanda de bienes y servicios como en el trabajo.
2. A nivel de sociedad, genera nuevas formas de organización de la familia y diversas respuestas de la comunidad a los nuevos desafíos de bienestar.
3. A nivel de Estado, provoca nuevas tensiones sociales surgidas de las necesidades de financiamiento de los sistemas de seguridad social, de los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y de la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo.

Las evidencias indican que, en la región, la situación de las personas mayores es heterogénea, pero en general dista mucho de suponer el disfrute de una calidad de vida acorde a sus necesidades de ingresos, salud, autonomía e integración intergeneracional (CEPAL, 2002). Las condiciones y estructura de oportunidades que ofrecen los países para vivir los últimos años de la vida no siempre aseguran calidad.

Como contrapartida, las personas mayores están contribuyendo a sus familias y a su comunidad de distintas formas, desde el cuidado de niños hasta su constitución en fuente de ingresos permanente y segura de los hogares de los que forman parte.

Por esto, uno de los objetivos de las intervenciones dirigidas a las personas mayores debe tener relación directa con el mejoramiento de su calidad de vida y, por ende, con la seguridad en el ejercicio de sus derechos sociales. Esto significa reducir los riesgos de discriminación —y consecuentemente de desigualdad— a causa de la edad, a través del mejoramiento de la condición y la posición de las personas mayores. La condición se refiere a un estado material que garantice el acceso y disfrute de recursos y servicios para una vejez digna (ingresos, créditos, vivienda adecuada, salud). La posición concierne a los aspectos estructurales que determinan la ubicación de las personas mayores en el conjunto de la sociedad (imagen social, solidaridad intergeneracional). Ambas considerando que la vejez no es una categoría unitaria ni homogénea, sino compuesta por personas con intereses y necesidades diversos e incluso contrastantes.

## Indicadores de calidad de vida en la vejez y su seguimiento

El concepto de calidad de vida no es nuevo, y durante la década de 1950 y comienzos de los años sesenta se instaló la necesidad de medirlo a través de datos objetivos. Desde las ciencias sociales se impulsaron investigaciones que permitieron, por una parte, inaugurar y adoptar un

lenguaje común y, por otra, desarrollar metodologías para obtener y analizar indicadores de evaluación de la calidad de vida. *Estos indicadores tuvieron su propia evolución, siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas de tipo económico y social para, en un segundo momento, incorporar elementos subjetivos* (Arostegui, 1998).

La evolución de los indicadores relativos a la calidad de vida en la vejez es, sin embargo, más reciente. Desde fines del siglo pasado, diversos organismos internacionales han venido encaminando esfuerzos en pro de la definición e implementación de sistemas o conjuntos de indicadores sobre las condiciones de vida y la participación económica y social de las personas mayores.

Entre las distintas propuestas elaboradas o en vías de ejecución se encuentra la incluida en el “Portal de decisiones para el envejecimiento exitoso”, del BID, cuya principal característica es que, para la gran mayoría, las definiciones y formas de operacionalización sugeridas se basan en encuestas de hogares.

Otra iniciativa es la Base de indicadores mínimos para el seguimiento de la salud y el bienestar de la población adulta mayor de la región del Caribe, o “*Caribbean Health and Ageing Minimum Data Set*” (CHAMDS), desarrollada con los auspicios de la OPS y la OMS.<sup>1</sup> Su diseño se basa, principalmente, en el uso de registros y estadísticas continuas de instituciones, servicios y programas dirigidos a las personas mayores.

El CELADE-División de Población de la CEPAL también elaboró una propuesta de Indicadores para el Seguimiento de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la cual fue presentada en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento, realizada en Santiago de Chile en noviembre de 2003. El objetivo de esta propuesta fue formular algunos lineamientos básicos acerca de la estrategia de seguimiento de la situación de las personas mayores en la región, para cada una de las orientaciones prioritarias identificadas en el Plan de Acción de Madrid. La propuesta es de carácter general, considera un marco amplio para el seguimiento y utiliza como fuentes de datos la información censal, las encuestas de hogares y los registros administrativos.

Por último, los países miembros de la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica (RIICOTEC) aprobaron un conjunto de indicadores relacionados con el seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, durante su reunión realizada del 29 al 31 de enero de 2004 en Montevideo (Uruguay), a partir del cual están realizando ingentes esfuerzos por homogeneizar la metodología y las formas de medir los avances que los países iberoamericanos han realizado en la implementación de los acuerdos de Madrid (2002).

Es claro entonces que diseñar una propuesta de indicadores para medir la calidad de vida en la vejez es un asunto extremadamente complejo, en la medida en que refleja las formas de entender la realidad y privilegia determinados acercamientos a su comprensión y medición. Al parecer, la discusión recién comienza, y observando la trayectoria que ha tenido el concepto de calidad de vida en relación con otros actores de la sociedad —como las mujeres o las personas con discapacidad—, el escenario actual revela que queda aún bastante camino por recorrer. Pese a ello, existen algunos consensos importantes en los que se basan las propuestas ya mencionadas y sobre las cuales es bueno ir construyendo a futuro.

En primer lugar, desde el punto de vista del objeto de las mediciones es importante diferenciar entre indicadores de resultado e indicadores de proceso. Los primeros miden los

---

<sup>1</sup> Véase: Pan American Health Organization, Division of Health Promotion and Protection, Office of Caribbean Program Coordination (2002), *Draft. Caribbean Health & Ageing Minimum Data Set (CHAMDS)*, Barbados.

cambios en la situación de las personas mayores, específicamente en aquellas áreas críticas de intervención que se busca transformar o modificar. Los segundos se concentran en la ponderación de las acciones o actividades para lograr dicha transformación. Ambos tipos de indicadores son esenciales y complementarios para medir la calidad de vida en la vejez, y su desarrollo y utilización dependerá de la situación concreta de cada país y de los fines para los cuales se han planteado.

En segundo lugar, los indicadores —independientemente de si son de impacto o de proceso— deben cumplir con determinados criterios, entre los cuales pueden enumerarse la validez, disponibilidad y oportunidad, fiabilidad y estabilidad, sensibilidad, comprensibilidad y adecuación política. Vale decir, un buen conjunto de indicadores será aquel que logre traspasar un umbral de evaluación predeterminado por sus gestores. La experiencia en la región revela que no importa tanto la cantidad de indicadores con que un país cuente, sino su calidad para medir la consecución de los objetivos propuestos.

Por último, existen limitaciones de contexto para el desarrollo y funcionamiento de los indicadores, relacionadas con el escaso uso y análisis de los datos disponibles o, en su defecto, su inexactitud. Este es un problema generalizado, pero no debe constituirse en impedimento para avanzar en la creación y desarrollo de fuentes de datos públicas accesibles y homogéneas a nivel nacional, que permitan conocer la situación de las personas mayores considerando el género, las cohortes de edad, la pertenencia étnica, la zona de residencia y otras variables relevantes.

## **El Manual**

El objetivo de este manual es entregar herramientas teórico-metodológicas para la medición de la calidad de vida en la vejez en los ámbitos de la seguridad económica, la salud y los entornos propicios y favorables. Nace y se nutre de los contenidos del curso “Calidad de Vida de las Personas Mayores: Instrumentos para el Seguimiento de Políticas y Programas”, realizado por el CELADE-División de Población de la CEPAL entre el 25 de agosto y el 12 de septiembre de 2003. En esta actividad participaron 25 profesionales de 13 países de la región, y su puesta en práctica fue posible gracias al aporte financiero de la Cooperación Italiana y del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El tema central del manual es la calidad de vida de las personas mayores, específicamente desde el punto de vista cuantitativo, vale decir, la operacionalización del concepto y su medición a nivel de agregados poblacionales. En ese sentido, este documento no profundiza en los aspectos subjetivos/individuales de la calidad de vida, en tanto pretende apoyar el cálculo e interpretación de indicadores específicos que retroalimenten la toma de decisiones en relación a las personas mayores en los países de la región.

El primer capítulo se ocupa de la demografía del envejecimiento, describiendo indicadores que dan cuenta del aumento cuantitativo y proporcional de las personas mayores, de las mayores probabilidades de sobrevivencia y de ciertas características sociodemográficas de este grupo etario. El segundo, dedicado a la seguridad económica en la vejez, analiza indicadores referidos a la participación económica, la protección social, la cobertura previsional y la pobreza de la población adulta mayor. El tercer apartado, centrado en la salud y el bienestar de las personas mayores, propone indicadores agrupados en cuatro áreas: la mortalidad y sus causas, el estado de salud, los estilos de vida y sus factores de riesgo, y los vinculados con la atención en salud. El cuarto, abocado a los entornos sociales y físicos del envejecimiento, propone y analiza indicadores ligados a los arreglos residenciales, el maltrato a las personas mayores, la imagen social de la vejez, las redes de apoyo, la participación, la vivienda y el uso del espacio urbano. Finalmente, el quinto capítulo describe las fuentes posibles de los datos requeridos para el cálculo de los indicadores explorados, sus déficits y potencialidades.

Se agradece la colaboración de todas las personas que directa e indirectamente participaron en la construcción de este manual. A los profesores del curso de indicadores de calidad de vida de 2003, Cecilia Albala, Fabio Bertranou, Carmen Barros, Carola García, Daniela González, Roberto Ham, María Soledad Herrera, Sandra Huenchuan, Pedro Pablo Marín, Maura Misiti, Verónica Montes de Oca, Fabiana Del Popolo, Luis Rivadeneira, Andrea Sánchez, Paulo Saad, Alicia Villalobos y Laura Wong; y también a los alumnos y alumnas de dicha actividad de formación, que con su experiencia y práctica han contribuido a la construcción de un documento de orden conceptual, metodológico y práctico, que seguramente se constituirá en un instrumento de apoyo fundamental. También se agradece a la Cooperación Italiana y al Fondo de Población de las Naciones Unidas por el soporte brindando en las actividades que el CELADE-División de Población de la CEPAL realiza en materia de envejecimiento.

José Miguel Guzmán  
Jefe Área Población y Desarrollo  
CELADE-División de Población  
CEPAL

## I. Demografía del envejecimiento

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad). Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población (Chackiel, 2004).

El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base) (Chesnais, 1990).

A medida que el proceso de envejecimiento va avanzando, el ritmo de crecimiento de la población muestra un incremento mucho más acelerado en el tramo de 60 años de edad y más, por efecto de la disminución de la mortalidad adulta y por la entrada en las edades adultas de generaciones numerosas nacidas en la etapa de alta fecundidad, mientras que, a causa de la baja en la fecundidad, la población menor de 15 años comienza a desacelerar su ritmo de incremento.

### 1. Factores del envejecimiento demográfico

Los cambios en la fecundidad y la mortalidad, principalmente, traen como consecuencia el descenso del ritmo de crecimiento medio anual de la población y una estructura por edades cada vez más envejecida. Asimismo, la migración —interna e internacional— puede influir tanto a nivel nacional como subnacional en el envejecimiento de la población, puesto que este proceso social se da principalmente entre los jóvenes y adultos jóvenes, que tienen una mayor probabilidad de migrar por motivos fundamentalmente económicos, laborales o de estudios.

#### 1.1 Fecundidad

Una de las transformaciones más significativas dentro del cambio demográfico es el descenso sostenido de la fecundidad. Esta modificación tan profunda de la conducta reproductiva, trasunta un complejo de cambios sociodemográficos y culturales (Villa y Rivadeneira, 2000). A medida que desciende la fecundidad se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población,

pues ella es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria, y sus alteraciones provocan un impacto sobre el envejecimiento que es mayor y más directo que los cambios de la mortalidad.

Cuando la tasa general de fecundidad comienza a descender sostenidamente, se observa un estrechamiento de la base de la pirámide por edades, y como se trata de una caída prolongada en el tiempo, se espera su inversión. Chesnais (1990) indica que es más apropiado hablar de *“inversión de la pirámide y no de envejecimiento de la población, ya que este término lleva a pensar concretamente en una población vieja”*. Además, el autor indica que este cambio en la conformación piramidal se produce durante el proceso de transición demográfica, y se le denomina “envejecimiento de la pirámide por la base”.

De esta forma, la relación directa que tiene la baja de la fecundidad con el envejecimiento es que, al incorporarse un menor número de individuos en el grupo etario de 0 a 4 años, el peso del resto de los grupos de edad aumenta, y por ende la proporción de personas mayores tiende a incrementarse (lo que se expresa en la contracción del escalón inferior de la pirámide de edades). A medida que pasa el tiempo y persiste el descenso por un tiempo prolongado, se genera un “envejecimiento por el centro”. El peso de los grupos de las edades centrales es mayor y la pirámide tiende hacia una forma rectangular. Posteriormente, y en la medida en que su efecto se combine con el de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas, origina estructuras etarias con una cúspide amplia y una base estrecha (Villa y Rivadeneira, 2000).

Como se aprecia más adelante, en general el efecto del descenso de la fecundidad es más importante que el de los cambios en la mortalidad, ya que esta última actúa directamente en las etapas más avanzadas del envejecimiento (Chesnais, 1990).

## 1.2 Mortalidad

Ciertamente, la baja de la mortalidad es otro factor que influye en el envejecimiento de la población. Sin embargo, actúa de manera diferente dependiendo de la etapa transicional en que se encuentre el país. El descenso en la mortalidad, y especialmente en la mortalidad temprana, inicia el proceso de transición demográfica, además aumenta el número de años de vida de la población.

Durante el proceso de reducción de la mortalidad, Chesnais (1990) distingue nítidamente tres fases. La primera de ellas se produce cuando la fecundidad se mantiene alta y la mortalidad —en especial la infantil— comienza a reducirse notablemente, en consecuencia ocurre un crecimiento de la población en todas las edades, aunque es proporcionalmente mayor en las edades más tempranas y por lo tanto la pirámide de edades rejuvenece. La segunda etapa que el autor identifica se caracteriza por un descenso más equilibrado de la mortalidad, que afecta en forma más o menos parecida a todos los grupos etarios, por lo que la estructura de la población va tomando una nueva configuración. Adquieren un mayor peso relativo las edades jóvenes y adultas, que son fruto de cohortes numerosas que nacieron en el pasado y que en la actualidad tienen una mayor probabilidad de sobrevivencia. La tercera y última etapa comienza cuando se ha eliminado casi del todo la alta mortalidad de los más jóvenes, y se observa una reducción de la mortalidad debido a enfermedades degenerativas que afectan, especialmente, a las personas mayores de 50 años. De este modo, el aumento de la probabilidad de sobrevivir después de los 60 años impulsa, de forma directa, el envejecimiento de la población. En esta etapa, el aumento del promedio de vida genera un incremento sustancial del peso relativo de las personas mayores de 80 u 85 años, que son edades a partir de las cuales se acelera el deterioro y pueden incrementarse las necesidades de apoyo médico, institucional y familiar.

### 1.3 Migración

Los procesos migratorios pueden alterar las estructuras etarias en los territorios, especialmente en los que cuentan con pequeñas magnitudes demográficas, o si el proceso persiste por un largo tiempo.

Si bien no es tan claro el efecto de la migración internacional sobre el envejecimiento, este tipo de movimiento poblacional puede ocasionar potenciales consecuencias sobre el envejecimiento a escala nacional, aunque se expresan de manera más notoria en el ámbito local y en determinadas áreas. La selectividad por edad de la migración tiende a envejecer las áreas de origen, ya que principalmente migran adultos jóvenes, aunque no necesariamente rejuvenece a la población de destino.

Hay que tener en cuenta que las repercusiones de la migración dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes, y varían según el momento histórico en que se produzcan. Además, el carácter variable y reversible de muchos flujos, algunos de ellos con escasa intensidad en relación con las poblaciones de origen y destino, parece restringir su papel en la remodelación de las estructuras etarias (Villa y Rivadeneira, 2000).

Con todo, la migración interna sí juega un rol importante. El desplazamiento campo-ciudad ocasiona una disminución de la población en las áreas rurales, pues con el proceso de urbanización éstas van perdiendo población por la emigración hacia la ciudad. Las personas mayores en las áreas rurales se van quedando solas, mientras los más jóvenes emigran ocasionando un vacío en la estructura por edad. De esta forma, la emigración de jóvenes y personas adultas jóvenes tiene un efecto directo en el aumento relativo de la población adulta mayor, pero también indirecto, al alterar los índices de natalidad de las zonas rurales.

## 2. Indicadores del envejecimiento demográfico

El término “envejecimiento individual” se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando avanza su edad. Sin embargo, el comienzo de la edad de la vejez tienen que ver no sólo con la evolución cronológica, sino también con fenómenos de naturaleza biosíquica y social (Magno de Carvalho y Andrade, 2000). A diferencia del proceso individual, el envejecimiento de una población, o envejecimiento demográfico, puede revertirse si se modifican sus fuerzas causales (tendencias de la mortalidad, de la fecundidad y de la migración según sea el caso). Sin embargo, dadas las tendencias pasadas y la situación actual, resulta razonable la proyección vigente: el proceso de envejecimiento a nivel mundial continuará su curso, por lo menos hasta mediados del siglo XXI.

Los indicadores del envejecimiento demográfico pueden agruparse en dos grandes dimensiones: por una parte, los que dan cuenta del aumento cuantitativo de la población adulta mayor y de su mayor peso relativo respecto a otros grupos de edad. Por la otra, los relacionados con las mayores probabilidades de sobrevivencia y las tendencias de la mortalidad, que están explicando en parte la evolución del envejecimiento de una población.

A continuación se presentan algunos indicadores para dar cuenta de ambas dimensiones. Para cada uno de ellos se entrega una definición operacional y se discuten sus principales potencialidades y limitaciones. También se explica su interpretación, presentando datos para seis países que representan distintas etapas de la transición demográfica en la región: Bolivia y Guatemala, de transición incipiente; Brasil y México, en etapa intermedia; Argentina y Chile, en transición avanzada.

## 2.1 Aumento cuantitativo de la población adulta mayor

Entre los indicadores utilizados para el monitoreo del aumento cuantitativo de la población adulta mayor pueden destacarse: el número de personas mayores, la proporción de personas mayores en relación a la población total, el ritmo de crecimiento de la población adulta mayor, la distribución de edades al interior de la población adulta mayor, el índice de envejecimiento demográfico, la relación de dependencia y la edad mediana de una población.

### *Número absoluto de personas mayores*

Este indicador muestra el universo al que se enfocan las políticas sobre envejecimiento; contabiliza la *cantidad de personas consideradas como parte de este grupo etario en un área geográfica determinada*, y su notación es la siguiente:

$$N_{60+}$$

donde  $N_{60+}$  representa el total de personas en las categoría de edad de 60 años y más. Puede ser calculado por sexo, por grupos de edad o por cualquier otra subcategoría.

Las ventajas de este indicador son la simplicidad de su cálculo y su disponibilidad aun para áreas geográficas menores; sin embargo, no refleja la heterogeneidad existente al interior de este grupo de la población en cuanto a su composición etaria, de género, sus condiciones de salud, económicas, entre otras. Por ejemplo, un mayor número absoluto de personas mayores no significa necesariamente que un país tenga una mayor demanda de recursos económicos para destinar a este grupo, pues ésta dependerá de sus condiciones de vida y del nivel de apoyo privado, entre otros factores.

En el cuadro 1 se aprecia un clásico ejemplo del tamaño de la población adulta mayor. Dado que se presenta su evolución entre 1950 y el 2050, permite también apreciar la magnitud de su crecimiento. Los datos demuestran que el incremento de la población adulta mayor, en términos absolutos, será superior en Argentina que en Chile (aproximadamente ocho millones de personas en el primero frente a poco más de cuatro en el segundo) y que, por el tamaño de su población, tanto en Brasil como en México se producirán los más altos incrementos de personas mayores en las próximas décadas.

**CUADRO 1**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**  
*(miles de personas)*

	1950	1975	2000	2025	2050	Diferencia 2000-1950	Diferencia 2050-2000
Bolivia	152,3	264,1	537,5	1 191,2	2 786,3	385,2	2 248,8
Guatemala	126,7	266,3	660,7	1 429,2	3 625,0	534	2 964,3
Brasil	2 627,2	6 541,0	14 031,5	35 076,1	63 117,2	11 404,3	49 085,7
México	1 963,4	3 341,3	6 902,9	18 009,1	37 098,4	4 939,5	30 195,5
Argentina	1 207,2	2 971,0	4 941,7	7 749,6	12 476,8	3 734,5	7 535,1
Chile	416,7	814,2	1 568,5	3 846,6	5 698,1	1 151,8	4 129,6

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

*Proporción de personas mayores en relación a la población total*

Otra forma de dar cuenta del nivel de envejecimiento es calcular el porcentaje que representa la población de 60 años y más respecto del total de la población, a partir de la siguiente fórmula:

$$(1) \left[ \frac{N_{60+}}{N} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+}$ : número de personas mayores de 60 años.

$N$ : población total.

Esta proporción de personas mayores, considerada el indicador más significativo para evaluar el avance del proceso de envejecimiento demográfico, representa el “peso” que ellas tienen dentro del conjunto de una población, y se interpreta como la cantidad relativa de personas de esta edad que existen en una determinada área geográfica. A menudo se compara esta proporción por sexo o por área de residencia urbana o rural. También pueden calcularse indicadores parciales similares, usando como numerador a las personas de 65 años y más, 75 y más, 80 y más, etcétera.

La facilidad de cálculo de este indicador es una de sus ventajas, además de que los datos necesarios están disponibles aun para áreas geográficas menores de un país. Otra de sus virtudes es la fácil comprensión por casi cualquier tipo de público.

La sencillez de este indicador lo convierte en el de mayor uso para dar cuenta del envejecimiento poblacional; no obstante, presenta algunas limitaciones. En primer lugar, y al igual que el número absoluto de personas mayores, no da cuenta de la heterogeneidad existente al interior de este grupo etario, por ejemplo, no puede interpretarse de la misma manera la información de un país que tiene un 12% de población mayor concentrada entre los 60 y 75 años que la de otro con este mismo porcentaje de personas mayores pero concentradas en edades más avanzadas. En segundo lugar, al hablar de porcentajes y no de números absolutos, se desconoce la magnitud de personas de que se trata. Es por ello recomendable combinar su uso con el número absoluto de la población adulta mayor.

En el cuadro 2 se presenta un ejemplo con los resultados de este indicador para los seis países seleccionados.

**CUADRO 2**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS**  
**DE 60 AÑOS Y MÁS, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950	1975	2000	2025	2050	Diferencia 2000-1950	Diferencia 2050-2000
Bolivia	5,6	5,5	6,4	9,0	16,7	0,8	10,3
Guatemala	4,3	4,4	5,9	7,2	13,0	1,6	7,1
Brasil	4,9	6,0	8,0	15,2	24,6	3,1	16,6
México	7,1	5,7	6,9	13,9	26,5	-0,2	19,6
Argentina	7,0	11,4	13,4	16,9	24,7	6,4	11,3
Chile	6,9	7,9	10,2	20,1	28,2	3,2	18,0
Diferencia entre Guatemala y Argentina	2,7	7,0	7,5	9,7	11,7		

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

Una forma de analizar esta información es a partir de una mirada transversal, que compare entre diferentes países. Por ejemplo, en el cuadro 2 se observa que en el 2000 Guatemala tenía un 5,9% de personas mayores, mientras Argentina contaba con más del doble (13,4%). Otro modo de profundizar el análisis es a través de una mirada de su evolución, destacando las diferencias entre determinados períodos de tiempo: en el mismo cuadro se observa que las diferencias entre países se acentuaron entre 1950 y 1975, y desde entonces tendieron a estabilizarse. Por último, un tercer acercamiento podría destacar los cambios del valor actual y estimado de este indicador. En el ejemplo del cuadro 2 se muestra que las diferencias entre países serán mayores entre 2000 y 2050 que entre 1950 y 2000.

Otra forma útil de analizar estos indicadores es comparando el ritmo de envejecimiento de los países de la región y el de los países desarrollados. Los resultados de un análisis de este tipo demuestran que América Latina y el Caribe está envejeciendo con más rapidez que otras regiones del mundo (Guzmán y Hakkert, 2001). En los Estados Unidos, por ejemplo, el porcentaje de personas con 65 años o más aumentó de 5,4% en 1930 a 12,8% en 2000; en Holanda de 6% en 1900 a 13,8% en 2000, y en Finlandia de 5,3% a 12,9% en el mismo período. Pero en Brasil, la proporción actual de 8% llegará a 24,6% en 2050; se trata de un aumento que es 3,3 veces más rápido que en los Estados Unidos y 4,1 veces más rápido que en Holanda.

### 2.1.1 Ritmo de crecimiento del envejecimiento demográfico

Para medir el ritmo de crecimiento de una población existen diferentes alternativas. Una de ellas es calcular la magnitud del cambio en el número absoluto de la población adulta mayor, y la segunda es computar la diferencia en el número relativo de personas mayores en un determinado período de tiempo. Ambos cálculos son fáciles de realizar, pues consisten en *restar la magnitud observada en un año respecto de la de otro anterior*. La principal dificultad radica en escoger adecuadamente los períodos de tiempo que se comparan, para que el indicador sea efectivamente una herramienta sensible a los cambios producidos en la realidad.

Pero la forma más adecuada para cuantificar los cambios es calculando la tasa de crecimiento medio anual. Este indicador sintetiza la magnitud del aumento relativo de la población adulta mayor en los períodos estudiados.

#### *Magnitud del cambio*

La magnitud del cambio de la población adulta mayor se calcula a partir de la modificación entre un período y otro en términos absolutos, aplicando la siguiente fórmula:

$$(2) \quad N^{t+n}_{60+} - N^t_{60+}$$

Donde:

$N^{t+n}_{60+}$ : población de 60 años y más al final del período considerado.

$N^t_{60+}$ : población de 60 años y más al inicio de ese período.

#### *Tasa de crecimiento anual de la población adulta mayor*

También puede medirse el ritmo de incremento de este segmento de la población utilizando la tasa de crecimiento anual para dicho grupo etario. Esta se calcula usando la fórmula de crecimiento exponencial, y se interpreta como el *incremento anual en el número de personas mayores durante el período considerado por cada 100 personas mayores a su inicio*.

$$(3) \quad \left\{ \text{Ln} \left[ \frac{N^{t+n}_{60+}}{N^t_{60+}} \right] / T \right\} * 100$$

Donde:

$\text{Ln}$  : logaritmo natural.

$N^{t+n}_{60+}$  : población de 60 años y más al final del período.

$N^t_{60+}$  : población de 60 años y más al inicio del período.

$T$  : tiempo (número de años) entre el inicio y el final del período de análisis.

Este indicador es relativamente fácil de obtener en la recopilación de datos a nivel internacional, y entre sus limitaciones cabe señalar la poca capacidad de diferenciación por grupos de edad al interior de este segmento de la población (sobre todo de 75 años y más).

En América Latina y el Caribe considerada como un todo se prevé un cambio similar en la proporción de personas mayores, e incluso es esperable que países menos avanzados en su transición demográfica tengan a futuro incrementos significativos. Por ejemplo, el cuadro 3 muestra los resultados de la tasa de crecimiento media anual de la población de 60 años y más para los países seleccionados. Es observable que, en un país de transición incipiente como Bolivia, la tasa tiende a crecer en el período considerado, y en otro de transición avanzada, como Argentina, la tendencia general es inversa.

Otro ejercicio útil es comparar la tasa de crecimiento de este grupo etario respecto de la correspondiente a la población total, para países en distintos estadios de transición; de este modo, en el período comprendido entre 1950 y 2000, Argentina presentaba una tasa de crecimiento anual de la población total de 1,5%, mientras que la de la población de 60 años y más fue de 2,4%; para el período 2000-2050 estas tasas serán, según las proyecciones, de 0,6 y 1,7% respectivamente. Para Guatemala, la diferencia entre ambas tasas fue menor en la segunda mitad del siglo XX (2,2 frente a 2,7%), pero se acrecentará durante el período 2000-2050, equiparándose a la diferencia registrada en Argentina (1,7% de la población total frente a 2,8% de la población adulta mayor).

**CUADRO 3**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACIÓN**  
**DE 60 AÑOS Y MÁS, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950- 1975	1975- 2000	2000- 2025	2025- 2050	1950- 2000	2000- 2050
Bolivia	2,1	2,7	3,0	3,2	2,2	2,7
Guatemala	2,8	3,2	2,9	3,5	2,7	2,8
Brasil	3,4	2,9	3,4	2,3	2,7	2,5
México	2,1	2,8	3,6	2,8	2,2	2,7
Argentina	3,4	2,0	1,8	1,9	2,4	1,7
Chile	2,6	2,5	3,4	1,6	2,3	2,3

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

### 2.1.2 Distribución por edades al interior de la población adulta mayor

Una de las limitaciones de los indicadores de envejecimiento anteriormente expuestos es que no consideran cómo se distribuye la población adulta mayor por grupos de edad. Los indicadores que a continuación se describen pretenden superar esta restricción, al calcular la proporción de personas mayores de distintas edades, normalmente en términos dicotómicos.<sup>2</sup> En el denominador se puede colocar tanto el total de la población de toda edad como el total de la población adulta mayor, la elección de uno u otro dependerá del tipo de análisis que se quiera realizar.

*Proporción de personas mayores de edades específicas sobre el total de personas mayores*

$$(4) \left[ \frac{N_{60+x,60+x+n}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+x,60+x+n}$  : población de 60 a x años de edad.

$N_{60+}$  : población de 60 años de edad y más.

*Proporción de personas mayores sobre el total de la población*

$$(5) \left[ \frac{N_{60+x,60+x+n}}{N} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+x,60+x+n}$  : población de 60 a x años de edad.

$N$ : población total.

<sup>2</sup> En los países desarrollados se suele diferenciar entre las personas de 65 a 79 años y las de 80 y más, mientras que en los países en desarrollo se utiliza el porcentaje de personas de 60 a 74 años y el de 75 años y más.

Ambas versiones del indicador permiten dar cuenta del nivel de envejecimiento interno de la población adulta mayor, y se interpretan generalmente en términos comparativos, ya sea de una región a través del tiempo, entre zonas geográficas o países. Una recurrente interpretación de este indicador sugiere que cuando la población se concentra más en edades avanzadas, más demanda habrá de servicios de salud, pues es un hecho constatado que a mayor edad aumentan las probabilidades de que la persona requiera servicios de salud más especializados y posiblemente una mayor institucionalización.

En el cuadro 4 se observa un ejemplo con la distribución porcentual al interior de la población de 60 años y más de algunos países en distintas fases de transición. Se puede apreciar que en 1950 no había muchas diferencias entre ellos, sin embargo, en 2000 es visible que los países más envejecidos tienen mayor proporción de personas de 75 años o más: el 28% en Argentina contrasta con el 19% en Bolivia.

**CUADRO 4**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL AL INTERIOR**  
**DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950		2000		2050	
	60 a 74	75 y más	60 a 74	75 y más	60 a 74	75 y más
Bolivia	84,1	15,9	81,0	19,0	72,1	27,9
Guatemala	84,6	15,4	78,8	21,2	73,2	26,8
Brasil	84,0	16,0	76,5	23,5	65,5	34,5
México	82,4	17,6	75,0	25,0	64,3	35,7
Argentina	84,2	15,8	71,7	28,3	65,8	34,2
Chile	82,8	17,2	74,0	26,0	60,2	39,8

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

#### *Razón de personas mayores de 75 años*

Otra alternativa de indicador es el cálculo de la razón de personas mayores de 75 años respecto de las de 60 a 74 años, de la siguiente manera:

$$(6) \quad \left[ \frac{N_{75+}}{N_{60-74}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{75+}$  : población de 75 años y más.

$N_{60-74}$  : población de entre 60 y 74 años.

Un ejemplo del uso de este indicador se expone en el cuadro 5, destacándose el aumento de la importancia relativa de las personas de edades más avanzadas a través de los años. En Guatemala las personas de 75 años o más representaban en 1950 un 18,2% de las personas de menor edad (60 a 74 años); en 2000 constituían el 26,8% y en el 2050 representarán el 36,5%.

**CUADRO 5**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZÓN DE PERSONAS**  
**DE 75 AÑOS Y MÁS RESPECTO DE LAS DE 60 A 74 AÑOS,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950	2000	2050
Bolivia	18,9	23,5	38,8
Guatemala	18,2	26,8	36,5
Brasil	19,0	30,7	52,6
México	21,4	33,3	55,6
Argentina	18,8	39,4	51,9
Chile	20,8	35,2	66,1

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

### 2.1.3 Índice de envejecimiento demográfico y relación de dependencia

#### *Índice de envejecimiento*

Otro indicador de la estructura demográfica por edad es el índice de envejecimiento demográfico, que se obtiene como *la razón de personas mayores sobre el total de menores en una población*, y se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años.

$$(7) \left[ \frac{N_{60+}}{N_{0-14}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+}$  : número de personas de 60 años y más.

$N_{0-14}$  : número de personas menores de 15 años.

Por ejemplo, en México la población de hasta 14 años en 2000 era de 33.709.543 personas, mientras que la de 60 años y más alcanzaba a 6.902.878. Por lo tanto, el índice se calcula de la siguiente manera:  $(6.902.878 / 33.709.543) * 100 = 20,5$ .

El cálculo de este indicador depende tanto de la definición etaria de “persona mayor” como de la de “menores de edad”. En la región suele calcularse como el cociente entre los mayores de 60 años y los menores de 15.

Un ejemplo con los resultados del índice de envejecimiento para los países seleccionados se presenta en el cuadro 6, cuyas cifras muestran que los mayores incrementos relativos se darán entre los años 2025 y 2050 en países que actualmente no registran los mayores porcentajes de personas mayores de 60 años, como Brasil y México.

**CUADRO 6**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950	1975	2000	2025	2050	Diferencia 1975-1950	Diferencia 2000-1975	Diferencia 2025-2000	Diferencia 2050-2025
Bolivia	13,6	12,9	16,1	31	82,1	-0,7	3,2	14,9	51,1
Guatemala	9,7	9,7	13,4	20,8	57,5	0,0	3,7	7,4	36,7
Brasil	11,7	15	27,1	68,6	138,7	3,3	12,1	41,5	70,1
México	16,9	12,2	20,5	63,5	156,4	-4,7	8,3	43,0	92,9
Argentina	23,1	39	48,0	77,0	138,6	15,9	9,0	29,0	61,6
Chile	18,7	21,4	36,6	103,1	170,0	2,7	15,2	66,5	66,9

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

Una limitación de este indicador es que no da cuenta del aumento cuantitativo de las personas mayores y de los cambios que se producen en la base de la pirámide poblacional, los cuales dependen fundamentalmente de las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil. De esta manera, un aumento en el índice de envejecimiento puede significar tanto que las personas están viviendo más años (por lo tanto, aumentan las personas mayores), como que están teniendo menos hijos, o ambas.

*Relación de dependencia demográfica de vejez<sup>3</sup>*

Un indicador de importancia es la relación de dependencia demográfica de vejez, que es el cociente entre la población de 60 años y más y la de 15 a 59 años.

$$(8) \quad \left[ \frac{N_{60+}}{N_{15-59}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+}$  : número de personas de 60 años y más.

$N_{15-59}$ : número de personas de entre 15 y 59 años.

Por ejemplo, para el caso de México en 2000 el cálculo sería:

$$(6.902.878/59.440.063) * 100 = 11,6.$$

Este indicador se utiliza para medir la necesidad potencial de soporte social de la población adulta mayor por parte de la población en edades activas, y se interpreta como el número de personas de 60 años o más por cada 100 personas de entre 15 y 59 años. En el ejemplo de México, significa que por cada 100 personas en edad “activa” habría casi 12 personas mayores.

<sup>3</sup> La relación de dependencia demográfica total —cociente entre la suma de las poblaciones de menores de 15 años y de mayores de 60 años y la población de entre 15 y 59 años— es un índice sintético de la estructura por edad de la población. Sin embargo, debe tenerse cuidado en su análisis e interpretación, pues tanto las poblaciones jóvenes como las envejecidas presentan elevados índices de dependencia demográfica. Para solucionar este problema, se recomienda descomponer el índice en dos: la relación de dependencia de niños (también llamada relación de juventud) y la relación de adultos (o de vejez); esta última es la que se detalla en este apartado.

Una de las potencialidades de este indicador es que provee una idea del gasto social que debe sostener la población económicamente activa, especialmente en países con sistemas de pensiones de reparto. Su problema es que supone como población activa a las personas que tienen entre 15 y 59 años, lo que puede no resultar útil a los fines de colocación del gasto social. Este inconveniente puede salvarse, en el ámbito nacional, adaptando el indicador a los grupos en edad legal de trabajar.

En el cuadro 7 se presenta un ejemplo de los resultados de este indicador para los seis países seleccionados, destacándose el importante aumento en los niveles de dependencia demográfica en todos ellos, independientemente de la etapa de la transición demográfica en que se encuentren.

Como se observa, el proceso se produce de manera diferente en los períodos de tiempo estudiados: en los países de transición avanzada hubo un cambio importante entre 1950 y 1975, y lo habrá entre 2025 y 2050. En los de transición intermedia, los mayores cambios se observarán en el período comprendido entre 2000 y 2025, mientras que en los menos avanzados esto se verá entre los años 2025 y 2050.

**CUADRO 7**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950	1975	2000	2025	2050
Bolivia	10,6	10,8	11,8	14,5	26,4
Guatemala	8,3	8,9	11,8	12,3	20,1
Brasil	9,1	11,3	12,9	24,3	42,8
México	13,9	11,8	11,6	21,8	46,9
Argentina	11,3	19,2	22,9	27,8	42,8
Chile	12,1	14,2	16,4	33,3	51,1

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

#### *Edad mediana de la población*

Es un indicador del grado de envejecimiento de la estructura por edades. Se trata de una medida estadística de posición, que se expresa como *la edad que divide la población en dos grupos de igual número de personas* (CEPAL, 2003a).

Por ejemplo, en el cuadro 8 se muestra que en 2000 un 50% de la población de Chile tenía 29 años o menos, por lo tanto, todavía era mayoritariamente joven. Para 2050 se prevé que la población se irá convirtiendo cada vez más en adulta, con un 50% de las personas con 43 años o menos. La edad mediana de la población se relaciona claramente con el nivel de envejecimiento de los países, de manera que, por ejemplo, en Guatemala era de casi 18 años en 2000 y será de alrededor de 32 años en 2050.

**CUADRO 8**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EDAD MEDIANA DE LA POBLACIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950	1975	2000	2025	2050
Bolivia	19,2	18,3	20,1	26,3	35,3
Guatemala	17,5	17,5	17,6	22,5	31,9
Brasil	19,2	19,4	25,3	33,4	40,2
México	19,1	16,6	23,1	33,3	42,4
Argentina	25,7	27,3	27,8	34,0	40,3
Chile	22,2	21,0	28,7	36,9	42,9

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

Otras medidas de posición son los *percentiles*, que *dividen la distribución de una variable en los valores por debajo y por encima de un determinado porcentaje de casos*. Por ejemplo, el percentil 25 divide a una población entre el 25% de los casos y el 75% restante, suponiendo que la variable respectiva está ordenada (usualmente de menor a mayor). Generalmente se utilizan cuartiles (dividen a una población en cuatro partes iguales), quintiles (en cinco partes) o deciles (en diez). En el caso de la edad de la población, en vez de calcular la mediana se podrían estimar, por ejemplo, los cuartiles, indicando la edad en que se ubica el 25% menor, el 25% siguiente y así sucesivamente.

La principal limitación de este indicador es que no entrega mucha información acerca de la importancia que tienen las personas de edades más avanzadas que se encuentran en la parte superior de la pirámide poblacional, siendo más adecuado para mostrar lo que está ocurriendo en la base de dicha pirámide.

## 2.2 Indicadores sociodemográficos de la población adulta mayor

Además de indagar respecto de las características del proceso de envejecimiento demográfico, para la definición de políticas de vejez y la focalización de programas y proyectos asociados a la población adulta mayor es esencial el análisis de la situación de las personas mayores a través de su caracterización sociodemográfica. Esta caracterización debe contar con información referente a su distribución geográfica (urbana o rural), estado civil, nivel educacional y origen étnico, entre otros rasgos.

### 2.2.1 Distribución de la población de 60 años y más según área de residencia

*Porcentaje de personas mayores residentes en áreas urbanas y rurales*

Se refiere a la relación porcentual entre el número de personas mayores que viven en áreas urbanas o rurales respecto del total de personas mayores. La fórmula de cálculo es la siguiente:

$$(9) \quad \left[ \frac{N_{60+u}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+u}$  : población de 60 años y más que vive en áreas urbanas.

$N_{60+}$  : total de la población de 60 años y más.

Por ejemplo, para el caso de Chile en 2002 el cálculo sería:

$$(1.445.873 / 1.717.478) * 100 = 84,2\%.$$

Para calcular el porcentaje de personas mayores residentes en áreas rurales se utiliza la misma fórmula, sólo se debe reemplazar el  $N_{60+u}$  por el  $N_{60+r}$  (población de 60 años y más que vive en áreas rurales).

Esta información se puede desagregar según el sexo o por grupos de edad. Por ejemplo, en el cuadro 9 Brasil y Chile muestran un porcentaje superior al 80% de personas mayores residiendo en áreas urbanas, mientras que Bolivia y Guatemala sólo alcanzan el 50%. Con todo,

sostenidamente el porcentaje de hombres mayores que residen en áreas urbanas es inferior al de las mujeres.

**CUADRO 9**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS**  
**MAYORES RESIDENTES EN ÁREAS URBANAS,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, 2000**

	Total	Hombres	Mujeres
Bolivia	50,40	48,18	52,31
Guatemala	51,24	48,06	54,36
Brasil	81,64	78,38	84,30
México	71,39	68,61	73,84
Argentina	90,80	88,40	92,50
Chile	84,19	80,96	86,73

Fuente: elaboración propia en base a microdatos censales de los censos de población y vivienda.

*Proporción de personas mayores en áreas urbanas y rurales*

Se define como el cociente entre la población adulta mayor que vive en áreas urbanas o rurales y el total de la población urbana o rural (respectivamente). La fórmula de cálculo es la siguiente:

$$(10) \quad \left[ \frac{N_{60+u}}{N_u} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+u}$  : población de 60 años y más que vive en áreas urbanas.

$N_u$  : total de población que reside en áreas urbanas.

Por ejemplo, para el caso de Bolivia en 2001 el cálculo sería:  
(291.940/5.165.230)\* 100 = 5,7%.

Para calcular la proporción de personas mayores en áreas rurales se utiliza la misma fórmula, sólo se debe reemplazar el  $N_{60+u}$  por el  $N_{60+r}$  (población de 60 años y más que vive en áreas rurales) y el  $N_u$  por el  $N_r$  (total de población que reside en áreas rurales).

Este indicador se puede desagregar por sexo, y muestra el peso de las personas mayores urbanas o rurales sobre el total de la población respectiva. Se utiliza para observar qué tan envejecida se encuentra la población: un porcentaje superior al 10% de personas mayores indicaría una población en proceso de envejecimiento. La importancia de realizar la diferenciación urbano-rural radica en que las necesidades de la población adulta mayor difieren notablemente según su zona de residencia, y en que los datos demuestran que la mayoría de las veces las áreas rurales suelen estar más envejecidas que las urbanas, hecho que no muestran las estadísticas de país con la frecuencia debida (véase cuadro 10).

**CUADRO 10**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES**  
**EN ÁREAS URBANAS Y RURALES, PAÍSES SELECCIONADOS, 2000**

	Área urbana			Área rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Bolivia	5,7	5,1	6,1	9,2	8,6	9,9
Guatemala	7,1	6,8	7,3	5,8	6,1	5,4
Brasil	8,6	7,7	9,5	8,4	8,4	8,3
México	7,0	6,5	7,5	8,3	8,6	8,0
Chile	11,0	9,6	12,4	13,4	13,3	13,5

Fuente: elaboración propia en base a microdatos censales de los censos de población y vivienda.

*Relación de feminidad (total, urbana o rural)*

Es el cociente entre el número de mujeres de 60 años y más sobre el número de hombres de la misma edad. Normalmente se expresa por cien, y su resultado debe interpretarse como la cantidad de mujeres por cada cien hombres de estas edades. La fórmula de cálculo es la siguiente:

$$(11) \quad \left[ \frac{N_{m60+}}{N_{h60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{m60+}$  : población de mujeres de 60 años y más.

$N_{h60+}$  : población de hombres de 60 años y más.

Por ejemplo, para el caso de Guatemala en 2001 el cálculo sería:  
 $(195.366 / 170.340) * 100 = 114,7$ .

Se trata de un indicador básico para el análisis de la distribución por sexo de la población. En las personas mayores esta relación tiende a ser superior a cien ya que, por diferentes razones, las mujeres viven más tiempo que los hombres. De manera generalizada, los países que aparecen en el cuadro 11 tienen relaciones de feminidad superiores a cien, y estos índices aumentan considerablemente en las áreas urbanas, ya que al igual que con los dos indicadores anteriores, la proporción de mujeres mayores tiende a ser superior en ellas.

**CUADRO 11**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE FEMINIDAD**  
**DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA**  
**URBANA Y RURAL, PAÍSES SELECCIONADOS, 2000**

Países	Urbana	Rural	Total
Bolivia	126,1	106,9	116,1
Guatemala	114,7	89,1	101,4
Brasil	132,0	89,1	122,7
México	122,3	94,8	113,7
Chile	135,6	88,2	126,6

Fuente: elaboración propia en base a microdatos censales de los censos de población y vivienda.

Estos datos se interpretan como la cantidad de mujeres de 60 años y más por cada cien hombres del mismo grupo etario. En el ejemplo de Guatemala, significa que por cada 100 hombres mayores hay 115 mujeres de esa misma edad.

### 2.2.2 Estado civil

El patrón nupcial de las personas mayores es un rasgo de interés para el análisis de su situación, ya que vivir una vejez con pareja está muy vinculado con las relaciones de parentesco intradomésticas, las redes de apoyo familiar a las que pueden acceder, y además es importante para efectos de políticas y programas de vejez.

#### *Porcentaje de personas mayores según estado civil*

Un indicador apropiado para conocer acerca de esta característica de la población adulta mayor es la distribución de la población de 60 años y más según estado civil. La fórmula de cálculo para el caso de la población casada es la siguiente:

$$(12) \left[ \frac{N_{c60+}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{c60+}$  : población de 60 años y más casada.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Por ejemplo, para el caso de Argentina en 2001 el cálculo sería:  $(2.495.287 / 4871957) * 100 = 51,2\%$ , lo que significa que 5 de cada diez personas mayores permanece casada. Esta fórmula puede aplicarse para el cálculo de la población de otros estados conyugales.

Un ejemplo clásico de la exposición de este indicador se muestra en el cuadro 12, que contiene el porcentaje de personas mayores según estado civil (por lo general se divide en cuatro categorías: casados o unidos, separados o divorciados, viudos y solteros). Estos cálculos se pueden diferenciar según área de residencia, sexo y edad.

**CUADRO 12**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES SEGÚN SEXO Y SITUACIÓN CONYUGAL, PAÍSES SELECCIONADOS, 2000**

Países	Casados o en unión consensual			Divorciados o separados			Viudos			Solteros (nunca unidos o casados)		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Bolivia	56,6	69,2	45,7	4,2	3,6	4,8	30,5	19,6	39,8	8,8	7,6	9,8
Guatemala	65,9	80,5	51,5	3,1	2,1	4,2	22,8	11,1	34,3	8,1	6,3	9,9
Brasil	51,8	68,1	38,6	4,3	4,6	4,0	28,1	12,4	40,8	15,8	14,8	16,6
México	59,8	76,8	44,7	5,4	4,2	6,5	29,0	14,2	42,1	5,6	4,6	6,4
Argentina	51,2	68,5	38,6	4,9	5,6	4,4	31,5	12,9	45,0	12,4	13,0	12,0
Chile	55,4	71,6	42,7	6,1	5,7	6,4	26,4	12,5	37,4	12,1	10,3	13,5

Fuente: elaboración propia en base a microdatos censales de los censos de población y vivienda.

### 2.2.3 Educación

Las características educativas de las personas mayores son otro rasgo importante del análisis sociodemográfico, ya que el nivel educacional que hayan alcanzado puede incidir en su acceso a recursos en la vejez, o revela las particularidades generacionales del acceso a la educación en determinadas etapas del ciclo de vida.

#### *Porcentaje de personas mayores analfabetas*

Uno de los indicadores necesarios para este análisis es el porcentaje de personas mayores analfabetas, que consiste en calcular la *proporción de personas mayores que no saben leer ni escribir sobre el total de la población adulta mayor*. La fórmula es la siguiente:

$$(13) \quad \left[ \frac{N_{60+an}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60y+an}$ : población de 60 años y más analfabeta.

$N_{60+}$ : población de 60 años y más.

Por ejemplo, para el caso de Chile en 2002 el cálculo sería:

$$(230.752 / 1.717.478) * 100 = 13,4\%.$$

Este resultado se interpreta como el porcentaje de población mayor analfabeta sobre el total de personas mayores. En el ejemplo de Chile, significa que 13 de cada cien personas mayores se encuentran en esta situación educacional.

La información necesaria para este cálculo proviene de los censos o las encuestas de hogares,<sup>4</sup> y es posible desagregarla por área urbana o rural y sexo en la mayoría de los casos. Al respecto, la información censal de los países de la región muestra que el analfabetismo es más alto entre las personas de 60 años y más: sus porcentajes van del 50% en Bolivia al 6% en Argentina (véase cuadro 13).

De manera sistemática, el porcentaje de analfabetismo aumenta con la edad y en varios países adquiere una proporción significativa entre las personas de 85 años y más. Se registran disparidades según el género: las mujeres tienden a presentar un porcentaje mayor de analfabetismo, lo cual refleja las inequidades en el acceso a la educación que prevalecían en la primera mitad del siglo XX. Pero la brecha es enorme en algunos países como Bolivia y muy pequeña en otros como Chile y Panamá. Por último, los niveles de analfabetismo son mucho más altos en las zonas rurales, donde llegan al 80% entre las mujeres mayores del campo boliviano.

<sup>4</sup> En el capítulo V, referido a las fuentes de datos, se encuentra un acápite especial al respecto.

**CUADRO 13**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE ANALFABETISMO**  
**ENTRE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN GRUPOS DE EDAD, SEXO**  
**Y ZONA DE RESIDENCIA, PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS**

País	Total nacional		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Bolivia	30,5	62,7	47,8
Chile	13,1	13,7	13,4
Ecuador	19,9	26,0	23,1
México	24,1	36,1	30,5
Panamá	22,7	23,1	22,9
Argentina	5,4	6,1	5,8
	Urbano		
Bolivia	13,6	42,7	29,8
Chile	8,9	10,7	9,9
Ecuador	12,9	16,9	15,0
México	16,6	27,6	22,7
Panamá	8,9	11,3	10,2
	Rural		
Bolivia	46,2	85,0	66,2
Chile	31,0	34,0	32,2
Ecuador	29,3	39,9	34,5
México	40,4	59,9	49,9
Panamá	39,2	45,5	42,0

Fuente: elaboración propia en base a microdatos censales de los censos de población y vivienda.

#### *Porcentaje de personas mayores según nivel de instrucción*

Otro indicador que suele usarse es el porcentaje de personas mayores según niveles de educación, por lo general las categorías utilizadas son cuatro: sin educación, primaria o básica, secundaria y técnica o superior. La fórmula para su cálculo es:

$$(14) \quad \left[ \frac{N_{60+se}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+se}$  : población de 60 años y más sin educación, es decir, que declara en el censo o encuesta no haber tomado nunca algún curso en la enseñanza regular.

$N_{60y+}$  : población de 60 años y más.

Esta misma fórmula se aplica para las otras categorías (primaria o básica, secundaria y técnica o superior), manteniendo siempre como numerador la población de 60 años y más.

Los resultados del cálculo de este indicador muestran la proporción de personas mayores en los distintos niveles educativos sobre el total de población adulta mayor. Es recomendable

diferenciarlo por sexo y área de residencia, puesto que las mujeres tienden a concentrarse en niveles de educación inferiores que los hombres, y en las áreas urbanas el nivel de instrucción tiende a ser más alto que en las rurales.

#### *Promedio de años de estudio*

Consiste en calcular *la media de años de estudio acumulada por las personas mayores*. En términos más simples, se deben sumar los años de estudio que declaran tener las personas mayores<sup>5</sup> y dividirlos por el total de personas de este grupo etario, con lo que se obtendrá la media o promedio de años de estudio de la población adulta mayor.

La fórmula de cálculo es la siguiente:

$$(15) \quad \frac{\sum_{ae} * N_{ae}}{N_{60+}}$$

Donde:

$\sum$  : sumatoria.

$ae$  : número de años de estudio probables (hasta un máximo de alrededor de 24 años).

$N_{ae}$  : población en cada categoría de años de estudio.

$N_{60+}$  : total de la población de 60 años y más.

Por ejemplo, para el caso de Chile en 2002 el cálculo sería:

$$(11.215.860 / 1.717.478) = 6,5.$$

Estos datos se interpretan como el promedio de años de estudio que tiene la población adulta mayor. En el ejemplo de Chile, significa que en promedio las personas mayores tienen 6,5 años de estudio.

En general, los datos demuestran que el promedio de años de estudio de las personas mayores es menor al de la población de 25 a 59 años, ya que en el pasado la oferta educacional era menor a la actual. Sin embargo, las cohortes que se irán incorporando a la población adulta mayor tendrán un mayor número de años de estudio, e incluso al interior de la población adulta mayor ya se observa que los menores de 75 años tienen en promedio un número mayor de años de estudio que los mayores de esa edad.

### **2.2.4 Etnia**

Existen grupos de población que poseen características específicas, como aquellos que pertenecen a un grupo étnico particular —indígenas y afrodescendientes por ejemplo—, y que, por lo tanto, tienen requerimientos que difieren del resto. Por ello resulta útil y necesario analizar algunos indicadores del envejecimiento en forma comparativa entre los miembros de estos grupos y el resto de la población. Entre estos indicadores se destacan:

---

<sup>5</sup> En las encuestas y censos generalmente hay una pregunta acerca de nivel de instrucción alcanzado. En base a esa pregunta se crea la variable “años de estudio”, con la cual se obtiene la información para este indicador.

### *Porcentaje de personas mayores pertenecientes a la población indígena*

Se define como el *cociente entre el número de personas mayores indígenas sobre el número total de personas mayores*. Por lo general la información proviene de los censos de población, aunque no todos los países de la región incluyen la pregunta sobre pertenencia étnica.

La fórmula de cálculo es la siguiente:

$$(16) \quad \left[ \frac{N_{60+in}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+in}$  : total de la población de 60 años y más que declara ser indígena.

$N_{60+}$  : total de población de 60 años y más.

Por ejemplo, para el caso de Bolivia en 2002 el cálculo sería:  $(398.469 / 579.259) = 68,8\%$ , es decir que el 69% de la población boliviana de 60 años y más declara ser indígena.

### *Porcentaje de población indígena adulta mayor*

El peso representativo de las personas mayores en la población indígena corresponde al *porcentaje de personas mayores indígenas sobre el total de la población con esta pertenencia étnica*. Se utiliza para observar qué tan envejecida se encuentra la población indígena en comparación con la no indígena.

La fórmula para su cálculo es la siguiente:

$$(17) \quad \left[ \frac{N_{60+in}}{N_{in}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+in}$  : total de la población de 60 años y más que declara ser indígena.

$N_{in}$  : total de la población indígena.

Por ejemplo, para el caso de Bolivia en 2002 el cálculo sería:  $(398.469 / 3.145.775) = 12,7\%$ . Es decir que el 12,7% de la población indígena es mayor de 60 años.

Un ejemplo de estos cálculos se muestra en el cuadro 14, que contiene los indicadores antes expuestos para cinco países de América Latina. Como se aprecia, Bolivia es el país con el mayor porcentaje de población adulta mayor indígena, situación que no extraña si se considera que más del 60% de la población boliviana declara este origen, mientras que sólo el 4% de las personas mayores en Chile dice tener esta pertenencia. En cuanto a qué tan envejecida está la población indígena, se observa que el comportamiento entre los países es bastante irregular: en algunos casos (Bolivia y México) la población indígena tiende a estar más envejecida que el

resto, en otros (Chile y Panamá) resulta ser más joven que la no indígena, mientras que en Ecuador el porcentaje de indígenas mayores es muy similar al de los no indígenas.

**CUADRO 14**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES DEL ENVEJECIMIENTO**  
**ENTRE LAS POBLACIONES INDÍGENAS, POR ÁREA URBANA Y RURAL,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, CIRCA 2000**

País	Año censal	Población indígena de 60 años y más	Porcentaje de personas mayores pertenecientes a la población indígena	Porcentaje de indígenas mayores
Bolivia	2001	398 469	68,8	12,7
Chile	2002	68 014	4,0	9,8
Ecuador	2001	69 446	6,7	8,4
México	2000	491 697	7,1	9,3
Panamá	2000	12 976	5,3	4,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *La situación de las personas mayores (DDR/1)*, documento de referencia presentado a la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

## 2.3 Esperanza de vida

La dinámica demográfica de América Latina y el Caribe muestra con claridad que las personas cada vez viven más. Esto se explica por el avance en la transición demográfica que han realizado —con mayor o menor intensidad— todos los países de la región. El descenso sostenido de la mortalidad —y especialmente de la mortalidad temprana— que este proceso ha supuesto, aumenta el número de años de vida de la población.

Estos cambios se esquematizan en las tablas de mortalidad y en la propia esperanza de vida, tanto las calculadas mediante las experiencias ya observadas como las estimadas en los ejercicios de proyecciones. Asimismo, en los últimos años se ha vuelto cada vez más común complementar estas medidas calculándose esperanzas de vida en bienestar, sin enfermedad o sin discapacidad.

### 2.3.1 Esperanza de vida al nacer y a distintas edades

La esperanza de vida representa el número promedio de años de vida adicionales que una persona —perteneciente a una cohorte<sup>6</sup>— podría vivir si las tasas de mortalidad específicas por edad para un año determinado se mantuviesen constantes por el resto de su vida, por lo tanto, es una medida hipotética que se basa en las tasas de mortalidad actuales. Como las tasas de mortalidad cambian durante el transcurso de la vida, la esperanza de vida de las personas va variando según la edad y los cambios en las tendencias de la mortalidad (Population Reference Bureau, 2003).

El cálculo de la esperanza de vida se basa en las tablas de mortalidad. Esta tabla se utiliza para simular la mortalidad vitalicia experimentada por una población, lo que se logra tomando las tasas de mortalidad por edad específica y aplicándolas a una población hipotética de 100.000

<sup>6</sup> Grupo de personas que comparten simultáneamente una experiencia demográfica que se observa durante un cierto tiempo. Por ejemplo, la cohorte de nacimientos de 2000 se refiere a las personas nacidas en dicho año (véase anexo 9).

personas nacidas en esa misma época. Durante cada año de la tabla, los números de la población hipotética disminuyen hasta llegar a la edad en que las personas con más años también mueren. Aunque existen tablas de mortalidad para los dos sexos en conjunto, es conveniente calcularlas separadamente, debido a las diferencias de mortalidad según esta variable.

Calcular la esperanza de vida es relativamente complejo, se debe desarrollar una serie de procedimientos (algunos de ellos expuestos en el párrafo anterior) para obtener este indicador. Con todo, el acceso a esta información es relativamente expedito, ya que generalmente está disponible junto con otros indicadores demográficos en anuarios estadísticos nacionales o en boletines demográficos de la región.

#### *Esperanza de vida al nacer*

Es una medida resumen, y se define como el número medio de años que vivirán los integrantes de una cohorte hipotética de personas que permaneciese sujeta a la mortalidad imperante en la población en estudio desde su nacimiento hasta su extinción. Su notación es la siguiente:

$$(e_{(0)})$$

La ventaja de este indicador es que da cuenta de la evolución de los países en materia de superación de la mortalidad, especialmente a temprana edad (mortalidad infantil). Es un muy buen indicador de los avances en el desarrollo de los países, pues habla del mejoramiento en sus condiciones de salud.

Un ejemplo de análisis a partir de este indicador es la comparación de las diferencias que existen entre los países de la región. En el cuadro 15 se muestra la esperanza de vida sin distinción de sexo. Se puede observar cómo ha aumentado sostenidamente desde 1950, a tal punto que en el plazo de un siglo, en países como Bolivia y Guatemala, las personas vivirán en promedio 36 años más; en los países de transición intermedia, la diferencia entre 1950 y 2050 es de alrededor de 27 años, y en un país de transición avanzada como Argentina esta distancia es de 18 años. Es decir, la mayor mejora en la esperanza de vida se ha dado en los países que partieron de niveles más bajos en 1950. Otro resultado destacable es que las diferencias entre países se han ido acortando. Por ejemplo, entre Argentina y Bolivia en 1950 había 22 años de diferencia, mientras que esta distancia disminuyó a menos de la mitad (10 años) en 2000. Hacia el período que se extiende entre 2045 y 2050, prácticamente no habrá diferencias entre los países.

**CUADRO 15**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZA DE VIDA AL NACER,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950- 1955	2000- 2005	2045- 2050	Diferencia 2050-1950
Bolivia	40,4	63,8	76,4	36,0
Guatemala	42,0	65,9	77,4	35,4
Brasil	51,0	69,3	78,4	27,4
México	50,7	73,4	79,5	28,8
Argentina	62,7	74,1	80,4	17,7
Chile	54,8	76,0	80,7	25,9

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

### *Esperanza de vida a los 60 años*

La desventaja de utilizar la esperanza de vida al nacer como indicador del proceso de envejecimiento se debe a que no muestra realmente en cuántos años se extenderá la sobrevivencia de las personas más allá de los 60 años. Para solucionar este problema, se utiliza como indicador la esperanza de vida los 60 años, cuya notación es:

$$(e_{(60)})$$

Esta medida es una estimación del número promedio de años que le restaría vivir a una persona si las condiciones de mortalidad al momento del cálculo permanecieran constantes. Es considerada un buen indicador del proceso de envejecimiento, ya que permite estimar el número medio de años que le resta por vivir a las personas mayores, y además indica las condiciones de salud de los mismos.

Un ejemplo de la utilidad de este indicador se muestra en el cuadro 16, donde se observan los resultados diferenciados por sexo. Para el caso de Brasil, y manteniéndose las tendencias actuales en las tasas de mortalidad por edad, se espera para el quinquenio 2000-2005 que los hombres vivan en promedio 17,3 años más, y las mujeres 20,6. En términos de resultados globales, cabe resaltar que las mujeres casi siempre tienen mayor esperanza de vida cuando llegan a los 60 años, en comparación con los hombres que alcanzan dicha edad. En el mismo quinquenio, estas diferencias oscilan entre 2 y 3 años por género, incluso llegan a 4 en el caso de Argentina a los 65 años. Otro dato que se puede destacar se relaciona con los cambios observados a través del tiempo (las dos últimas columnas): entre los países de transición más avanzada estas transformaciones fueron mayores durante la segunda mitad del siglo XX; entre los países menos avanzados, los cambios serán mayores en la primera mitad del siglo XXI.

**CUADRO 16**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 Y 65 AÑOS**  
**POR SEXO, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950-1955		2000-2005		2045-2050		Diferencia	Diferencia
	E(60)	E(65)	E(60)	E(65)	E(60)	E(65)	E(60) 2000-1950	E(60) 2045-2000
<b>Hombres</b>								
Bolivia	12,7	9,9	16,9	13,4	21,0	17,2	4,2	4,1
Guatemala	14,1	11,4	17,3	14,1	21,3	17,6	3,2	4,0
Brasil	15,1	12,2	17,3	14,1	20,7	17,1	2,2	3,4
México	15,1	12,2	19,9	16,5	22,1	18,3	4,8	2,2
Argentina	15,0	12,1	17,8	14,5	21,3	17,5	2,8	3,5
Chile	14,6	11,8	19,1	15,5	21,6	17,8	4,5	2,5
<b>Mujeres</b>								
Bolivia	13,8	10,7	18,8	15,0	24,6	20,3	5,0	5,8
Guatemala	14,5	11,8	19,4	15,9	25,2	21,1	4,9	5,8
Brasil	15,7	12,7	20,6	16,9	25,7	21,5	4,9	5,1
México	16,1	13,0	22,7	18,8	26,1	21,9	6,6	3,4
Argentina	17,9	14,5	22,5	18,4	26,5	22,2	4,6	4,0
Chile	16,9	13,7	22,9	18,9	26,3	22,0	6,0	3,4

Fuente: elaboración a partir de datos de la CEPAL referidos a estimaciones y proyecciones de población.

**RECUADRO 1**  
**INDICADORES DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD**

**Concentración de defunciones en los distintos grupos de edad:** los cambios en la mortalidad pueden también observarse desde el punto de vista de la cantidad de decesos. La distribución de las muertes por edad ilustra en qué etapa del proceso de envejecimiento se ubica el país, puesto que a medida que la mortalidad se desplaza hacia las edades mayores y se concentra en ellas se está en presencia de un envejecimiento de la población. La simple construcción de un gráfico de líneas que describa la distribución de las muertes por edad sirve para observar el comportamiento de los decesos.

**Distribución porcentual de las defunciones según grupos de edad:** muy similar al indicador anterior, éste tiene por objetivo mostrar el aporte porcentual de las defunciones por grupos de edad en el total de las muertes. Al contar con una serie de datos, por ejemplo 1950, 2000 y 2025, el indicador sirve para observar cómo las defunciones se van desplazando desde los menores hacia los mayores de edad, lo que evidenciaría el avance de la transición demográfica y del proceso de envejecimiento en la población.

La fórmula de cálculo es bastante sencilla:

$$\left[ \frac{Dx}{D} \right] * 100$$

Donde:

*Dx*: número de defunciones de personas a la edad *x*.

*D*: número de defunciones totales.

Fuente: Roberto Ham Chande, "Esperanzas de vida y expectativas de salud", Tijuana (México), El Colegio de la Frontera Norte, 2003.

## Ejercicios

- 1) Los datos del cuadro E1 corresponden a la estructura por grandes grupos de edad de la población de seis países latinoamericanos entre los años 1950 y 2050. Con esta información realice las siguientes actividades:
- Calcule la proporción de personas mayores en relación a la población total.
  - Calcule la tasa de crecimiento anual de la población adulta mayor.
  - Con los indicadores ya calculados, analice y compare las distintas estructuras de población.

**CUADRO E1**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS**  
**DE EDAD EN PERÍODOS DE 25 AÑOS, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950	1975	2000	2025	2050
Nicaragua	1 190 287	2 621 818	4 956 964	7 719 371	9 764 954
0 a 14 años	528 051	1 258 657	2 083 459	2 192 560	1 909 613
15 a 59 años	608 353	1 257 347	2 644 942	4 913 391	6 094 359
60 años y más	53 883	105 814	228 563	613 420	1 760 982
Paraguay	1 488 088	2 658 859	5 496 450	9 237 634	12 410 432
0 a 14 años	579 625	1 159 264	2 172 720	2 753 595	2 771 582
15 a 59 años	775 575	1 308 544	3 031 219	5 608 879	7 632 899
60 años y más	132 888	191 051	292 511	875 160	2 005 951
Colombia	12 568 428	25 380 952	42 321 386	59 327 900	68 602 772
0 a 14 años	5 358 427	11 013 731	13 850 554	14 171 190	12 588 809
15 a 59 años	6 584 045	12 946 951	25 570 066	37 106 054	40 573 759
60 años y más	625 956	1 420 270	2 900 766	8 050 656	15 440 204
Rep. Dominicana	2 352 968	5 059 473	8 311 569	11 785 414	14 142 035
0 a 14 años	1 047 613	2 308 708	2 900 334	2 999 864	2 685 020
15 a 59 años	1 183 437	2 516 413	4 940 185	7 462 790	8 504 996
60 años y más	121 918	234 352	471 050	1 322 760	2 952 019
Uruguay	2 238 505	2 828 542	3 337 062	3 872 730	4 133 324
0 a 14 años	623 989	783 265	827 334	795 014	711 891
15 a 59 años	1 350 524	1 645 801	1 937 360	2 311 016	2 350 989
60 años y más	263 992	399 476	572 368	766 700	1 070 444
Cuba	5 850 365	9 250 612	11 112 635	11 504 450	10 645 635
0 a 14 años	2 094 845	3 455 152	2 351 748	1 759 394	1 512 954
15 a 59 años	3 328 589	4 868 205	7 265 974	6 826 148	5 401 536
60 años y más	426 931	927 255	1 494 913	2 918 908	3 731 145

Fuente: elaboración propia a partir de los datos censales de los respectivos países.

- 2) Utilizando la información del cuadro 1 de este manual, calcule el índice de envejecimiento y luego grafique aquella información para todos los países. Posteriormente examine la evolución de los valores del índice a lo largo del tiempo e interprete sus variaciones.

- 3) El cuadro E2 complementa los datos expuestos en el cuadro 7 de este manual (relación de dependencia demográfica de la población de 60 años y más) con las relaciones de dependencia total y juvenil, considerando que los cambios que se advierten en la composición por edad de las poblaciones representan los desafíos más importantes desde el punto de vista social y económico (CEPAL, 2006b). En ese entendido, realice un examen cuidadoso de la información provista y extraiga algunas conclusiones.

**CUADRO E2**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS DE DEPENDENCIA TOTAL,**  
**JUVENIL Y DE VEJEZ EN PERÍODOS DE 25 AÑOS,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950	1975	2000	2025	2050
Relación de dependencia total					
Bolivia	88,7	94,5	84,8	61,2	58,6
Guatemala	95,4	97,4	99,8	71,3	55,2
Brasil	86,7	86,4	60,4	59,8	73,6
México	96,3	109,9	68,3	56,0	76,9
Argentina	60,2	68,4	70,8	63,8	73,8
Chile	77,2	81,2	61,2	65,6	81,1
Relación de dependencia juvenil					
Bolivia	78,1	83,7	73,0	46,7	32,2
Guatemala	87,1	88,5	88,1	59,0	35,0
Brasil	77,6	75,1	47,5	35,4	30,9
México	82,4	98,0	56,7	34,3	30,0
Argentina	48,9	49,2	47,8	36,0	30,9
Chile	65,1	67,0	44,8	32,3	30,1
Relación de dependencia en la vejez					
Bolivia	10,6	10,8	11,8	14,5	26,4
Guatemala	8,3	8,9	11,8	12,3	20,1
Brasil	9,1	11,3	12,9	24,3	42,8
México	13,9	11,9	11,6	21,8	46,9
Argentina	11,3	19,2	22,9	27,8	42,8
Chile	12,1	14,2	16,4	33,3	51,1

Fuente: cálculos realizados a partir de datos de la CEPAL, aplicando la Fórmula 8.

## Respuestas

1)

	Proporción de población de 60 años y más				
	1950	1975	2000	2025	2050
Nicaragua	4,5	4,0	4,6	7,9	18,0
Paraguay	8,9	7,2	5,3	9,5	16,2
Colombia	5,0	5,6	6,9	13,6	22,5
Rep. Dominicana	5,2	4,6	5,7	11,2	20,9
Uruguay	11,8	14,1	17,2	19,8	25,9
Cuba	7,3	10,0	13,5	25,4	35,0

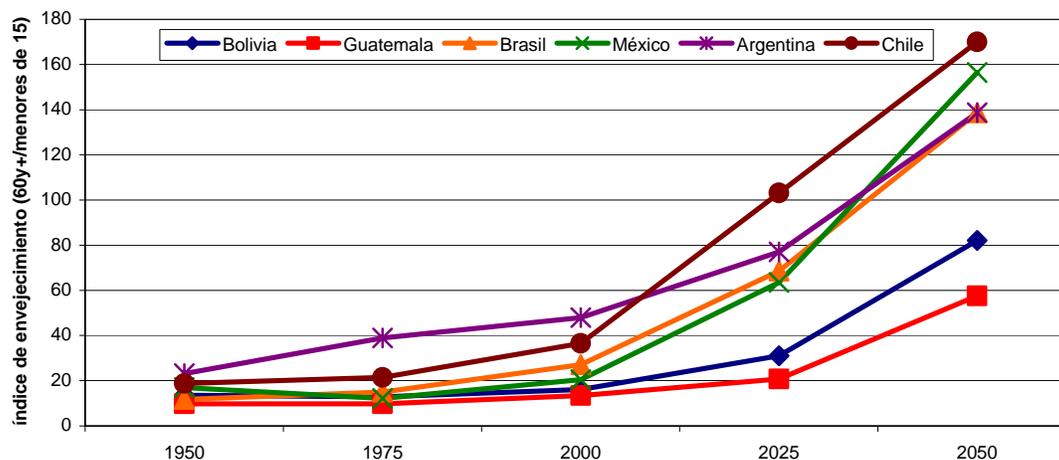
	Tasa de crecimiento anual de la población adulta mayor			
	1950-1975	1975-2000	2000-2025	2025-2050
Nicaragua		2,7	3,1	4,2
Paraguay		1,5	1,7	3,3
Colombia		3,3	2,9	2,6
Rep. Dominicana		2,6	2,8	3,2
Uruguay		1,7	1,4	1,3
Cuba		3,1	1,9	2,7

En líneas generales, todos los países muestran un incremento de la proporción de personas mayores en su población en el siglo considerado. Paraguay parece una excepción llamativa, pues el porcentaje de población adulta mayor decreció entre 1950 y 2000. Sin embargo, si se complementa esta información con la provista por la tasa de crecimiento anual, vemos que la población adulta mayor creció en este lapso de tiempo. Puede deducirse, entonces, que el decrecimiento en la representación porcentual de las personas mayores sobre el total de la población obedecería a un incremento importante de otro grupo etario. También se observa, a grandes rasgos, una correlación entre el porcentaje de personas mayores y la etapa de la transición demográfica en la que se encuentran los países, con Cuba y Uruguay con las cifras más altas y Nicaragua con las más bajas.

De la observación de la tasa de crecimiento de la población adulta mayor la conclusión más clara que puede extraerse es que, entre 2000 y 2050, el crecimiento de este grupo etario será mayor en los países que se encuentran en una etapa de transición demográfica incipiente (Nicaragua y Paraguay), aunque todos presentan tasas de crecimiento positivas, y en la mayoría de los casos importantes, para el próximo medio siglo.

2) Para examinar la evolución de los valores del índice es aconsejable graficar la información contenida en el cuadro, ya que mostrará más nítidamente las variaciones a través del tiempo. De esta forma, tanto el cuadro 6 como el gráfico E1 muestran que, a medida que los países avanzan en la transición demográfica, el índice de envejecimiento comienza a aumentar. Se destaca el caso de Chile, que presenta una evolución más rápida del índice, lo que ciertamente se debe a que en la actualidad ya se encuentra en una de las etapas más avanzadas de la transición. Por el contrario, Bolivia y Guatemala muestran índices de envejecimiento más bajos y el incremento ha sido más lento, lo que obedece al lento descenso de la fecundidad, que se traduce en una mayor proporción de población menor de 15 años.

**GRÁFICO E1**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN**  
**EN PERÍODOS DE 25 AÑOS, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**



Fuente: elaboración a partir de datos del cuadro 6.

Como se indicaba en el apartado 2.1.3, se debe tener en cuenta que el aumento en el índice de envejecimiento obedece tanto a que las personas están viviendo más años como a que están teniendo menos hijos (envejecimiento por la base piramidal). Con todo, el gráfico muestra claramente el aumento de las personas mayores e indica la importancia de invertir en este grupo de población que cada vez requiere y demanda mayores servicios, infraestructura, etcétera.

3) Considerando la tasa de dependencia total, se observa cómo a mediados del siglo XX todos los países, independientemente de la etapa de transición demográfica en que se encontraban, tuvieron altas tasas de dependencia total, lo que planteó enormes exigencias a los sistemas de salud y educación (CEPAL, 2006b). Si nos centramos en las tasas de dependencia juvenil, comprobamos que esto se debió al alto porcentaje de niños, ya que las tasas de dependencia en la vejez fueron bajas. Entre 1975 y 2000 se produjo una disminución de la relación de dependencia, lo que fue más notorio en países cuya transición estaba más avanzada y se debió, principalmente, al descenso de la fecundidad y por ende del índice de dependencia juvenil. De esta forma *“la disminución de la tasa de dependencia ha dado pie a la idea del bono demográfico, una situación favorable al desarrollo en la que la carga potencial de las personas en edad activa es baja”* (CEPAL, 2006b). En consecuencia, mientras los países se encuentren en una fase donde las demandas de la población infantil son menores y la dependencia de las personas mayores no involucra grandes requerimientos, que ciertamente son más costosos, tendrán la posibilidad de generar inversiones productivas o aumentar la inversión social en la lucha contra la pobreza, el mejoramiento de la educación y la reforma de la salud (CEPAL, 2006b).

## II. Seguridad económica en la vejez

La capacidad de las personas mayores de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. La seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar, de forma independiente, una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida (Guzmán, 2002).

El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que hacen a una buena calidad de vida, y tomar decisiones con independencia. Además, mejora su autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

La magnitud de los recursos definidos como necesarios no es fija y depende de la edad, del estado de salud, de los arreglos residenciales, de los patrones de consumo previo, y de cuánto aporte el Estado a través de servicios gratuitos o subsidios. Los mecanismos de provisión de seguridad económica son varios: el trabajo generador de ingresos, los ahorros (activos físicos y financieros), los sistemas de seguridad social y las redes de apoyo, principalmente las familiares. Otro activo muy importante para las personas mayores lo constituye la propiedad de una vivienda, que les brinda seguridad y estabilidad, a la vez que puede constituir un bien de intercambio en caso de necesidad.

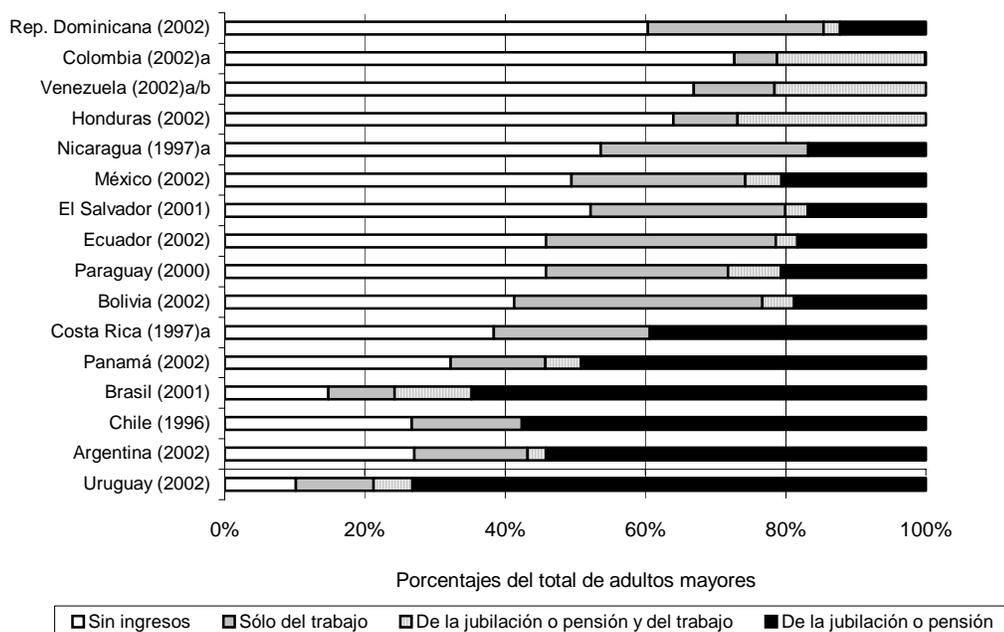
### 1. Fuentes de seguridad económica en la vejez

En el gráfico 1 se muestra la proporción de personas mayores de 60 años, residentes en zonas urbanas, que percibe recursos de dos de las más importantes fuentes formales de ingresos en la vejez: las jubilaciones y pensiones y el trabajo. Se observa que, en sólo cinco países de la región —Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Panamá— el 50% o más de las personas mayores residentes en zonas urbanas recibe ingresos exclusivamente de la seguridad social. Si se suma a aquellos que trabajan (reciban o no ingresos de la seguridad social), entre poco menos del 30% (Colombia) y casi el 90% (Uruguay) tiene ingresos. Este panorama es aún más contrastante en las zonas rurales, en las cuales la cobertura es sensiblemente menor que en las zonas urbanas, con la excepción de Brasil.

De lo anterior se deduce que, tal como ha destacado la CEPAL en publicaciones anteriores (2000 y 2006), la participación laboral de las personas mayores se encuentra relacionada directamente con la deficiente cobertura del sistema de seguridad social, que obliga a

continuar trabajando para subsistir. De este modo, los aspectos relativos a la institucionalidad del sistema de seguridad social y su financiamiento son factores coadyuvantes para determinar la participación o no de las personas mayores en el mercado de trabajo.

**GRÁFICO 1**  
**AMÉRICA LATINA: FUENTES DE INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES**  
**EN ZONAS URBANAS, PAÍSES SELECCIONADOS, CIRCA 2000**



Fuente: CEPAL, elaborado en base a los datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

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

b: corresponde al total nacional.

Los datos del gráfico 1 también revelan que cerca de 2000, en más de la mitad de los países, alrededor de un 50% de las personas mayores no recibía ingresos ni del sistema de seguridad social ni del trabajo, lo cual supone que un peso muy significativo de su soporte económico recae en las familias y en las redes sociales. Si éstas fallan o son insuficientes, una proporción importante de las personas mayores se encontrará en situación de pobreza.

En la medida en que las personas mayores tengan activas sus redes familiares, se reduce el riesgo de una disminución simultánea de todas las fuentes de recursos económicos y no económicos y, consecuentemente, se permite que el riesgo derivado de las fluctuaciones en su disponibilidad se disipe entre varios agentes. No obstante, debe tenerse presente que los cambios en los patrones de fecundidad y nupcialidad auguran un futuro —que en algunos países ya es un presente— en el que disminuirá el número de familiares (hermanos, hijos, nietos) con los que la persona mayor puede contar.

En suma, la participación económica, la seguridad social y los arreglos familiares son los mecanismos que generan seguridad económica a las personas mayores. La importancia relativa de cada uno de estos instrumentos cambia de un país a otro según su grado de desarrollo económico e institucional, las características de su mercado laboral y la etapa de la transición demográfica en

que se encuentre. Este enfoque de complementariedad entre los distintos tipos de instrumentos disponibles para evitar que los mayores caigan en la pobreza —o para generar seguridad económica— puede ser considerado una de las opciones con las que cuentan los Estados para adecuar las políticas a su grado de desarrollo, en un marco de garantía de los derechos sociales.

## 2. Indicadores sobre seguridad económica en la vejez

### 2.1 Indicadores laborales

En América Latina, los estudios sobre la situación laboral de las personas mayores son escasos, aunque en general se puede deducir que a partir de los 50 años, aproximadamente, la participación económica desciende debido tanto a la disminución de las obligaciones de reproducción social, a la presencia de sistemas de cobertura social que permiten a las personas acceder a una jubilación o pensión a partir de cierta edad y a la mayor probabilidad, a medida que avanza la edad, de la aparición de discapacidades que inhabilitan para el trabajo. A lo anterior se agrega un factor de gran importancia: las restricciones y la discriminación en el mercado laboral de las personas de más edad. La incidencia de estos efectos sobre los niveles de participación económica difiere sustancialmente entre hombres y mujeres, y también según las condiciones socioeconómicas del hogar al que pertenecen.

A continuación se presentan algunos indicadores laborales tradicionales, esta vez aplicados a la población adulta mayor.

#### 2.1.1 Niveles de participación económica en la vejez

##### *Tasa de participación económica en la vejez*

Este indicador mide la *relación porcentual entre las personas mayores que participan del mercado de trabajo* —oferta laboral o población económicamente activa (PEA),<sup>7</sup> incluyendo a los que no trabajan pero buscan empleo— *y el total de la población adulta mayor*.

$$(18) \quad \left[ \frac{N_{60+Oc} + N_{60+Des}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+Oc}$  : población de 60 años y más que trabajó al menos una hora en la semana de referencia o que, aunque no hubiera trabajado, tenía un empleo del cual estuvo ausente por razones circunstanciales (enfermedad, vacaciones, etcétera).

$N_{60+Des}$  : población de 60 años y más que estaba sin trabajo en la semana de referencia, que estaba disponible para trabajar de inmediato, y que había tomado medidas concretas durante las últimas cinco semanas para buscar un empleo asalariado o independiente.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

<sup>7</sup> En las encuestas y censos, las preguntas que se utilizan para determinar la situación ocupacional de la población pueden variar dependiendo del país o del tipo de encuesta. En algunas ocasiones, en una sola pregunta están contenidas diversas categorías que permiten determinar la PEA y la PEI (Población Económicamente Inactiva), en otras se realizan varias preguntas que permiten determinarlas (véase el capítulo V).

Este indicador es de fácil cálculo y está disponible en la mayoría de las estadísticas internacionales, aunque siempre conviene diferenciarlo por sexo. Su principal limitación es que, al incluir en el numerador tanto a los ocupados como a los desocupados, puede subestimar la participación económica de las personas mayores cuando éstas no expresan intención de seguir trabajando.<sup>8</sup>

En el cuadro 17 se presenta un ejemplo de las tasas de participación económica de las personas mayores en dos momentos de una encuesta, que revelan la existencia de diferencias importantes entre los países. Como se verá más adelante, los países con menor participación son aquellos con sistemas de seguridad social más desarrollados, lo que sugiere una relación entre el hecho de que las personas mayores trabajen y la incapacidad de los sistemas de pensiones para proveer suficientes ingresos a sus habitantes mayores. Por otra parte, se observa que en la mayoría de los países las tasas de participación de las personas mayores en la fuerza laboral han aumentado, y en países como Paraguay, Ecuador y Honduras casi la mitad de las personas mayores declaran estar trabajando o buscando un empleo.

**CUADRO 17**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS DE PARTICIPACIÓN**  
**EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, 1990-2001**

País	Año encuesta	Tasa de participación
Argentina	1990	17,0
	2001	22,4
Brasil	1990	27,3
	1999	32,3
Chile	1990	22,1
	2000	24,8
Colombia	1992	29,4
	2000	26,1
Ecuador	1990	40,5
	2001	51,5
Honduras	1990	43,7
	2000	46,5
Panamá	1991	25,1
	2000	26,1
Paraguay	1990	31,7
	2001	45,5
México	1990	28,2
	2001	28,2
Uruguay	1991	18,6
	2000	17,6
Rep. Bolivariana de Venezuela	1994	30,8
	2001	35,9

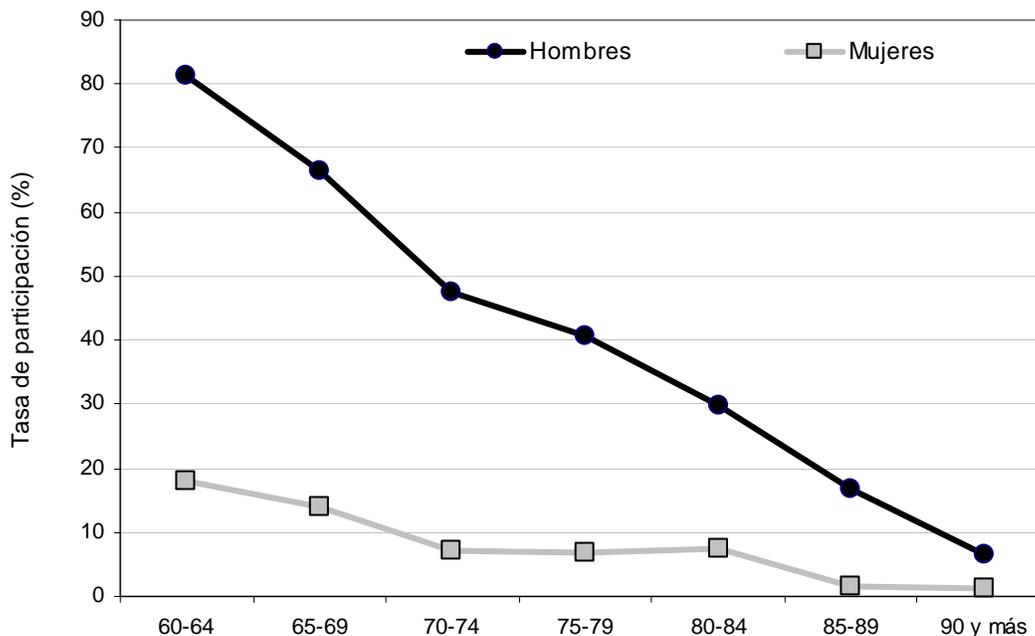
Fuente: Fabio Bertranou y Andrea Sánchez, *Tendencias e indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina*, versión preliminar, Ginebra, OIT, 2003.

Este indicador debe calcularse por sexo y en lo posible también por edad. En ambos casos la fórmula es similar, sólo que se incluye a hombres o mujeres de las edades que se hayan definido. En el gráfico 2 se presentan las tasas de participación para República Dominicana por

<sup>8</sup> En general, la pregunta que se hace en las encuestas y censos es "si ha buscando trabajo remunerado" en un periodo de tiempo delimitado, por ejemplo, en los últimos dos meses.

edad y sexo, a partir de los 60 años, mostrando que en los hombres aún es elevada a los 60 años, pero baja muy rápidamente; en cambio, es mucho más baja en las mujeres y sólo muy cerca del final de la vida tienden a acercarse.

**GRÁFICO 2**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: TASAS DE PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA A PARTIR DE LOS 60 AÑOS POR SEXO, 2001**



Fuente: procesamiento de base de datos de la CEPAL, Encuesta Mano de Obra 2001, Banco Central de la República Dominicana.

#### *Tasa de empleo en la vejez*

Mide la *relación porcentual entre las personas mayores que están trabajando (ocupadas) y el total de población adulta mayor.*

$$(19) \quad \left[ \frac{N_{60+Oc}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+Oc}$  : población de 60 años y más que trabajó al menos una hora en la semana de referencia o que, aunque no hubiera trabajado, tenía un empleo del cual estuvo ausente por razones circunstanciales (enfermedad, vacaciones, etcétera).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Este indicador es más preciso para determinar la población adulta mayor que efectivamente está trabajando, sin embargo en algunos países su disponibilidad en las estadísticas

oficiales es más limitada. Además hay que considerar, especialmente si la fuente son las encuestas, su nivel de cobertura, la periodicidad, el diseño muestral, la frecuencia del relevamiento y las definiciones utilizadas (véase capítulo V). Al igual que la tasa de participación económica, considera como ocupadas a las personas mayores que trabajan al menos una hora a la semana, sin importar sus condiciones laborales. De este modo, una alta tasa de ocupación puede estar ocultando situaciones de subocupación, es decir, personas que están empleadas muchas menos horas de las que efectivamente desean trabajar.

En el cuadro 18 se muestra un ejemplo de este indicador para algunos países seleccionados de la región. Como se observa, nuevamente los países con mayores niveles de cobertura de seguridad social tienen menores tasas de empleo de la población adulta mayor, aunque en general se aprecia un aumento entre el valor del indicador alrededor de 1990 y el de 2001.

**CUADRO 18**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS DE EMPLEO DE LA POBLACIÓN**  
**ADULTA MAYOR, PAÍSES SELECCIONADOS, 1990-2001**

País	Año encuesta	Tasas de empleo
Argentina	1990	16,5
	2001	19,3
Brasil	1990	27,2
	1999	31,5
Chile	1990	20,8
	2000	23,2
Colombia	1992	27,9
	2000	22,6
Ecuador	1990	40,0
	2001	59,9
Honduras	1990	42,9
	2000	45,8
Panamá	1991	24,3
	2000	25,1
Paraguay	1990	31,2
	2001	44,4
México	1990	27,8
	2001	28,0
Uruguay	1991	18,0
	2000	16,5
Rep. Bolivariana de Venezuela	1994	30,0
	2001	33,7

Fuente: Fabio Bertranou y Andrea Sánchez, *Tendencias e indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina*, versión preliminar, Ginebra, OIT, 2003.

#### *Tasa de desocupación en la vejez*

Mide la *proporción de personas mayores que no están trabajando pero buscan trabajo activamente* (ignora a los desalentados) *en relación a la población adulta mayor económicamente activa*.

$$(20) \quad \left[ \frac{N_{60+Des}}{PEA_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+Des}$  : población de 60 años y más que estaba sin trabajo en la semana de referencia, que estaba disponible para trabajar de inmediato, y que había tomado medidas concretas durante las últimas cinco semanas para buscar un empleo asalariado o independiente.

$PEA_{60+}$  : población de 60 años y más económicamente activa (participa en el mercado del trabajo).

La estimación de esta tasa puede presentar diferencias según el tipo de pregunta que se realice en las encuestas. Si bien se pretende recoger solamente a los que han estado buscando activamente trabajo, a menudo esta pregunta no se formula de manera tan precisa, con lo cual la tasa de desocupación puede verse sobrestimada si las personas señalan que han estado buscando trabajo, pero en realidad no lo han hecho de manera “activa”.

Los resultados de este indicador para algunos países de la región demuestran que, en general, la población adulta mayor muestra bajos niveles de desocupación, y esto se debe a que las personas mayores que no encuentran empleo generalmente deciden o se ven forzadas a retirarse de la fuerza de trabajo (efecto de desaliento) o a recibir las prestaciones de la seguridad social (Bertranou y Sánchez, 2003).

### 2.1.2 Tipo de inserción laboral de las personas mayores

#### *Proporción de ocupados de edad avanzada en empleo informal*

Mide la participación de las personas mayores ocupadas que trabajan en el sector informal de la economía, también denominado “de difícil cobertura previsional” (Jiménez y Cuadros, 2003), en relación al total de la población adulta mayor ocupada.

$$(21) \quad \left[ \frac{N_{60+OcSI}}{N_{60+Oc}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+Oc SI}$  : población de 60 años y más que se desempeña en el servicio doméstico, los familiares no remunerados, los trabajadores en establecimientos con menos de cinco empleados y los trabajadores por cuenta propia, excluyendo administrativos, profesionales y técnicos (OIT, 2002).<sup>9</sup>

$N_{60+Oc}$  : población de 60 años y más que trabajó al menos una hora en la semana de referencia o que, aunque no hubiera trabajado, tenía un empleo del cual estuvo ausente por razones circunstanciales (enfermedad, vacaciones, etcétera).

<sup>9</sup> En consecuencia, el *sector formal* comprende al resto de los trabajadores privados (asalariados en empresas de más de cinco empleados e independientes calificados) y a todos los trabajadores públicos.

Este indicador permite dar cuenta de las condiciones laborales en que están empleadas las personas mayores. Sin embargo, se enfrenta a la dificultad en la definición de lo que es un “trabajo informal”, y aunque existe cierto acuerdo en las definiciones, a menudo los indicadores y los puntos de corte no son totalmente comparables.

Las evidencias para la región muestran que la personas mayores suelen ocuparse con mayor frecuencia en este tipo de trabajo una vez cumplida la edad de jubilación, y esto se debe, por una parte, a las escasas oportunidades de empleo que existen para los trabajadores de edad avanzada, y por otra, a que las personas mayores suelen complementar sus exiguos ingresos por pensiones o jubilaciones empleándose en el sector informal de la economía.

Puede calcularse por grupos de edad y sexo, en cuyo caso se aplica la misma fórmula, sustituyendo en el numerador y en el denominador a las personas de 60 años y más por las del grupo de edad y sexo que se desee. En el cuadro 19, en el que se presenta un ejemplo de este indicador para Brasil en tres períodos de tiempo, se comprueba que la evolución tiene estricta relación con los niveles de cobertura del sistema de seguridad social. Lamentablemente esta situación no es similar en la mayoría de los países de la región, en que este indicador —a la inversa de lo que ocurre en Brasil— está en aumento.

**CUADRO 19**  
**BRASIL: PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES OCUPADAS**  
**EN EL SECTOR INFORMAL POR EDAD Y SEXO, 1983, 1993 Y 2003**

Grupos edad	1983			1993			2003		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
60 a 64 años	26,1	24,7	25,8	17,3	19,4	17,9	15,0	19,5	16,4
65 a 69 años	28,0	21,1	26,6	18,0	18,1	18,0	15,6	20,1	16,8
70 a 74 años	24,7	25,1	24,8	17,7	19,3	18,1	15,5	17,1	15,9
75 a 79 años	22,7	18,7	22,1	16,1	10,4	15,2	9,6	14,3	10,7
80 y más años	17,5	25,8	19,3	14,4	7,7	13,3	11,1	6,4	10,0
Total 60 años y más	26,0	23,5	25,5	17,4	18,4	17,6	14,8	18,7	15,9

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (IBGE/PNAD), 1983, 1993 y 2003.

*Proporción de ocupados de edad avanzada en empleo asalariado*

Constituye un indicador alternativo que mide *la relación entre las personas mayores que están trabajando como asalariadas y el total de personas mayores ocupadas*.

$$(22) \quad \left[ \frac{N_{60+As}}{N_{60+Oc}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+As}$  : población de 60 años y más que trabaja en relación de dependencia con un patrón (empresa privada o el Estado) y que recibe un pago por su trabajo en forma de sueldo, salario o jornal.

$N_{60+Oc}$  : población de 60 años y más que trabajó al menos una hora en la semana de referencia o que, aunque no hubiera trabajado, tenía un empleo del cual estuvo ausente por razones circunstanciales (enfermedad, vacaciones, etcétera).

En el cuadro 20 se presenta un ejemplo de este indicador para algunos países seleccionados: su valor es relativamente reducido en la población de edad avanzada, y en aquellos países con economías precarias tiende a decrecer. Sólo en Uruguay la proporción de personas mayores asalariadas supera a la mitad de la población ocupada.

**CUADRO 20**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROPORCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR**  
**OCUPADA EN EMPLEO ASALARIADO, PAÍSES SELECCIONADOS, 1990-2001**

País	Año encuesta	Proporción de población en empleo asalariado
Argentina	1990	31,6
	2001	39,8
Brasil	1990	24,8
	1999	15,6
Chile	1990	41,9
	2000	46,7
Colombia	1992	27,0
	2000	21,5
Ecuador	1990	33,6
	2001	22,0
Honduras	1990	26,4
	2000	20,0
Panamá	1991	24,6
	2000	26,8
Paraguay	1990	36,4
	2001	13,7
México	1990	38,3
	2001	38,9
Uruguay	1991	53,8
	2000	52,0
Rep. Bolivariana de Venezuela	1994	21,3
	2001	24,0

Fuente: Fabio Bertranou y Andrea Sánchez, *Tendencias e indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina*, versión preliminar, Ginebra, OIT, 2003.

#### *Duración de la jornada laboral*

Suele expresarse como *el número de horas trabajadas semanalmente*. Este indicador permite, por ejemplo, evaluar si la transición del empleo al retiro va acompañada por una reducción de la jornada laboral.

En el cuadro 21 se expone un ejemplo de las horas trabajadas por la población adulta mayor ocupada. Se advierte que, en la mayoría de los países, las personas mayores trabajan un número significativo de horas (muy cercano al promedio de 40 horas semanales). Con todo, en varios países hay una disminución de este indicador entre 1990 y 2001.

**CUADRO 21**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS**  
**SEMANALAMENTE (POR LOS TRABAJADORES OCUPADOS),**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, 1990-2001**

País	Año encuesta	Horas trabajadas
Argentina	1990	-
	2001	39,4
Brasil	1990	42,0
	1999	34,9
Chile	1990	-
	2000	50,0
Colombia	1992	46,3
	2000	42,6
Ecuador	1990	42,0
	2001	40,6
Honduras	1990	40,3
	2000	41,4
Panamá	1991	18,1
	2000	23,9
Paraguay	1990	46,6
	2001	38,7
México	1990	38,0
	2001	38,9
Uruguay	1991	37,3
	2000	36,0
Rep. Bolivariana de Venezuela	1994	39,7
	2001	37,0

Fuente: Fabio Bertranou y Andrea Sánchez, *Tendencias e indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina*, versión preliminar, Ginebra, OIT, 2003.

Es importante mencionar que este análisis puede ser complementado con indicadores de transición del empleo al retiro, esto es, calcular y comparar la trayectoria de estos indicadores entre los grupos de edad de 50 a 59 años y de 65 años y más.

## 2.2 Indicadores de seguridad social

El concepto de seguridad social ha estado sujeto a una permanente evolución, que puede llevar a diversas interpretaciones. Tradicionalmente, considera a todo régimen o programa establecido por ley o por cualquier disposición obligatoria que garantiza una protección, sea a través de prestaciones en dinero o en especie, en caso de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, desempleo, maternidad, enfermedad común, invalidez, vejez, jubilación, sobrevivencia o muerte, e incluye, entre otros, prestaciones por hijos y por otros miembros de la familia, prestaciones de salud, prevención, rehabilitación y cuidados de larga duración. El término puede incluir al seguro social, a la asistencia social, a los regímenes de prestaciones mutuales, a los fondos de previsión y a los otros regímenes especiales (Bertranou, 2005).

Los programas de jubilaciones y pensiones forman parte del sistema de seguridad social, y constituyen una de las fuentes formales de seguridad económica de las personas mayores. Tienen una larga historia, existiendo una gran diversidad de tipos de organización, financiamiento y desempeño (Mesa Lago, 1978). Los cambios demográficos y la precaria situación fiscal de los países de la región fueron argumentos importantes para que estos programas se modificaran, y constituyeran probablemente una de las áreas de reforma más intensa y controvertida de las políticas públicas de las últimas décadas (Bertranou, 2005).

El objetivo principal de los programas de jubilaciones y pensiones consiste en proteger a la población del riesgo de pérdida de ingresos en la vejez. La protección puede brindarse en el marco de un esquema contributivo (con financiación específica propia) o no contributivo (con financiación de rentas generales). La forma de medir el alcance y la calidad de estos programas es a través de indicadores de cobertura previsional.

La cobertura se refiere al alcance de un programa o sistema respecto a cierta población objetivo. En la práctica se encuentran dos situaciones: algunos países han contemplado a la población en su totalidad —cobertura universal—, mientras que otros restringen la cobertura, incluyendo sólo a quienes participan de la actividad económica, y que por ende cuentan con capacidad contributiva. Otro aspecto relevante de la cobertura tiene que ver con la cuantía de los beneficios, también denominada calidad de los ingresos percibidos en la vejez por concepto de jubilaciones o pensiones (Bertranou, Grushka y Rofman, 2001)

Existen dos áreas de indicadores para medir la cobertura: la cobertura previsional en la vejez, que se centra en el alcance y la calidad de los programas de jubilaciones y pensiones en la actual población de edad avanzada, y la cobertura previsional de largo plazo, que se enfoca en las contribuciones que se hacen en las edades activas. Debido a la calidad y falta de homogeneidad de los datos para calcular estos indicadores, es importante considerar las mediciones y comparaciones sólo como aproximaciones a la cobertura real de este tipo de programas.

### 2.2.1 Cobertura previsional en la vejez

Un indicador clásico de cobertura previsional en la vejez es la proporción de personas mayores que percibe jubilación o pensión. Su ventaja es que resume la eficacia de los sistemas de protección social para proveer ingresos en la edad avanzada; no obstante, una evaluación más completa debe considerar además la adecuación del valor de las jubilaciones y pensiones.

*Proporción de personas mayores con jubilación o pensión*

Este indicador calcula el *número relativo de personas mayores que perciben algún beneficio previsional, ya sea pensión y/o jubilación, sobre el total de la población adulta mayor.*

$$(23) \quad \left[ \frac{N_{60+jp}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+jp}$  : población de 60 años y más que declara en la encuesta o censo percibir algún beneficio previsional, ya sea pensión y/o jubilación.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

La fuente de datos para el cálculo de este indicador suele ser una pregunta específica en el censo y/o en las encuestas, lo que permite el análisis para distintos subgrupos (edad, sexo, jurisdicciones, nivel educativo, situación conyugal). Esta posibilidad es importante, porque en la cobertura previsional en la vejez influyen distintos factores, tales como el tipo de empleo en la edad activa, el sexo y la zona de residencia. Los estudios realizados por la CEPAL y la OIT muestran, por ejemplo, que la cobertura es más alta en aquellas personas mayores que trabajaron como asalariadas que entre las que lo hicieron como independientes, en las zonas urbanas más

que en las rurales, y entre los hombres más que entre las mujeres, por lo que una correcta desagregación de este indicador permite ubicar más acertadamente a aquellos grupos que no acceden a ingresos por seguridad social, y por ende constituyen un sector que depende de otras fuentes de ingresos para lograr cierta seguridad económica en la vejez.

En el cuadro 22 se presenta un ejemplo de los valores de este indicador para algunos países seleccionados, constatándose la existencia de considerables diferencias de género en la cobertura de jubilaciones y pensiones entre las personas mayores, desde un mínimo de un 1% entre las mujeres rurales de Bolivia, hasta un máximo de 87% entre las mujeres urbanas de Brasil.

En la mayoría de los países, los hombres perciben pensiones y jubilaciones en mayor proporción ya que, como se adelantó, ésta generalmente se relaciona con la inserción laboral pasada, que ha sido históricamente mayor entre los hombres que entre las mujeres. Además, la percepción de este tipo de ingresos es mayor en las zonas urbanas que en las rurales (exceptuando a Brasil), lo que es reflejo de que los sistemas de pensiones a menudo sólo protegen a los trabajadores asalariados y no a los informales (que se dan mayoritariamente en áreas rurales).

**CUADRO 22**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PERCEPCIÓN DE INGRESOS POR JUBILACIONES**  
**Y PENSIONES, SEGÚN SEXO, GRUPOS DE EDAD Y ÁREA DE RESIDENCIA,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, CIRCA 2000**

	60 a 64 años			70 años y más			Total 60 años y más		
	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos
Urbano									
Bolivia	31	17	24	37	17	25	33	16	23
Honduras	49	26	35	29	12	19	38	19	27
Brasil	58	58	58	94	86	89	78	74	76
México	29	12	20	41	18	28	37	16	26
Argentina	45	41	43	91	79	83	73	64	67
Chile	40	41	41	87	70	76	66	58	61
Rural									
Bolivia	4	2	3	5	1	3	5	1	3
Honduras	73	22	48	52	12	33	64	16	41
Brasil	63	78	71	85	87	86	83	87	85
México	7	2	5	10	7	8	10	5	7
Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	23	25	24	76	54	66	55	42	48

Fuente: CEPAL, elaborado en base a los datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Este mismo indicador puede ser calculado según el tipo de cobertura: en varias encuestas específicas se incorpora la distinción entre jubilaciones contributivas (por trabajo) y no contributivas (prestaciones monetarias que no requieren haber realizado aportes a un sistema de pensiones). Si bien el indicador agregado permite determinar qué tan generalizada está la cobertura de jubilaciones o pensiones, la desagregación del indicador según tipo permite establecer cuál de los dos modelos de pensiones (contributivo y no contributivo) tiene mayor cobertura. Además, teniendo en cuenta que los esquemas no contributivos de pensiones pueden tener efectos significativos en la reducción de la pobreza en la población adulta mayor (CEPAL, 2006a), conocer el porcentaje de personas mayores que accede a los beneficios orientados a los aportantes de menores ingresos es de gran utilidad.

Una limitación de este indicador es que considera como “sin cobertura” a personas mayores que todavía desarrollan actividades laborales, y que reciben un ingreso por la ocupación

desempeñada y no por jubilación o pensión. Además, ignora que en muchos casos (especialmente en las mujeres) la cobertura puede estar disponible a través del salario o de la jubilación del cónyuge, por lo que sería más conveniente avanzar a futuro en la evaluación de la cobertura por hogar en vez de la individual.

*Promedio mensual de ingresos por jubilaciones o pensiones en la vejez*

La cuantía de los beneficios es otro aspecto relevante de la cobertura, referido a su intensidad o profundidad. Este atributo puede calcularse en términos de líneas de pobreza per cápita de los países, esto es, *el promedio mensual de ingresos percibidos por pensiones o jubilaciones como múltiplo de la línea de pobreza per cápita* de cada país.

$$(24) \quad \frac{X_{i_{jp}}}{LP}$$

Donde:

$X_{i_{jp}}$ : promedio mensual de ingresos percibidos por pensiones o jubilaciones.

$LP$ : línea de pobreza per cápita.

Este indicador da cuenta del rendimiento de los ingresos por jubilaciones y pensiones en cada país, pero desconoce la disponibilidad de activos distintos del dinero, como por ejemplo propiedades o producción para el autoconsumo en ciertas áreas rurales. Otra limitación es que, al utilizar la medida de “promedio”, puede ocultar diferencias en la forma de la distribución de la variable ya que, por ejemplo, unos pocos casos que perciban altos ingresos pueden aumentar el promedio de manera considerable.

En el cuadro 23 se presenta un ejemplo de este indicador para algunos países seleccionados. Como se puede constatar, los ingresos por jubilaciones y pensiones suelen ser mayores en las zonas urbanas que en las rurales.

**CUADRO 23**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROMEDIO MENSUAL DE INGRESOS**  
**POR JUBILACIONES Y POR TRABAJO EN LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS,**  
**SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS, CIRCA 2000**

	Promedio mensual de ingresos por jubilaciones	
	Área urbana	Área rural
Bolivia	3,5	3,7
Honduras	1,6	1,4
Brasil	3,6	2,2
México	2,0	2,1
Argentina	2,3	2,8

Fuente: CEPAL, elaborado en base a los datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Usualmente este indicador se utiliza para comparar los ingresos obtenidos por jubilaciones y pensiones con aquellos logrados por trabajo, lo que permite complementar el análisis respecto a los beneficios de la seguridad social como suplemento del ingreso por trabajo en las edades avanzadas.

*Distribución porcentual de la población con jubilaciones y pensiones por distintos tramos de ingresos*

Permite complementar la información que provee el indicador antes descrito, pues es una medida que distribuye la población adulta mayor con jubilación y pensión según quintiles de ingreso expresados en líneas de pobreza.

Para el cálculo de este indicador se debe conocer el valor de la línea de pobreza (*LP*) del país, y a partir de ese valor crear 5 categorías:

- a)  $Q_1$  = menos de 1 *LP*
- b)  $Q_2$  = 1 a 2 *LP*
- c)  $Q_3$  = 2 a 3 *LP*
- d)  $Q_4$  = 3 a 5 *LP*, y
- e)  $Q_5$  = más de 5 *LP*.

Ya conociendo el rango de ingresos de cada una de las categorías, se calcula el ingreso promedio de cada una de las personas mayores con jubilaciones y pensiones, para luego distribuirlas de manera absoluta y porcentual en las categorías construidas. De esta forma, en cada casillero se ubicará el porcentaje de personas según quintiles de ingresos.

$$(25) \quad \left[ \frac{N_{60+Q1}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+Q1}$  : población de 60 años y más que recibe ingresos por jubilación o pensión de un monto menor a la línea de pobreza.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Nota: para calcular el resto de las categorías sólo es necesario reemplazar el numerador ( $N_{60+Q1}$ ) por  $N_{60+Q2}$ ,  $N_{60+Q3}$ ,  $N_{60+Q4}$  o  $N_{60+Q5}$ .

En el cuadro 24 se presenta un ejemplo de este indicador, y se aprecia el quintil de ingresos donde se concentra la mayoría de la población que percibe jubilaciones y pensiones. Mientras que en Honduras y México urbano la mayoría recibe menos de una *LP*, en Brasil, Chile urbano y Argentina urbana se concentra entre 1 y 2 *LP*, y en Bolivia y Chile rural, entre 2 y 3 *LP*.

**CUADRO 24**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL**  
**DE LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN MONTO**  
**DE LAS JUBILACIONES Y PENSIONES, POR ÁREA DE RESIDENCIA,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, CIRCA 1997**

	Monto de las jubilaciones y pensiones, expresado en líneas de pobreza				
	Menos de 1	1 a 2	2 a 3	3 a 5	Más de 5
Área Urbana					
Bolivia	13	43	22	13	9
Honduras	59	29	7	1	4
Brasil	10	59	8	8	15
México	68	19	7	3	3
Argentina	15	49	17	11	9
Chile	5	45	15	15	19
Área Rural					
Bolivia	4	26	42	27	1
Honduras	45	44	4	7	0
Brasil	1	94	2	1	1
México	16	66	10	7	1
Argentina	-	-	-	-	-
Chile	8	17	54	16	5

Fuente: Comisión Económica para América Latina (CEPAL), *Panorama Social de América Latina, 1999-2000*, Santiago de Chile, 2000, sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

### 2.2.2 Cobertura previsional de largo plazo

En términos generales, la cobertura de los sistemas ha sido tradicionalmente medida a través del cálculo, en un momento del tiempo, de la proporción del total de trabajadores activos que efectúa o ha efectuado, en un período determinado, contribuciones al sistema. Esta medida es una buena aproximación a la cobertura por invalidez o fallecimiento, ya que por lo general los sistemas cubren riesgos para los trabajadores que se encuentran pagando contribuciones —y para los miembros de su grupo familiar— ante siniestros de invalidez o fallecimiento del trabajador. Sin embargo, esta forma de medir el alcance de la cobertura limita la posibilidad de dar cuenta de la medida en que los adscritos a un régimen de jubilaciones tendrán derecho a una jubilación con carácter vitalicio.

En efecto, debido a que los datos de este indicador cambian a lo largo del tiempo —ya que las personas entran y salen de la fuerza laboral y, aun estando dentro de la fuerza de trabajo, pueden dejar de contribuir en los períodos en que trabajan en el sector informal o como independientes o, trabajando como dependientes, debido a incumplimiento del empleador—, es conveniente complementar esta información con la cobertura previsional en la vejez y con la adecuación del valor de las jubilaciones, ambos descritos en los apartados anteriores.

#### *Porcentaje de personas en edad activa que se encuentran cotizando*

Este indicador mide la proporción de personas de edades activas que están inscritas (afiliadas) en alguno de los regímenes jubilatorios, y se calcula a partir del *cociente entre contribuyentes y la población económicamente activa (PEA)*.

$$(26) \quad \left[ \frac{N_c}{PEA} \right] * 100$$

Donde:

$N_C$  : total de personas en edades activas que están inscritas (afiliadas) en alguno de los regímenes jubilatorios.

$PEA$  : población que durante el período de referencia se encontraba trabajando o buscando trabajo (población ocupada + población desocupada).

En el cuadro 25 se presenta un ejemplo de la cobertura previsional en edades activas. A modo de muestra, estos datos expresan la importante heterogeneidad regional producto de las distintas realidades sociolaborales de los países, lo que más tarde se puede traducir en situaciones de desprotección al final del ciclo de vida. Si se comparan estos resultados con los datos de cobertura previsional en la vejez, se puede visualizar que la cobertura en las edades activas suele ser mayor que la cobertura en la vejez y esto se debe, entre otras razones, a que la trayectoria de cotizaciones de los trabajadores no es homogénea durante toda la vida activa, y parte de ellos desertan del sistema antes de alcanzar la edad de jubilación.

**CUADRO 25**  
**AMÉRICA LATINA: COBERTURA PREVISIONAL EN EDADES ACTIVAS,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, CIRCA 2000**

País	Porcentaje de cobertura
Argentina (2003)	40,3
Bolivia (2002)	10,9
Brasil (2001)	49,0
Chile (2003)	63,4
Colombia (2002)	22,3
Costa Rica (2002)	52,1
Ecuador (2003)	23,3
El Salvador (2000)	31,6
Guatemala (2000)	19,9
México (2000)	39,3
Nicaragua (2001)	19,4
Panamá (2000)	59,0
Paraguay (2001)	14,8
Perú (2002)	14,4
Uruguay (2002)	65,0
Rep. Bolivariana de Venezuela (2000)	40,0

Fuente: Fabio Bertranou, "Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: Enfrentando los desafíos del envejecimiento y la seguridad de los ingresos", Revista *Bienestar y política social*, Volumen 1, Número 1, México, Universidad Iberoamericana, 2005, pp. 35-58.

La dificultad para el cálculo de este indicador es que el numerador debe provenir de registros que no necesariamente permiten el mismo nivel de desagregación y/o periodicidad. Alternativamente, las fuentes de datos poblacionales suelen permitir la obtención de la proporción de empleados sin descuento jubilatorio, generalmente restringido a trabajadores asalariados.

Otra limitación de este indicador es que la definición de inscrito o afiliado incluye implícitamente a los llamados "asalariados típicos", empleados en el sector formal de la economía que mantienen tal categoría por el transcurso de su vida activa, están cubiertos por los riesgos de mortalidad e invalidez y, muy probablemente, tendrían derecho a una jubilación al llegar a la edad requerida por la reglamentación vigente. Sin embargo, tanto las definiciones y los conceptos

involucrados como los distintos indicadores han aumentado su complejidad y disminuido su precisión con los cambios registrados en el mercado laboral (específicamente la mayor rotación de trabajadores, el crecimiento del desempleo y la proliferación de formas flexibles de contratación o modalidades promovidas). También la introducción de nuevos sistemas previsionales genera la necesidad de adaptar estos conceptos.

## RECUADRO 2

### CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL, PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS Y ASISTENCIALES

El régimen financiero de capitalización individual otorga beneficios plenamente financiados con la reserva de activos acumulada por los trabajadores. En este sistema, la administración de los recursos previsionales se entrega a sociedades privadas especializadas, entre las cuales los trabajadores pueden escoger. El Estado se reserva el rol de regulador-supervisor y se mantiene como garante en última instancia. Las pensiones de invalidez y sobrevivencia se financian, bajo este régimen, con una combinación de ahorro personal y un seguro colectivo de vida e invalidez (CEPAL, 2003). En los regímenes de capitalización individual, las personas necesitan que la cantidad de recursos acumulados en sus cuentas sean suficientes para financiar beneficios adecuados desde el punto de vista social y económico. Para evaluar la cobertura en estos regímenes se recurre a la densidad de cotizaciones, definida como el cociente entre los meses cotizados y el número de meses transcurridos desde la afiliación. En este sentido, cobra especial importancia el desarrollo de encuestas y/o bases de datos que permitan captar las historias laborales y previsionales.

Otra fuente de ingresos de las personas mayores, especialmente de aquellas en situaciones de pobreza, proviene de los programas de pensiones no contributivas y asistenciales (PNCyA). Las condiciones para su adquisición están generalmente desvinculadas de la trayectoria laboral del beneficiario, y el financiamiento proviene de impuestos a los ingresos generales. Las prestaciones que conceden son modestas y relativamente uniformes. La cobertura está vinculada con la población destinataria del programa y el nivel de recursos asignados al mismo. En general, estos programas representan sólo erogaciones desde el punto de vista fiscal y enfrentan una severa restricción presupuestaria, debido a que compiten con otros programas sociales tanto universales como focalizados.

Existen indicadores relevantes vinculados a la importancia y al alcance de este tipo de pensiones, como la proporción de población (total o mayor de cierta edad) que recibe PNCyA o la proporción de receptores de PNCyA respecto al total de receptores de beneficios previsionales. Otro enfoque consiste en un acercamiento más económico que demográfico, por lo que se trata de establecer la relevancia de las PNCyA a través de su peso en las finanzas públicas. Así surgen tres indicadores, que vinculan el gasto en PNCyA con el gasto previsional total, el gasto público social y el PIB.

Fuente: Comisión Económica para América Latina (CEPAL), *La situación de las personas mayores* (DDR/1), documento de referencia presentado a la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

## 2.3 Pobreza

En la bibliografía sobre el bienestar y los niveles de vida, el término “pobreza” no tiene una definición clara y universal, pues no sólo se refiere a la privación de bienes y servicios, sino también a cuestiones de tipo valorativo y moral, que cada individuo sopesa de manera diferente en un momento determinado.

Mientras algunos asocian la pobreza con la capacidad de las personas de satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, otros utilizan criterios relacionados con salud, vivienda, educación, ingresos, gastos, o con aspectos más amplios como identidad, derechos humanos, participación, entre otros. De este modo, un criterio de medición podría ser la capacidad adquisitiva o el gasto en consumo de las personas por debajo de un mínimo requerido, pero también podría evaluarse a partir de la falta de acceso de un hogar al servicio básico de agua o de luz, o las limitaciones para el acceso a servicios de salud y educación.

Como es de prever, no existe un consenso internacional respecto de un único método de medición de la pobreza, puesto que este concepto está relacionado con las distintas condiciones de insatisfacción y privación del ser humano. Sin embargo, los investigadores concuerdan en que debe definirse de manera simple y observable, y para ello generalmente se parte de la premisa de que existe pobreza en una sociedad cuando una o más personas muestran un nivel de bienestar inferior al mínimo necesario para la sobrevivencia. Desde el punto de vista estadístico, el problema consiste entonces en definir una variable que refleje el bienestar, y en determinar el mínimo necesario para la sobrevivencia, en términos de esa variable. Los que estén por debajo de ese mínimo serán considerados pobres, y su proporción con respecto a la población total será la tasa de pobreza en la sociedad en estudio.

Para cuantificar la pobreza generalmente se consideran tres métodos de medición, internacionalmente reconocidos: el de la línea de la pobreza (*LP*), el de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y el integrado, que combina los dos anteriores (véase recuadro 3).

### **2.3.1 La pobreza en la vejez**

La pobreza en la vejez es la expresión de la desigualdad extrema. Para algunos autores (Wolf, 1989) está relacionada con fases particulares de vulnerabilidad en el ciclo de vida; es decir, la edad pasa a constituirse en una condición de fragilidad en que los individuos descienden bruscamente del nivel de subsistencia al de pobreza con más facilidad que en otras etapas. Este argumento es seguido por Hurd (1989), para quien las transferencias públicas a las personas mayores se justifican en la premisa de que ellas son más vulnerables a la incertidumbre, pues tienen menor probabilidad de recuperarse ante una pérdida de ingreso o por el gasto de servicios médicos.

En la actualidad este argumento no está exento de críticas, ya que su surgimiento y desarrollo deriva de teorías que describían a las personas mayores como víctimas del proceso de industrialización, que perjudicaba su bienestar. A ello se suman las evidencias que indican que, tanto en algunos países desarrollados de Europa como en los Estados Unidos, el colectivo de personas mayores es el grupo social con menor incidencia de la pobreza (Murphy, 1999).

En los países en desarrollo, las transiciones hacia el retiro y la viudez reducen los ingresos ajustados por necesidades y aumentan la probabilidad de pobreza en los hogares con personas mayores, pero las evidencias indican que esta probabilidad no radica en la edad, sino en características individuales y generacionales en que ha transcurrido la historia laboral y de acumulación de activos de las actuales personas mayores (Huenchuan, 2006).

### RECUADRO 3 MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA POBREZA

*Línea de la Pobreza:* internacionalmente, este método es el más utilizado para la medición de la pobreza. Emplea como medidas del bienestar el ingreso o el gasto de consumo, estableciendo un valor per cápita de una canasta mínima de consumo (CBA) necesario para la sobrevivencia, el cual permite la diferenciación de los niveles de pobreza.

Dado que los requerimientos nutricionales son diferentes según la edad, el sexo y la actividad de las personas, es necesario hacer una adecuación que refleje las características de cada individuo, para lo cual se toma como unidad de referencia al hombre adulto, de 30 a 59 años, con actividad moderada.

Con este método, son considerados pobres extremos quienes tienen ingresos o gastos per cápita por debajo del valor de la CBA, pobres no extremos quienes tienen ingresos o gastos per cápita por encima de dicho valor pero por debajo de la *LP* total (es decir, cuando pueden financiar el costo de una canasta mínima de alimentos pero no el de una canasta mínima total) y no pobres quienes tienen ingresos o gastos per cápita por encima de la *LP* total.

El método de *LP* por ingreso proporciona un indicador de coyuntura sobre la situación de la pobreza, y por lo tanto es sensible a los cambios de corto plazo en las condiciones económicas y sociales de un país. Por esta razón, existe una orientación en los países de América Latina y el Caribe a realizar estos estudios con periodicidad anual. En la medida en que no toma en cuenta otras dimensiones, el método de *LP* solamente capta una visión parcial de la pobreza.

*Necesidades Básicas Insatisfechas:* este método toma en consideración un conjunto de indicadores relacionados con necesidades básicas estructurales (vivienda, educación, salud, infraestructura pública, etcétera) que se requieren para evaluar el bienestar individual. A diferencia de la *LP*, este indicador se refiere a la evolución de la pobreza estructural, por lo que no es sensible a los cambios de la coyuntura económica, y por lo tanto ofrece una visión más estable del comportamiento de la pobreza. Con este método se considera población en situación de pobreza a aquella que tiene al menos una necesidad básica insatisfecha, y como pobres extremos a los que presentan dos o más indicadores en esa situación. Otra particularidad de este enfoque es que considera mediciones más específicas de cada país, lo que presenta a la vez un problema de comparabilidad, puesto que el conjunto de indicadores de NBI, así como los límites para considerar una necesidad como “insatisfecha”, pueden variar de país en país.

Entre las limitaciones de este método se encuentran: a) que todos los indicadores utilizados tienen el mismo peso, b) que considera igualmente pobre a un hogar que indistintamente tiene una, dos o tres NBI, c) que por facilidades de medición se privilegia a los indicadores de vivienda y d) que los indicadores de NBI no son igualmente relevantes para los hogares que se encuentran en distintas etapas de su ciclo familiar, por ejemplo, los referidos a escolarización de los niños sólo son aplicables a hogares con niños, pero no a los de personas mayores. Asimismo, la utilización de indicadores de servicios para el área rural presenta problemas conceptuales: en la medida en que el área rural es en mayor proporción un ámbito natural, utilizar los mismos indicadores del área urbana sobrestimaría la pobreza “real”.

*El método de medición integrado:* combina los métodos de *LP* y NBI. Se clasifica a la población en los siguientes cuatro grupos: 1) pobres crónicos, que son los grupos más vulnerables porque tienen al menos una NBI e ingresos o gastos por debajo de la *LP*; 2) pobres recientes, es decir, aquellos que tienen sus necesidades básicas satisfechas pero cuyos ingresos están por debajo de la *LP*; 3) pobres inerciales, que son aquellos que tienen al menos una NBI, pero sus ingresos o gastos están por encima de la *LP*; 4) integrados socialmente, es decir los no pobres, que no tienen NBI y cuentan con ingresos o gastos por encima de la *LP*.

Este método presenta la ventaja de reconocer segmentos diferenciados entre los pobres para definir las políticas económicas y sociales, sin embargo, en la medida que los indicadores utilizados por ambos métodos (NBI y *LP*) tienen comportamientos diferentes a lo largo del tiempo, podrían identificarse situaciones de pobreza estructural (bajo el enfoque de NBI) y de pobreza coyuntural (bajo el enfoque de *LP*). La principal limitación de este método es que el porcentaje total de pobres siempre resulta mayor que el que proporciona cualquiera de los dos métodos que lo integran.

Cuando se analiza la situación de pobreza en la vejez, desagregando los datos por zona de residencia, grupos de edad, sexo u origen étnico, es posible ubicar notables diferencias. En Costa Rica, por ejemplo, la probabilidad de que una persona mayor rural sea pobre es casi un 50% más alta que la de una persona de 10 a 59 años (Brenes, 2004). En Panamá, el 27,4% de la población adulta mayor se encuentra en situación de pobreza, pero cuando se analizan los datos según zona de residencia, la incidencia de la pobreza aumenta al 64,9% en las zonas rurales, y en las comarcas indígenas el porcentaje de personas mayores pobres crece al 95,4% (Panamá, MIDES, 2004). En México, desde una perspectiva del ciclo de vida, estudios del Consejo Nacional de Población (México, CONAPO) (2003) han demostrado que, durante la vida adulta, las etapas de menor incidencia de la pobreza alimentaria se presentan a partir de los 45 años de edad. En el caso de los hombres, la proporción de pobres se mantiene alrededor del 17% hasta los 65 años y, a partir de entonces, asociado a su creciente salida de la actividad económica, se inicia una tendencia ascendente en su empobrecimiento, hasta alcanzar el 31,3% entre los mayores de 75 años.

En este sentido, hay que recordar que la posición económica de la actual generación de personas mayores es producto de factores generacionales derivados del desarrollo de sistemas de seguridad social, empleo formal, hábitos de consumo y ahorro que favorecen una mejor situación económica. Todos estos factores experimentarán cambios a futuro, entre ellos el más importante estará relacionado con las características del empleo y de la cobertura del sistema de seguridad social (Huenchuan, 2006).

Este fenómeno no siempre es auténticamente rescatado en los indicadores tradicionales de medición de la pobreza, puesto que aún no existe un corpus adecuado de medición que permita captar con certeza el alcance e incidencia de la pobreza en la vejez.<sup>10</sup> Es por esto que cualquier cifra obtenida a partir de los tradicionales indicadores de pobreza debe considerarse sólo como una aproximación, y requiere un correcto análisis y cruce de variables.

### 2.3.2 Indicadores a nivel de personas

#### *Porcentaje de personas mayores pobres*

Asumiendo que el valor de la *LP* ha sido definido y es conocido, existe una gran cantidad de medidas aplicables para el análisis de pobreza y vejez. La más utilizada por su simpleza es el porcentaje de personas pobres, que se calcula como el *cociente entre el número de personas mayores pobres (q) sobre el total de población adulta mayor por cien*.

$$(27) \quad \left[ \frac{q N_{60+}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$qN_{60+}$ : total de personas de 60 años y más pobres.

<sup>10</sup> Más aún, en el método de Línea de la Pobreza la canasta básica de alimentos se ajusta utilizando los coeficientes de adulto equivalente, y el multiplicador que vincula el consumo total con el de alimentos se aplica uniformemente a todos los hogares, ignorando la existencia de economías de escala y el posible impacto diferencial que puede implicar el costo de la atención de la salud a edades más avanzadas. Dado que la línea de la pobreza puede considerarse subestimada para los hogares con menos miembros que el tamaño medio del hogar en la población de referencia, y que las personas mayores tienden a vivir en hogares de pocos miembros, el método subestima la pobreza entre las personas de este grupo etario.

$N_{60+}$  : total de personas de 60 años y más.

Una de las aplicaciones útiles de este indicador es su desagregación según sexo, grupos de edad y zona de residencia. La comparación de su valor con el del resto de la población arroja una menor incidencia de la pobreza en la población adulta mayor, y la interpretación que se deriva de dichos resultados no siempre es la más adecuada.

El cuadro 26 muestra un ejemplo del cálculo de este indicador según sexo y zona de residencia para Chile en el 2003, y los resultados son interesantes. El 9,7% de las personas mayores se encuentra en situación de pobreza, sin embargo, ésta afecta en mayor proporción a los hombres que a las mujeres mayores. Además, en las áreas rurales la brecha de la pobreza entre hombres y mujeres es ligeramente mayor. Atrae la atención que el porcentaje de pobreza sea menor en las mujeres que en los hombres, pues éstas cuentan con menor acceso a los sistemas contributivos de seguridad social. Probablemente, el rol que cumplen en términos de provisión de ingresos las pensiones no contributivas, conocidas en Chile como “pensiones asistenciales de vejez”, esté incidiendo en esta ligera diferencia en favor de las mujeres.

**CUADRO 26**  
**CHILE: PORCENTAJE DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR**  
**SEGÚN SITUACIÓN DE POBREZA, 2003**

	Urbano			Rural			Total		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Pobre	10,3	9,3	9,7	10,4	8,7	9,5	10,3	9,2	9,7
No Pobre	89,7	90,7	90,3	89,6	91,3	90,5	89,7	90,8	90,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación, División Social, Encuesta CASEN (2003).

*Razón de personas mayores indigentes sobre el total de la población adulta mayor pobre*

Se trata de otro indicador que da cuenta de la intensidad de la pobreza, y se refiere a las personas mayores que, aunque dedicaran la totalidad de sus ingresos a comprar alimentos, no lograrían cubrir adecuadamente sus necesidades nutricionales. Su fórmula de cálculo es:

$$(28) \quad \left[ \frac{iN_{60+}}{qN_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$iN_{60+}$  : total de personas de 60 años y más indigentes.

$qN_{60+}$  : total de personas de 60 años y más pobres.

Los datos para este indicador en algunos países de la región demuestran que la proporción de personas mayores indigentes es menor que en el resto de la población, sin embargo, un correcto análisis debe incluir además las particularidades de la indigencia en la vejez. Algunos estudios señalan al respecto que las personas mayores en estado de indigencia sufren aislamiento, desinformación y fuerte desvinculación de las redes institucionales, derivando

en situaciones de exclusión en las que el modelo de política pública centrado en la demanda se revela como altamente ineficiente (Villalobos, 2005).

En el cuadro 27 se ejemplifica el cálculo del indicador en el caso de Chile, utilizando información de la encuesta CASEN de 2000 y 2003. A inicios de la década, 20 de cada cien personas mayores pobres eran indigentes, y al igual que en el indicador anterior, en los hombres mayores el porcentaje de indigentes era mayor que en las mujeres. Tres años más tarde, la cifra disminuye en 4 puntos, reduciéndose el porcentaje de indigentes con respecto al total de pobres, con una caída mucho más notoria en los hombres que en las mujeres. Los avances en la reducción de la pobreza, y en especial de la indigencia, se deben a la expansión de beneficios estatales dirigidos a los grupos de población de extrema pobreza, entre los cuales las personas mayores califican.

Con todo, sigue existiendo un número importante de personas mayores indigentes y pobres, por lo que es necesario revisar las políticas de erradicación de la pobreza implementadas en el país, para lograr una focalización efectiva en el grupo más vulnerable de la población adulta mayor, o quizás sea necesario determinar nuevos mecanismos más apropiados para disminuir la pobreza en la vejez a inicios del nuevo siglo.

**CUADRO 27**  
**CHILE: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES INDIGENTES SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POBRE, 2000 Y 2003**

Situación de Pobreza	2000			2003		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Indigente	21,9	17,5	19,5	16,6	16,2	16,4
Pobre no indigente	78,1	82,5	80,5	83,4	83,8	83,6
Total pobres	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación, División Social, Encuesta CASEN (2000 y 2003).

### 2.3.3 Indicadores a nivel de hogares

#### *Porcentaje de hogares con personas mayores en condición de pobreza*

Calcula el *porcentaje de hogares con personas mayores cuyo ingreso per cápita es inferior a la línea de la pobreza*.

$$(29) \quad \left[ \frac{{}_q H_{60+}}{H_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

${}_q H_{60+}$ : hogares con personas mayores en situación de pobreza.

$H_{60+}$ : total de hogares con personas mayores con ingreso conocido.

Este indicador es el más utilizado por su fácil comprensión, pero no brinda información sobre qué tan pobres son los hogares pobres, ni toma en consideración la distribución de los

ingresos al interior de los hogares. Se considera una medida del alcance, incidencia o extensión de la pobreza. Es por esto que en algunos países se complementa con información adicional en relación a los hogares pobres con personas mayores, vale decir, la caracterización de la estructura y composición de los hogares, o bien se vincula con otros antecedentes como la jefatura de hogar o la cantidad de personas mayores que residen en el hogar.

*Brecha de la pobreza en la vejez*

Este indicador muestra el *déficit relativo de ingresos de los hogares pobres con personas mayores respecto a la línea de la pobreza*. La brecha puede interpretarse como la distancia entre el ingreso promedio de la población adulta mayor pobre y la línea de pobreza, en términos de esta última.

$$(30) \quad \frac{Z - \mu_z}{Z}$$

Donde:

$Z$  : valor de la línea de la pobreza.

$\mu_z$  : media del ingreso de los hogares pobres con personas mayores.

En este cociente, el numerador refleja el costo mínimo de eliminar la pobreza (al transferir a cada pobre la cantidad exacta que le falta para llegar a la *LP*), mientras que el denominador refleja el costo máximo, al transferir a cada persona (sin saber si es pobre o no) una cantidad  $z$ . En consecuencia, este indicador debe entregar información respecto del ahorro potencial asociado a la focalización en planes de lucha contra la pobreza.

El indicador de brecha de pobreza se considera más completo que el porcentaje de hogares con personas mayores en condición de pobreza, porque no sólo toma en cuenta la proporción de las personas pobres, sino también la diferencia entre sus ingresos y la línea de pobreza, es decir, añade información acerca de la profundidad de la pobreza (CEPAL, 2004).

**RECUADRO 4**  
**INGRESOS DE LOS HOGARES E INGRESOS INDIVIDUALES:**  
**OTRA MIRADA A LA POBREZA DE LAS PERSONAS**

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

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

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

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

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

Fuente: cálculos propios sobre la base de microdatos censales.

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

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Población, envejecimiento y desarrollo* [LC/G.2235(SES.30/16)], Santiago de Chile, 2004, documento presentado al trigésimo período de sesiones.

## Ejercicios

1) Calcule el porcentaje de personas en edad activa afiliadas y cotizantes en el sistema previsional argentino en 2001, para cada uno de los subsistemas (reparto y cotización individual) y total, a partir de la información provista. Considere que la población económicamente activa a 2001 era de 22.424.815 personas. Con los indicadores obtenidos realice un análisis comparativo de los resultados.

**CUADRO E3**  
**ARGENTINA: AFILIADOS Y COTIZANTES EN EL SISTEMA INTEGRADO**  
**DE JUBILACIONES Y PENSIONES, DICIEMBRE 2001**

	Total	Reparto	Capitalización	Indecisos, sin identificar e inconsistentes
Afiliados <sup>a</sup>	11 258 154	2 199 227	8 920 126	138 801
Cotizantes <sup>b</sup>	3 468 067	555 794	2 799 901	112 372

Fuente: Argentina, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

a: personas obligadas a realizar aportes de acuerdo a la Ley N° 24.241, incorporadas al padrón respectivo.

b: afiliados que ingresaron efectivamente sus aportes en el período de referencia.

2) Calcule la tasa de participación económica de la población guatemalteca según sexo y grupos de edad para el último censo de población (2002). Con los resultados obtenidos, advierta las diferencias en las tasas de participación económica de las personas mayores según sexo y compárelas con el resto de la población.

**CUADRO E4**  
**GUATEMALA: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**  
**DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO, 2002**

Grupos de edad	Condición de ocupación	Hombre	Mujer	Total
15 a 29 años	PEA	1 006 948	410 535	1 417 483
	PEI	417 307	1 169 872	1 587 179
	Total	1 424 255	1 580 407	3 004 662
30 a 39 años	PEA	499 188	198 839	698 027
	PEI	72 233	457 361	529 594
	Total	571 421	656 200	1 227 621
40 a 49 años	PEA	382 718	142 331	525 049
	PEI	59 693	339 106	398 799
	Total	442 411	481 437	923 848
50 a 59 años	PEA	247 719	74 517	322 236
	PEI	54 674	240 354	295 028
	Total	302 393	314 871	617 264
60 años y más	PEA	213 809	47 757	261 566
	PEI	140 606	311 608	452 214
	Total	354 415	359 365	713 780
Total	PEA	2 350 382	873 979	3 224 361
	PEI	744 513	2 518 301	3 262 814
	Total	3 094 895	3 392 280	6 487 175

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población de Guatemala, 2002.

PEA: población económicamente activa, que declara en el censo o encuesta que trabajó la semana anterior a la de referencia, o que estuvo ausente temporalmente pero tenía un empleo, o que estuvo buscando trabajo remunerado en los últimos dos meses.

PEI: población económicamente inactiva, que declara en la encuesta o censo haber estudiado o realizado actividades en el hogar, o es jubilado o pensionado, o está inhabilitado para trabajar.

3) De acuerdo a la información de los cuadros E5 y E6, referida a la situación de pobreza en las personas mayores del Gran Buenos Aires (1995) y Paraguay (2000-2001), responda:

- a) ¿Se observan diferencias en los resultados arrojados por uno y otro método de medición de la pobreza? ¿Tiene el mismo sentido esta diferencia para ambas encuestas? ¿A qué puede deberse?
- b) Refiérase a la influencia de la percepción de jubilación en la incidencia de la pobreza en la población adulta mayor.

**CUADRO E5**  
**GRAN BUENOS AIRES: PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS**  
**CON NBI Y BAJO LA LP SEGÚN PERCEPCIÓN DE JUBILACIÓN, 1995**

	Con NBI		Bajo LP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sin jubilación	11,8	8,7	18,0	26,1
Con jubilación	2,9	3,0	13,2	4,7

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares, 1995.

**CUADRO E6**  
**PARAGUAY: PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS CON NBI**  
**Y BAJO LA LP SEGÚN PERCEPCIÓN DE JUBILACIÓN, 2000-2001**

	Con NBI		Bajo LP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sin jubilación	59,9	49,9	31,6	26,4
Con jubilación	28,8	18,6	0,6	2,4

Fuente: Encuesta Integrada de Hogares 2000-2001.

4) Señale brevemente qué indicador sería apropiado utilizar si quisiera conocerse la profundidad de un sistema previsional en un país con altos índices de desigualdad en la distribución del ingreso.

5) Indique qué método de medición de la pobreza resultaría más apropiado en cada una de estas situaciones, justifique su respuesta:

- a) Se quiere conocer la incidencia a corto plazo sobre los niveles de pobreza de la población adulta mayor de una situación coyuntural como la atravesada por países de la región por influencia de la crisis asiática.
- b) Se quieren conocer los efectos en las condiciones de vida de las personas mayores de las políticas de ajuste y de reestructuración económica, de corte neoliberal, aplicadas en varios países de la región, sobre todo desde la década de 1990.

6) En base a los datos del cuadro E7, correspondientes a la población adulta mayor costarricense para 2000, calcule la tasa de empleo en la vejez según sexo y subgrupo etario, y la tasa de desocupación para el grupo etario en su conjunto. Considere que las personas mayores eran por entonces 301.474 personas, y la población económicamente activa de este grupo de edad ascendía a 59.504 personas. Examine los resultados, prestando atención a los diferenciales según sexo y edad de la población que se proveen en el cuadro E8.

**CUADRO E7**  
**COSTA RICA: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD DE LA POBLACIÓN**  
**ADULTA MAYOR SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2000**

Sexo	Condición de actividad	Edad		
		60 a 69	70 a 79	80 y más
Hombres	Trabajó	35 789	9 054	1 890
	Trabajó sin pago	306	180	60
	No trabajó, pero tenía trabajo	1 055	388	125
	Buscó trabajo	1 836	478	137
Mujeres	Trabajó	5 883	1 311	435
	Trabajó sin pago	108	42	9
	No trabajó, pero tenía trabajo	191	84	54
	Buscó trabajo	69	15	5

Fuente: procesamiento en REDATAM de los datos censales de Costa Rica 2000.

**CUADRO E8**  
**COSTA RICA: COMPOSICIÓN POR SEXO Y SUBGRUPO ETARIO**  
**DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2000**

	Hombres	Mujeres	Total
60 a 69 años	77 644	82 148	159 792
70 a 79 años	45 895	50 059	95 954
80 años y más	20 294	25 434	45 728

Fuente: procesamiento en REDATAM de los datos censales de Costa Rica 2000.

## Respuestas

1)

	Total	Reparto	Capitalización
Afiliados	50,2	9,8	39,8
Cotizantes	15,5	2,5	12,5

Comparativamente surgen tres principales conclusiones: la primera, que sólo la mitad de la población económicamente activa está afiliada al sistema previsional, lo que seguramente se vincula con el nivel de informalidad del mercado laboral. Segunda, la escasa proporción de personas activas que efectivamente cotiza entre los afiliados, que es inferior a un tercio, lo que no es un buen augurio para la seguridad económica de las próximas generaciones de personas mayores. Y tercera, la gran diferencia en la elección entre el régimen de reparto y el de capitalización individual, a favor de este último.

2)

	Tasa de participación económica		
	Hombre	Mujer	Total
15 a 29 años	70,7	26,0	47,2
30 a 39 años	87,4	30,3	56,9
40 a 49 años	86,5	29,6	56,8
50 a 59 años	81,9	23,7	52,2
60 años y más	60,3	13,3	36,6
Total	75,9	25,8	49,7

En general, independientemente de la edad de las personas, se observa una notable diferencia de género en la participación económica, en desmedro de las mujeres. Los grupos de edades de 15 a 29 años y de 60 años y más son los que tienen la menor tasa de participación económica, aunque en el caso de las mujeres aparece un patrón diferente —tienden a incorporarse más tempranamente al mercado laboral, y a retirarse antes—. Si bien las personas mayores presentan las tasas de participación más bajas, la reducción de la participación económica en la población adulta mayor no es tan significativa, lo que podría indicar que las personas de este grupo etario necesitan continuar trabajando para obtener los ingresos que necesitan.

3) a) Existen diferencias en los resultados obtenidos a partir de ambos métodos de medición, pero llamativamente esa diferencia es de distinto signo en las dos encuestas: mientras que para el Gran Buenos Aires los niveles detectados son mayores a partir del método de la línea de pobreza, en

Paraguay las cifras son más abultadas a partir del método de las necesidades básicas insatisfechas. La diferencia puede deberse, sobre todo, al carácter eminentemente urbano de la muestra considerada para la encuesta del Gran Buenos Aires.

b) Recibir una jubilación incide notablemente, en ambos casos, en la amortiguación de la pobreza de las personas mayores.

4) El indicador más apropiado sería el de distribución de la población con jubilaciones y pensiones por distintos tramos de ingresos, pues permite advertir la desigualdad en la distribución de los ingresos.

5) a) El método más apropiado sería el de la línea de pobreza, porque provee un indicador de coyuntura, sensible a los cambios de corto plazo en la situación socioeconómica de un país.

b) Sería más apropiado el método de las necesidades básicas insatisfechas, porque refleja una evolución estructural de la pobreza.

6)

Tasa de desempleo en la vejez			
Sexo	Grupo de edad		
	60 a 69	70 a 79	80 y más
Hombres	47,8	21,0	10,2
Mujeres	7,5	2,9	2,0
Total	27,1	11,5	5,6

Tasa de desocupación en la vejez: 4,3%

Se observa que la tasa de empleo es notablemente más alta entre los hombres que entre las mujeres para todos los subgrupos etarios, y que el indicador decrece con la edad, para ambos sexos.



### III. Salud y bienestar en la vejez

Los países de la región han mostrado importantes transformaciones en la estructura de su población. La más significativa ha sido el incremento de la proporción de personas mayores de 60 años, asociado a la disminución de la fecundidad, la reducción de la mortalidad de todas las edades, el incremento de la esperanza de vida y las mejoras en los servicios de salud disponibles.

Esta mayor longevidad de las generaciones actuales plantea una serie de interrogantes, muchas de ellas relativas al modo de lograr un envejecimiento activo y saludable para las personas mayores. Esto es especialmente pertinente en el caso de los países de América Latina y el Caribe, debido a que la limitación de recursos estatales obliga a diseñar estrategias efectivas para optimizarlos.

El objetivo primordial de una política de salud dirigida a las personas mayores es fortalecer la capacidad del individuo para compensar y retardar las pérdidas normales que ocurren con el proceso de envejecimiento, y a la vez evitar y limitar la aparición prematura del deterioro funcional (Peláez, 2005). Las acciones en salud deben estar dirigidas a prolongar el bienestar físico, mental y social, lo que constituye el componente básico de la calidad de vida en la vejez. Es fundamental, entonces, diferenciar los estados de salud asociados a la presencia de patologías y factores de riesgo de aquellos que se relacionan con el acceso a servicios o acciones en salud, a fin de determinar las necesidades de intervención.

Una serie de indicadores debe contemplarse en la evaluación del estado de salud de la población adulta mayor para el diseño y seguimiento de políticas y programas. A continuación se presenta la forma de cálculo e interpretación de algunos de ellos, y se ofrece a modo de ejemplo una breve presentación del estado de estos indicadores para algunas ciudades de América Latina y el Caribe. Para ello se utilizan los resultados de la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento), desarrollada en las áreas urbanas de siete ciudades de la región (Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; México, D. F., México; La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay y São Paulo, Brasil) entre los años 1999 y 2000.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Esta encuesta fue coordinada por la OPS y el Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin (Madison). El instrumento contempla una descripción de las condiciones de salud, limitaciones funcionales, valoración cognitiva, medidas físicas y preguntas sobre acceso y uso de servicios de salud. Se evaluaron además los arreglos de vivienda, participación laboral, ingresos, pensiones y bienestar en general. Al tratarse de un estudio de población urbana, no representa la diversidad de ambientes, localidades y personas mayores de los países seleccionados. Por lo mismo, ofrece medidas de prevalencia de enfermedades reportadas por los entrevistados, pero no produce medidas de prevalencia de la enfermedad válidas por sí mismas.

# 1. Indicadores e instrumentos de evaluación de la salud en la vejez

Los indicadores de salud y bienestar en la vejez pueden ser agrupados en cuatro áreas básicas: los referidos a la mortalidad y sus causas; aquellos relacionados con el estado de salud en la vejez; los aspectos ligados a los estilos de vida y los factores de riesgo; y finalmente los que se vinculan con la atención en salud.

## 1.1 La mortalidad y sus causas

### 1.1.1 Perfiles de mortalidad en la vejez

Para acercarse al perfil de mortalidad de la población adulta mayor se deben analizar la magnitud y las tendencias de la mortalidad en la población de 60 años y más, junto con los riesgos de muerte en la población de edad avanzada. Los indicadores que se muestran aquí corresponden a la población de 60 años y más; sin embargo, en la práctica deben ser calculados por edades, generalmente por grupos quinquenales de edades. Además, todos los indicadores de salud deben ser calculados separadamente para cada sexo.

#### *Tasa de mortalidad*

Las tasas de mortalidad son una medida de la frecuencia de dicho evento en la población, y al mismo tiempo son indicadores del riesgo absoluto de morir según sexo y/o grupos de edad, y por ello constituyen un insumo básico para el análisis epidemiológico. El cálculo de la tasa de mortalidad se realiza de la siguiente manera:

$$(31) \quad \left[ \frac{D^t_{60+}}{N^t_{60+}} \right] * 1.000$$

Donde:

$D^t_{60+}$ : total de defunciones de la población de 60 años y más durante un año determinado ( $t$ ).

$N^t_{60+}$ : población media de 60 años y más a mediados de un año determinado, es decir, la población de 60 años y más estimada al 30 de junio de ese año.

El resultado del cálculo corresponde al número de muertes de personas de 60 años y más por cada 1.000 habitantes durante un año determinado.

Esta tasa, tal como se muestra en la fórmula anterior, no es de mucha utilidad si no se calcula separadamente por edad, ya que agrupa a una población (la de 60 años y más) cuya estructura por edades es muy variable entre poblaciones. Por ejemplo, si una población A tiene una proporción mayor de personas de 80 años que una población B, tendrá también una tasa de mortalidad mayor que la de ésta, aunque la mortalidad por edades en ambas poblaciones sea la misma, sólo porque en la primera hay más personas con mayor riesgo de mortalidad. Por ello, se calculan tasas de mortalidad por edades —en la mayoría de los casos se trata de grupos quinquenales de edad—. Por ejemplo, la tasa de mortalidad para las personas de 70 a 74 años se obtiene con la siguiente fórmula:

$$(32) \quad \left[ \frac{D^t_{70-74}}{N^t_{70-74}} \right] * 1.000$$

Donde:

$D^t_{70-74}$  : total de defunciones de la población de 70 a 74 años durante un año determinado ( $t$ ).

$N^t_{70-74}$  : población media de 70 a 74 años a mediados de un año determinado, es decir, la población de esas edades estimada al 30 de junio de ese año.

#### *Tasa de mortalidad por causas específicas*

Para un análisis más detallado de la mortalidad en la vejez se puede utilizar la tasa de mortalidad por causas. Por simplicidad, este indicador puede calcularse para las cinco primeras causas de muerte en la población adulta mayor, y se lo hace obteniendo el *cociente entre las personas mayores fallecidas en el último año por cada uno de los cinco grupos de causas más frecuentes y el total de la población adulta mayor*.

Las tasas de mortalidad por causas específicas se expresan normalmente como el número de muertes por cada 100.000 habitantes, ya que para la mayoría de las causas las ocurrencias son muy bajas.

$$(33) \quad \left[ \frac{D^t_{60+CM}}{N^t_{60+}} \right] * 100.000$$

Donde:

$D^t_{60+CM}$  : defunciones de la población de 60 años y más según las cinco<sup>12</sup> primeras causas de muerte durante un año determinado ( $t$ ).

$N^t_{60+}$  : población media de 60 años y más durante un año determinado, es decir, la población de 60 años y más estimada al 30 de junio de ese año.

La información obtenida indica el riesgo de morir por alguna de las causas especificadas en la población adulta mayor, y está en directa relación con la etapa de transición epidemiológica que atraviesa el país. Es necesario un análisis desagregado por sexo y grupos de edad, pararon el objetivo de definir perfiles específicos para el diseño de programas de prevención en salud. La información sobre causas de muerte a escala regional puede provenir de la base de datos regional de mortalidad, que custodia la OPS, o bien a escala nacional<sup>13</sup> de los registros vitales y encuestas de hogares.

<sup>12</sup> Si bien en la fórmula se agrupan las defunciones registradas según las cinco primeras causas de muerte, es aconsejable calcular este indicador para cada una de ellas.

<sup>13</sup> Por ejemplo, en México el Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS) (<http://sinais.salud.gob.mx>) es el que entrega información respecto de las principales causas de muerte. Gracias a este sistema se puede saber que las cinco primeras causas de muerte de la población mexicana de 65 años y más son las siguientes: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.

El cuadro 28 muestra un ejemplo de las tasas estimadas de mortalidad específicas por grupos de edad, sexo, período y grandes grupos de causas de muerte para América Latina y el Caribe, así como las tasas estandarizadas de mortalidad para la población de 60 años y más.

La tasas estandarizadas se calculan a través de procedimientos matemáticos que intentan homogeneizar poblaciones de diferente estructura, para hacerlas comparables entre sí. El objetivo de este proceso es aislar los efectos de estructura que las tasas brutas no pueden controlar. Por tanto, cuando la estructura de la población afecta las tasas brutas, la estandarización arroja valores que no contemplan los efectos espurios, y por ello las tasas resultantes suelen ser mayores o menores. Los datos del cuadro 28 indican que, en promedio, el riesgo es 50% más alto en los varones que en las mujeres. Este diferencial de los hombres mayores ha aumentado cerca del 10% entre el inicio de los años ochenta y el final de los noventa.

**CUADRO 28**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS ESTIMADAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES**  
**Y MUJERES DE 60 AÑOS Y MÁS POR GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE**  
(por 100 mil habitantes)

Grupo de causas de muerte	Tasa resumen 60 años y más		Grupo de edad					
	Estanda- rizada	No es- tandari- zada	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Inicio de los años ochenta								
Hombres								
Enfermedades infecciosas	494,2	451,3	192,7	276,6	435,7	676,9	1 362,9	2 625,5
Neoplasias	910,8	875,1	503,1	740,9	1 022,4	1 322,2	1 771,2	2 137,0
Enfermedades cardiovasculares	2 757,2	2 556,1	1 105,4	1 725,0	2 728,9	4 143,8	6 759,7	12 117,2
Causas externas	260,6	252,1	201,0	215,4	249,0	293,3	471,6	645,5
Todas las demás causas	1 197,0	1 119,4	550,4	796,6	1 187,8	1 704,9	3 018,6	4 535,2
Mujeres								
Enfermedades infecciosas	342,6	338,1	107,6	159,4	270,7	461,4	1 013,1	2 289,8
Neoplasias	611,8	610,5	357,0	498,2	657,5	863,6	1 203,3	1 467,3
Enfermedades cardiovasculares	2 190,5	2 168,8	664,3	1 107,6	1 942,7	3 359,8	6 280,7	12 386,8
Causas externas	98,2	97,4	48,0	64,1	88,6	126,8	242,7	443,0
Todas las demás causas	841,3	835,5	344,1	519,9	798,7	1 224,8	2 272,0	3 630,8
Final de los años noventa								
Hombres								
Enfermedades infecciosas	416,3	396,8	137,7	207,5	335,9	585,7	1 240,2	2 519,6
Neoplasias	945,1	919,7	447,7	702,6	1 013,6	1 439,5	2 202,4	2 670,8
Enfermedades cardiovasculares	2 171,2	2 085,9	787,9	1 286,0	2 023,6	3 264,0	6 094,4	10 020,9
Causas externas	214,7	210,8	158,0	175,0	197,4	253,7	396,8	592,6
Todas las demás causas	1 399,8	1 347,6	556,3	860,9	1 303,5	2 056,8	3 777,4	6 261,4
Mujeres								
Enfermedades infecciosas	277,1	306,7	77,6	125,2	202,1	374,0	838,7	1 994,4
Neoplasias	581,5	604,5	329,1	463,8	614,4	826,1	1 206,8	1 471,1
Enfermedades cardiovasculares	1 555,9	1 698,3	466,7	797,2	1 315,0	2 294,7	4 639,8	9 064,8
Causas externas	77,5	83,2	36,3	48,0	65,1	101,7	192,0	396,8
Todas las demás causas	956,4	1 029,3	366,9	578,9	861,2	1 374,9	2 548,4	4 715,1

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D. C., 2003.

## 1.2 Estado de salud

### 1.2.1 Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son de larga duración y, por lo general, requieren un seguimiento permanente. Por sus características, pueden representar una carga sanitaria y financiera significativa, no sólo para aquellos que las padecen sino también para sus familias y el sistema de salud de los países en que viven. Padecimientos crónicos como artritis, diabetes y enfermedades cardiovasculares afectan negativamente la calidad de vida, al disminuir la funcionalidad y, consecuentemente, afectar la probabilidad de permanencia en los propios ambientes comunitarios. La prevalencia de enfermedades crónicas se ve afectada por la edad, el sexo y las diferencias étnicas (CDC, 1997).

#### *Prevalencia de las enfermedades crónicas en las personas mayores*

La tasa de prevalencia es el número de personas que padecen una enfermedad determinada en un punto preciso del tiempo por cada mil habitantes. Este indicador se calcula a nivel agregado, y se expresa como la *relación entre las personas mayores que padecen alguna enfermedad crónica y el total de la población adulta mayor durante un período determinado*. En este caso se expresa por mil personas mayores.

$$(34) \quad \left[ \frac{N^t_{60+CEC}}{N^t_{60+}} \right] * 1.000$$

Donde:

$N^t_{60+CEC}$  : población de 60 años y más con enfermedades crónicas en un período determinado.

$N^t_{60+}$  : población de 60 años y más durante un período determinado.

#### *Prevalencia de las enfermedades crónicas transmisibles en las personas mayores*

Muestra la prevalencia de la malaria y la tuberculosis en la población adulta mayor, y su cálculo se puede realizar en base a la siguiente fórmula:

$$(35) \quad \left[ \frac{N^t_{60+CECT}}{N^t_{60+}} \right] * 1.000$$

Donde:

$N^t_{60+CECT}$  : población de 60 años y más con enfermedades crónicas transmisibles (malaria o tuberculosis diagnosticada).

$N^t_{60+}$  : población de 60 años y más durante un período determinado.

Un rasgo interesante de este indicador es que da cuenta de la población adulta mayor que se ve afectada por enfermedades propias de grupos que viven en situación de pobreza, pues su padecimiento es producto de una combinación peculiar de condiciones infecciosas asociadas a estados de carencia y falta de acceso a la atención en salud. Este tipo de enfermedades constituye una amenaza grave para la población adulta de mayor de bajo nivel socioeconómico, que se encuentra en situación de vulnerabilidad debido a la pobreza y la malnutrición, o a la falta de adecuación de la infraestructura social. La mayoría de las enfermedades infecciosas de esta población frecuentemente no se diagnostica ni es notificada a los sistemas de vigilancia, porque presentan manifestaciones clínicas atípicas (OPS, 2004).

#### *Prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores*

Refleja la prevalencia de hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, artrosis y cáncer en la población adulta mayor, y puede calcularse mediante la siguiente fórmula:

$$(36) \quad \left[ \frac{N^t_{60+CECNT}}{N^t_{60+}} \right] * 1.000$$

Donde:

$N^t_{60+CECNT}$  : población de 60 años y más con enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares, artrosis o cáncer).

$N^t_{60+}$  : población de 60 años y más durante un período determinado.

La prevalencia de este tipo de enfermedades es propia de poblaciones envejecidas y tiene en su origen numerosos factores de riesgo, además de los genéticos. La vigilancia de estos factores en las personas de 60 años y más es importante para la prevención primaria y secundaria. En muchos países este control, cuando se hace, se limita a captar información de la población más joven, bajo la impresión de que a los 60 años ya es tarde para generar cambios de conducta, o que la prevención secundaria es menos costo/efectiva. Sin embargo, la evidencia demuestra que la modificación de hábitos no saludables y el control de los factores de riesgo pueden, en la mayoría de los casos, evitar las manifestaciones clínicas de algunas enfermedades crónicas e impedir complicaciones que, sin control, pueden causar discapacidades que tienden a disminuir la calidad de vida de las personas mayores. La existencia de factores de riesgo, aun en ausencia de manifestaciones clínicas de enfermedades crónicas, afecta la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Estas personas tienden a tener mala salud y limitaciones funcionales en mayor proporción que aquellas que no registran tales conductas (CEPAL, 2003b)

## **1.2.2 Enfermedades mentales**

En varios estudios longitudinales, el envejecimiento saludable ha sido asociado a la capacidad de preservar altos niveles de funcionalidad física y cognitiva. Por ende, uno de los principales determinantes de la calidad de vida de las personas mayores es la función neurocognitiva, puesto que su deterioro afecta la capacidad de vivir en forma independiente y productiva.

Habitualmente se ha considerado que el envejecimiento se asocia a la pérdida de memoria y a la declinación de la función cognitiva. Sin embargo, esta hipótesis está siendo rebatida por numerosos estudios que muestran que se puede reducir la velocidad de declinación de esta función, mediante intervenciones relativamente sencillas. Estas acciones se extienden desde niveles macro como la instauración de redes de apoyo social, hasta intervenciones individuales de tipo farmacológico y modificación en los estilos de vida en la etapa adulta.

Los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo pueden agruparse en dos categorías: los genéticos (no modificables) y los médicos y ambientales (hipertensión, hipercolesterolemia, traumatismos de cráneo, depresión, hipotiroidismo).

#### *Prevalencia de la demencia en las personas mayores*

Dependiendo de su severidad, el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento puede revestir características diferentes. La demencia es quizás el más angustiante y oneroso de estos problemas, por el grave e irreversible deterioro funcional que produce y por su alto costo económico y social.

La demencia es un síndrome caracterizado por múltiples déficits cognitivos, que representan un deterioro significativo del nivel superior de funcionalidad, y que son lo suficientemente severos como para alterar el desempeño ocupacional o social. En la vejez, la enfermedad de Alzheimer y las demencias vasculares son probablemente los dos tipos más habituales, por lo que resulta interesante conocer la prevalencia de este tipo de enfermedades, lo que puede lograrse con la siguiente fórmula:

$$(37) \quad \left[ \frac{N'_{60+CATD}}{N'_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N'_{60+CATD}$  : población de 60 años y más con algún tipo de demencia (alzheimer y demencias vasculares diagnosticadas).

$N'_{60+}$  : población de 60 años y más durante un período determinado.

Las estimaciones de la prevalencia de la demencia efectuadas en Europa, Norteamérica y Japón muestran cifras que fluctúan entre el 1 y el 13%. La amplia variación en las cifras publicadas se explica, en parte, por las diferencias en la edad de las muestras estudiadas y los criterios y diagnósticos utilizados. Según el informe del GBD 2000 (Global Burden of Disease) (Murray et al., 2002 y 2001), la prevalencia entre los mayores de 60 años es de aproximadamente 5% en los hombres y 6% en las mujeres. Las cifras de demencia aumentan con la edad, de forma tal que su prevalencia se duplica cada 5,1 años después de los 65, llegando a superar el 35% a los 95 años. De esta manera, el aumento progresivo de la población de 65 años y más conducirá a un aumento concomitante del número de pacientes con demencia.

#### *Prevalencia del deterioro cognitivo en las personas mayores*

La medición precisa del deterioro cognitivo es un requerimiento básico para determinar la demanda de servicios de salud específicos. Estas estimaciones no pueden basarse en los registros habituales, ya que la enfermedad se subregistra en los certificados de defunción y generalmente

los casos leves no se diagnostican. Es por ello que los estudios de prevalencia deben fundarse en tamizajes a nivel poblacional, utilizando instrumentos de alta sensibilidad (véase recuadro 5).

#### **RECUADRO 5 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO**

Dentro de los múltiples instrumentos para determinar la capacidad cognitiva, el *Mini Mental State Examination* (MMSE) es uno de los más utilizados. Es un test breve de función cognitiva básica, que mide ocho de los 11 principales aspectos del estado cognitivo: orientación, registro, memoria reciente, atención/concentración, lecto-escritura, habilidad visual/espacial, comprensión y lenguaje, omitiendo abstracción, juicio y apariencia. Un desempeño perfecto arroja un puntaje de 30 puntos. Estudios previos han demostrado que con un punto de corte de 23/24, el test distingue entre personas con habilidades cognitivas disminuidas y aquellas cognitivamente sanas, y que su sensibilidad para detectar demencia fluctúa entre 76 y 100%, mientras que su especificidad lo hace entre 78 y 100%. Sin embargo, muchos análisis han llamado la atención sobre la influencia de la educación en el resultado del test, y por lo tanto en su validez.

El MMSE en uso en Chile fue modificado y validado en un estudio efectuado en la ciudad de Concepción, en el marco de un proyecto multicéntrico de la OMS sobre prevalencia de demencias (Quiroga, Albala y Klaasen, 2004). La modificación se efectuó en dos ítems, considerando su inteligibilidad para sujetos con bajo nivel de escolaridad o analfabetos. El punto de corte elegido fue 21/22 (normal: 22 o más puntos), con una sensibilidad de 93,6% (95% IC 70,6-99,7) y una especificidad de 46,1% (95% IC 34,7-57,8). En el Anexo 1 se presenta la versión modificada del MMSE.

Respecto de los tests de función cognitiva, es muy importante considerar la influencia de factores étnicos, culturales, idiomáticos, geográficos, entre otros, sobre sus resultados. Así, la estandarización de instrumentos y la determinación de puntos de corte de acuerdo a realidades locales es indispensable para obtener resultados válidos y precisos, para mejorar su rendimiento y para permitir su comparabilidad. La utilización conjunta del MMSE y del cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer (PFAQ) (véase Anexo 3) reduce la influencia de la escolaridad. Cuando el MMSE y el PFAQ son administrados simultáneamente, tienen una sensibilidad del 94,4% y una especificidad de 83,3 para el diagnóstico de demencia a nivel comunitario.

Considerando que la aplicación del MMSE modificado toma alrededor de 20 minutos a un entrevistador, su inclusión en un examen de rutina o en una encuesta de salud alarga el proceso de evaluación. Por ello, en el marco del proyecto multicéntrico SABE, se desarrolló una modificación destinada a abreviarla mediante un proceso estadístico de regresiones múltiples, con los mismos datos de Concepción con los cuales se validó el MMSE descrito anteriormente. Este MMSE abreviado consta de 17 ítems, y el punto de corte para normalidad fue de 12/13 puntos. La versión modificada tiene una sensibilidad del 93,8% y una especificidad de 93,9. Los ítems considerados se encuentran en el Anexo 2.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D. C., 2004; L. P. Quiroga, B. Albala y P. G. Klaasen, "Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad", *Revista Médica de Chile* N° 132, Santiago de Chile, Sociedad Médica de Santiago, 2004.

Para obtener un indicador agregado de la prevalencia del deterioro cognitivo en una determinada población, se puede realizar un cálculo en base a la siguiente fórmula:

$$(38) \quad \left[ \frac{N_{60+CDC}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+CDC}$  : población de 60 años y más con deterioro cognitivo (que presenta habilidades cognitivas disminuidas de acuerdo a los instrumentos estandarizados para determinar la capacidad cognitiva).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

En el estudio SABE, utilizando el MMSE y el PFAQ como instrumentos de tamizaje (véase recuadro 5), se identificaron porcentajes de personas mayores con deterioro cognitivo que oscilaban entre un 1,9% en Montevideo hasta alrededor de un 11% en Santiago, São Paulo y México, D. F. (véase cuadro 29).<sup>14</sup>

**CUADRO 29**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO**  
**EN PERSONAS MAYORES SEGÚN ENCUESTA SABE, 1999-2000**

		Buenos Aires	São Paulo	Santiago de Chile	México, D. F.	Montevideo	La Habana	Total
Presencia de deterioro cognitivo	Con deterioro	6,3	11,7	11,4	11,7	1,9	10,0	8,8
	Sin deterioro	93,7	88,3	88,6	88,3	98,1	90,0	91,2
	Total	N=1689	N=1683	N=1696	N=1663	N=1698	N=1697	N=10127

Fuente: elaboración propia con las respectivas encuestas SABE de estas ciudades (1999-2000).

#### *Prevalencia de la depresión en las personas mayores*

Se puede definir la depresión como una patología crónica y recurrente, caracterizada por la tristeza del ánimo o la pena. Puede expresarse en forma emocional, psicológica o física. Los síntomas de depresión son indicadores importantes del bienestar general y específicamente de la salud mental de las personas mayores. Una forma simple de acercarse a la incidencia de depresión en la vejez es calculando el porcentaje de personas que presentan síntomas depresivos, a través del uso de la siguiente fórmula:

$$(39) \quad \left[ \frac{N_{60+CSD}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+CSD}$ : población de 60 años y más con síntomas depresivos, es decir que, de acuerdo a las escalas de depresión geriátrica (véase recuadro 6), obtiene resultados iguales o superiores al nivel de depresión moderada o leve.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

La alta incidencia de síntomas depresivos se asocia con altas tasas de enfermedad física, mayor discapacidad funcional y mayores tasas de consulta de morbilidad en los servicios de salud. En general, las mujeres suelen evidenciar más síntomas de depresión que los hombres, sin embargo, el problema tiende a ser similar por sexo después de los 85 años (Wells et al., 1989).

En las personas mayores la depresión es sintomáticamente igual de frecuente y de crónica, y no más difícil de tratar que en los adultos jóvenes. Las personas mayores deprimidas tienen menos ideación suicida y presentan más frecuentemente disminución de peso. Otros síntomas como alteraciones del sueño, cansancio o flojera, mala concentración y sentimientos de

<sup>14</sup> Al momento no existe información sobre la cantidad de personas mayores residiendo en viviendas asistidas; no obstante, se sabe que Montevideo es la ciudad con el mayor número de personas de esta edad habitando en este tipo de espacios. Por lo tanto, se asume que el número reducido de personas con deterioro en estos países, obedece a la exclusión de las viviendas asistidas en el muestreo de este estudio.

culpa, ocurren con igual frecuencia que en personas jóvenes. También es importante tener presentes actitudes y emociones como la escasa satisfacción con la vida y los sentimientos de persecución.

Las alteraciones sensoriales como la disminución de la agudeza visual o auditiva, o la disminución de la funcionalidad física, causan en la población adulta mayor depresión por privación sensorial. Entre los factores que pueden causar depresión a este grupo etario son mencionables el aislamiento, como consecuencia de los tratamientos médicos; la acción de amarrarlos a su cama para evitar caídas; algunos medicamentos frecuentemente usados en personas mayores, como los betabloqueadores, benzodiazepinas, antiinflamatorios, estatinas, metoclopramida y digoxina.<sup>15</sup>

#### **RECUADRO 6 INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN**

Las escalas son muy útiles para el tamizaje de la depresión, pero no reemplazan la evaluación clínica, ya que estos estados pueden enmascarar otras situaciones. A nivel de atención primaria, una de las escalas más usadas es la de Yesavage (GDS), en sus tres versiones:

*Escala de Depresión Geriátrica (GDS-30)* (Brink et al., 1982). Fue diseñada como un test de tamizaje de depresión en personas mayores. Es una escala de autoevaluación de síntomas en la última semana, para la aplicación clínica. Consta de 30 ítems y una escala de 0 a 30 puntos, donde el rango de 0 a 10 se considera normal, el de 11 a 20 indica depresión leve y el de 21 a 30 depresión severa. Se trata de una escala validada, que tiene una sensibilidad de 92 a 95% y una especificidad de 84 a 89%. Presenta el inconveniente de ser demasiado extensa para su aplicación como parte de la consulta geriátrica en consultorios, por lo que en 1986 Sheikh y Yesavage propusieron una versión abreviada de 15 preguntas.

*GDS-15* (Sheikh y Yesavage, 1986). Consta de 15 preguntas, con un puntaje de 0 a 4 para diagnóstico normal, 5 a 10 para depresión leve y 11 a 15 para depresión moderada a severa. En estudios efectuados por Hoyl, Valenzuela y Marín (2000) el test ha demostrado una sensibilidad del 94% y una especificidad del 82. Es un buen instrumento de tamizaje y presenta una alta correlación con el GDS-30 ( $r = 0,84$  a  $0,89$ ). El puntaje se obtiene sumando un punto por cada una de las respuestas escritas con mayúscula (véase Anexo 4).

*GDS-5*: actualmente también está en uso una versión con sólo cinco preguntas, fácil de utilizar y con una eficacia similar al GDS-15. La validación hecha en los Estados Unidos por Hoyl et al. (1999) utilizando como *Gold Standard* el diagnóstico médico, mostró una sensibilidad del 97% y una especificidad del 85. En el 2000 Hoyl, Valenzuela y Marín validaron esta escala en Chile, utilizando como *Gold Standard* la escala GDS-15 (Hoyl, Valenzuela y Marín, 2000). La escala abreviada demostró una sensibilidad del 88%, una especificidad del 90%, un valor predictivo positivo del 88% y un valor predictivo negativo de 0,90. La correlación entre GDS-15 y GDS-5 alcanzó a un  $r = 0,92$ .

*Pregunta única*: La formulación de esta pregunta (“¿se siente usted frecuentemente triste o deprimido?”) es una forma muy rápida de evaluar la depresión en personas mayores, que sirve bastante a pesar de ser muy poco específica. Es útil para descartar una depresión por otras patologías en la consulta diaria. Los estudios de validación efectuados en Chile le asignan una sensibilidad del 92% y una especificidad del 71. Tiene un alto valor predictivo negativo, que alcanza al 91%, por lo que constituye una excelente herramienta para descartar depresión, aunque por su baja sensibilidad y valor predictivo positivo, no sirve para realizar el diagnóstico.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D. C., 2004; T. L. Brink et al., “Screening test for geriatric depression”, *Clinical Gerontology* 1, New York, Haworth Press; 1982; J. Sheikh y J. A. Yesavage, “Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version”, *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, New York, Haworth Press, 1986; M. T. Hoyl et al., “Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale”, *Journal of the American Geriatrics Society*, Tomo 47, N° 7, New York, American Geriatric Society, 1999.

El estudio SABE incorporó la escala de depresión geriátrica de 15 preguntas (GDS-15) y la de cinco (GDS-5) (véase recuadro 6). La encuesta encontró que casi una quinta parte de las personas mayores de las diferentes ciudades consideradas mostraba cinco o más síntomas de

<sup>15</sup> Hay medicinas que, por el contrario, provocan una elevación del ánimo que puede llegar a la manía, por ejemplo, los esteroides y anabólicos, los antidepresivos, los broncodilatores y los descongestionantes (medicamentos generalmente utilizados para la gripe).

depresión. En este grupo etario, este estado es un problema que coexiste con la presencia de enfermedades crónicas y el sedentarismo. Llama la atención el hecho de que las personas mayores de Santiago de Chile presentaron los mayores niveles de depresión. La prevalencia resultó bastante mayor utilizando la escala de cinco ítems (28%), posiblemente debido a la inclusión de una pregunta que tiene alta respuesta negativa entre los mayores: “¿prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?”. Los resultados de ambas mediciones se presentan a modo de ejemplo en el cuadro 30.

**CUADRO 30**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES**  
**CON DEPRESIÓN SEGÚN ENCUESTA SABE, 1999-2000**

		Buenos Aires	São Paulo	Santiago de Chile	México, D. F.	Montevideo	La Habana	Total
Escala de depresión de 15 ítems	Normal, no deprimido	86,7	82,0	74,4	81,0	84,5	80,9	81,4
	Depresión moderada o leve	10,2	14,0	17,4	14,7	10,9	14,9	13,8
	Depresión grave	3,1	4,0	8,2	4,3	4,6	4,3	4,8
	Total	N=941	N=966	N=1203	N=1402	N=1223	N=1257	N=6991
Escala de depresión de 5 ítems	No deprimido	77,9	74,4	66,2	71,7	72,0	71,8	72,2
	Deprimido	22,1	25,6	33,8	28,3	28,0	28,2	27,8
	Total	N=1480	N=1438	N=1578	N=1629	N=1594	N=1498	N=9217

Fuente: elaboración propia con las respectivas encuestas SABE de estas ciudades (1999-2000).

### 1.2.3 Capacidad funcional

La funcionalidad es la capacidad de realizar determinadas acciones necesarias para la subsistencia y el autocuidado, que permiten al individuo mantener su independencia y permanecer inserto en la comunidad. Esta capacidad de desempeñarse normalmente en las actividades diarias se ve afectada por la edad, la cual puede estar a su vez relacionada con la presencia de enfermedad, padecimientos crónicos o lesiones que afecten las habilidades físicas o mentales del individuo.

La funcionalidad incluye una compleja mezcla de factores fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales. Para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y con un aumento de la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas. Sin embargo, la investigación gerontológica ha demostrado que las tasas de declinación típicas de las poblaciones modernas no están fisiológicamente determinadas, y que un envejecimiento con estilos de vida saludables puede retardar el proceso en forma significativa.

### **RECUADRO 7**

#### **INSTRUMENTOS PARA MONITOREAR LA FUNCIONALIDAD INDIVIDUAL**

Existen diferentes instrumentos para monitorear la funcionalidad individual. Estos incluyen la evaluación de limitaciones físicas e instrumentales para realizar las actividades de la vida diaria, así como medidas de funcionamiento físico, social y cognitivo. Dentro de los indicadores aptos para la evaluación de la funcionalidad física se pueden diferenciar los que la miden en relación con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y con las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Las ABVD son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y uso del baño. Su pérdida se observa en pacientes seriamente enfermos, por lo cual el uso de instrumentos para su medición no es apropiado en la práctica clínica general (véase Anexo 5).

Las AIVD son llamadas así porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas, permitiéndole a la persona tener una vida social mínima. Dentro de ellas se cuentan el uso del teléfono, el cuidado de la casa, la salida de compras, la preparación de la comida, el uso de medios de transporte, el uso adecuado del dinero y la responsabilidad sobre sus propios medicamentos.

Este tipo de actividades extienden los aspectos cubiertos por las ABVD a tareas que requieren un nivel más fino de coordinación motora. Las escalas que las miden se usan comúnmente en personas que no están severamente dañadas, a menudo como encuestas de terreno, pues consideran acciones necesarias para vivir en la comunidad (véase Anexo 6).

Las AAVD son las de mayor complejidad y consisten, por ejemplo, en realizar viajes, actividades financieras, desempeñar funciones laborales, entre otras. Son las que revisten mayor dificultad de valoración geriátrica. Las alteraciones de las acciones de funcionalidad física avanzada, si bien no producen una limitación evidente de la autonomía, son un buen pronóstico de fragilidad en la persona mayor. Dentro de ellas se encuentran el subir escaleras, caminar más de dos cuerdas y levantar o acarrear objetos pesados.

Estas acciones mantienen entre ellas una relación jerárquica de forma tal que, en general, se tiende a perder primero las más avanzadas y al final las básicas, lo cual tiene importancia pronóstica, preventiva y programática.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D. C., 2004

#### *Porcentaje de personas mayores con dificultad en ABVD*

El indicador más utilizado para medir el bienestar funcional de las personas mayores es la proporción de ellas que tiene limitada su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Su fórmula de cálculo es:

$$(40) \quad \left[ \frac{N_{60+CDABVD}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+CDABVD}$  : población de 60 años y más con dificultades para realizar las ABVD (es decir, que no puede realizar al menos una de las siguientes actividades sin ayuda: cruzar un cuarto, bañarse, comer, vestirse y acostarse o salir y entrar de la cama).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

De acuerdo a estudios de la OPS, alrededor de un 20% de las personas mayores que viven en la comunidad reportan tener dificultades con las ABVD, y esta proporción aumenta al 26% en la población de 70 años y más, por lo que es recomendable desagregar este indicador por grupos de edad. Las consecuencias de esta situación en términos de política pública son evidentes, debido a que más de la mitad de las personas con limitaciones requiere asistencia para desempeñar al menos dos de sus ABVD. Esto representa la necesidad de tener un cuidador los siete días de la semana, y con cuatro horas de trabajo diario por lo menos.

*Índice de discapacidad funcional en la vejez*

Este indicador se obtiene a partir del cálculo de la *relación entre el número de personas mayores que tiene limitaciones para llevar a cabo de manera independiente sus ABVD y AIVD y el total de la población adulta mayor.*

$$(41) \quad \left[ \frac{N_{60+DF}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+DF}$ : población de 60 años y más con discapacidad funcional, es decir, que no puede realizar al menos una actividad relacionada con la alimentación, el aseo, el vestuario, la movilidad, la continencia y el uso del baño (ABVD), o no puede llevar a cabo más de dos actividades relacionadas con una actividad social mínima (AIVD).

$N_{60+}$ : población de 60 años y más.

Para obtener esta medida se requiere información procedente de encuestas de hogares o encuestas específicas. En el estudio SABE pudieron determinarse las cifras que muestra el ejemplo del cuadro 31. Alrededor del 76% de las personas que vive en la comunidad reportó no tener limitaciones en la vida diaria. São Paulo fue la ciudad con menor porcentaje de población sin limitaciones (69,8%), mientras que en Montevideo se registró el mayor porcentaje de personas de edad avanzada en esta condición (80,1%).

**CUADRO 31**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ÍNDICE DE LIMITACIONES DE ACTIVIDADES**  
**DIARIAS (BÁSICAS E INSTRUMENTALES) EN PERSONAS MAYORES**  
**SEGÚN ENCUESTA SABE, 1999-2000**

	Buenos Aires	São Paulo	Santiago de Chile	México, D. F.	Montevideo	La Habana	Total
No presenta limitaciones	78,2	69,8	71,7	76,6	80,1	78,5	76,0
Limitación instrumental pero no básica	12,2	16,2	10,6	10,9	6,0	8,7	10,6
Limitaciones instrumentales y básicas	6,1	10,2	13,1	8,3	7,1	7,7	8,7
Casos no claramente consistentes	3,5	3,8	4,6	4,3	6,8	5,1	4,7
Total	N=954	N=801	N=1064	N=1278	N=998	N=1012	N=6105

Fuente: elaboración propia con las respectivas encuestas SABE de estas ciudades (1999-2000).

### *Prevalencia de la discapacidad en la vejez*

Este indicador es útil para acercarse al estado funcional de la población adulta mayor, y se obtiene aplicando la siguiente fórmula:

$$(42) \quad \left[ \frac{N_{60+CDFM}}{N_{60+}} \right] * 100.000$$

Donde:

$N_{60+CDFM}$ : población de 60 años y más con discapacidades físicas y mentales, es decir, que tiene dificultad para ver (con o sin lentes), oír (con o sin audífono), caminar o subir escaleras, con deficiencia mental, parálisis o falta de alguna extremidad.<sup>16</sup>

$N_{60+}$ : población de 60 años y más.

Los datos necesarios para su cálculo provienen de encuestas de hogares y censos. En general, los valores para este indicador deben considerarse como discapacidad “dura”, y por ende constituyen la máxima expresión de la dependencia.

En el cuadro 32 se presenta un ejemplo con la prevalencia de discapacidad, utilizando respuestas sobre impedimento físico o mental de las personas de 60 años y más y de 70 años y más en los últimos censos de población disponibles para algunos países de la región. Sin embargo, hay que tener cautela al momento de interpretar los datos, ya que en los censos no siempre se incluyen las preguntas en su formulación correcta (es decir, aptas para medir funcionalidad) y se consideran sólo las discapacidades permanentes. Por lo mismo, los datos no son estrictamente comparables entre países y no reflejan del todo la fórmula expuesta anteriormente.

Con todo, estos datos sugieren que si no existen en el mediano y largo plazo acciones concretas de provisión de servicios de cuidado, es muy probable que las familias tengan que asumir la carga de esta situación sin mayor apoyo estatal para realizar esta ardua tarea.

---

<sup>16</sup> La definición de discapacidad dependerá de las deficiencias físicas o mentales que se enumeren en la pregunta que hace referencia a este tema en los censos o encuestas específicas.

**CUADRO 32**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS):**  
**TASAS TOTALES DE DISCAPACIDAD REPORTADAS EN LOS CENSOS**  
**NACIONALES PARA LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS**

País y año de realización del censo	60 años y más			70 años y más		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Belice (2000)	321,0	304	338,7	424,4	409,3	439,3
Brasil (2000)	66,7	72,5	61,5	94,4	94	98,8
Chile (2002)	81,7	94,5	71,5	123,6	136,7	120,3
Colombia (1993)	103,2	107,6	99,2	150,1	155,8	152,6
Costa Rica (2000) <sup>a</sup>	160,9	180,2	143,5	216,7	238,8	209,6
Ecuador (2001) <sup>a</sup>	135,8	134,2	137,1	158,4	155	172,7
El Salvador (1992)	77,1	81,5	73,5	117,1	124,4	116,9
Guatemala (1994)	29,1	33,6	24,8	41,1	45,1	39,2
México (2000) <sup>a</sup>	135,1	137,3	132,9	210,2	207,1	223,0
Panamá (2000)	51,9	57,9	46,1	81,5	88,3	79,2
Paraguay (1992)	31,6	33,9	29,7	54,9	58,3	54,6
Perú (1993)	69,3	69,5	69,1	82,2	82,0	87,7
Santa Lucía (1991)	355,1	308,6	391,7	495,3	420,6	583,8
Rep. B. de Venezuela (2001)	46,6	49,7	43,8	75,5	76,2	78,2

Fuente: censos nacionales de población. Microdatos procesados por el CELADE.

<sup>a</sup>: estos países incluyen ceguera parcial o total, los demás sólo incluyen ceguera total.

#### 1.2.4 Autopercepción en salud

La autopercepción de la salud (APS), de fácil y simple captación en las encuestas de salud, es un robusto indicador de la calidad de vida y de la morbilidad, y un importante predictor de la consecuente mortalidad. Esas evidencias han sido mostradas tanto para la población en general como para las personas mayores. La APS depende no sólo del estado físico del individuo, sino también de factores como la edad y el género, e incorpora una variedad de componentes sociales, económicos, físicos, culturales y emocionales. Por esas razones, el indicador de APS ha merecido un considerable interés en investigaciones sobre la situación de la persona mayor durante las últimas tres décadas, y ya ha sido adoptado en sistemas de monitoreo de la salud de la población como en el Proyecto REVES de los países europeos (Romero, 2006).

##### *Porcentaje de personas mayores según niveles de autopercepción en salud*

El indicador de APS utilizado en el módulo de salud de algunas encuestas de hogares de los países de la región incluye la autopercepción sobre el estado de la salud y su evolución en el último año, según sexo, edad y quintil de ingreso, todo ello expresado en comparación con una población determinada. El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$(43) \quad \left[ \frac{N_{60+ESx}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+ ESx}$  : población de 60 años y más que califica su salud como “excelente”, “buena”, “regular” o “mala”.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Una forma de trabajar con este indicador es organizando sus resultados según cada nivel preestablecido de autopercepción en salud. Por ejemplo, el estudio SABE permitió conocer la proporción de personas mayores que consideraba su salud excelente, muy buena, buena, regular, mala, y luego profundizar este indicador cruzándolo con otras variables importantes como el sexo, el nivel educativo o la red de apoyo, entre otras.

La mayoría de los encuestados a partir de este trabajo declaró no tener buena salud, especialmente las mujeres. El porcentaje de personas de 60 años y más que dijo no tener buena salud en Santiago, México, D. F. y La Habana fue casi el doble que en Buenos Aires y Montevideo (véase cuadro 33). La proporción de quienes consideran su salud como buena disminuye con la edad y el nivel de escolaridad.

**CUADRO 33**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD**  
**EN PERSONAS MAYORES SEGÚN ENCUESTA SABE, 1999-2000**

	Buenos Aires	São Paulo	Santiago de Chile	México, D. F.	Montevideo	La Habana	Total
Autopercepción de salud como regular o mala	33,8	53,8	61,9	69,2	38,9	57,7	52,5

Fuente: elaboración propia con las respectivas encuestas SABE de estas ciudades (1999-2000).

### RECUADRO 8

#### PREGUNTAS SOBRE AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD EN LAS ENCUESTAS DE HOGARES Y ENCUESTAS ESPECÍFICAS

El modo más común de preguntar alude a la percepción de la salud en general, sin especificar temporalidad, y contempla cinco posibilidades de respuestas precodificadas (excelente, muy buena, buena, regular y mala). Otra forma de interrogar es hacerlo en referencia a la actualidad, cuando se formula la pregunta: “¿cómo clasificaría su salud *en este momento*?”, utilizando las mismas categorías de respuesta.

También puede consultarse a la persona lo que piensa u opina sobre su salud. A través de esta pregunta se hace reflexionar al individuo, limitando su respuesta a cuatro categorías. Esta es la forma que generalmente se encuentra en los estudios estadounidenses (“*Quisiera saber qué piensa sobre su salud. Usted se siente: saludable, más bien saludable, moderadamente saludable, no saludable*”).

Alternativamente, puede apuntarse a que la persona estime su estado de salud en comparación con otros sujetos de su misma edad. Al solicitarle una comparación con pares etarios, se cuenta con la ventaja de que el individuo tiene referencias más reales. Se trata de una consulta poco compleja: “*Comparada a otras personas de su edad, usted diría que su salud general es: excelente, muy buena, buena, regular o mala*”. O bien: “*¿Cómo es su salud comparada con la de otros de su edad? mejor, igual, peor*”.

Al realizar la consulta sobre autopercepción de la salud, la encuesta mundial de la OPS para todas las edades considera tanto el aspecto físico como el mental. De este modo, la respuesta puede estar más influenciada por uno que por otro: “*Considerando los dos aspectos, físico y mental, en general ¿cómo clasificaría su salud hoy? Buena, muy buena, moderada, mala o muy mala*”.

Después de este primer filtro, la encuesta intenta refinar y objetivizar esa primera respuesta subjetiva, incluyendo indagaciones más específicas. Se pregunta si el sujeto ha tenido dificultades en diferentes aspectos en los últimos 30 días: para moverse, lavarse o vestirse él mismo, dolor o malestar corporal, concentrarse o recordar las cosas, o en sus relaciones personales o su participación en la comunidad. Todas estas preguntas utilizan como alternativas de respuesta: ninguna, alguna, moderada, severa o extrema (no lo puede hacer).

El origen de las discusiones acerca de la validez de las preguntas sobre autopercepción de salud se centra en su subjetividad y los grados de información que la persona encuestada domina, en el entendido de que las respuestas a este tipo de interrogantes están influidas por los niveles de información de las personas consultadas. Por ejemplo, saber que algún síntoma se asocia a una enfermedad, o que alguna molestia o deficiencia es normal, genera una percepción diferente del estado de salud respecto de la ausencia de ese conocimiento. Por lo tanto, si no se controla esta variable, es probable que no se esté midiendo lo mismo en una persona que en otra.

Algunos trabajos procuran minimizar este sesgo a través del uso de viñetas o referencias figurativas. Se trata de preguntas en forma de situaciones, que proveen puntos de referencia para evaluar las respuestas sobre autopercepción. Por ejemplo, se le indica a un individuo que imagine a una persona que ha tenido un accidente, se ha fracturado una pierna y se encuentra en proceso de fisioterapia, además de presentar problemas para comer. Luego se le pregunta cómo cree él que es la salud de esa persona, lográndose así un punto de referencia al consultársele sobre su propia salud.

Sin embargo, estas dificultades no invalidan preguntas de este tipo. Los problemas de información tienen cierto peso, pero no desvalorizan la respuesta entregada. Si una persona dice que tiene una salud completamente mala, significa que hay realmente un problema. Hasta donde se ha podido registrar, no hay demasiados inconvenientes en relación a la pesquisa de autopercepción en salud. Las formas de preguntar tampoco tienen mucha incidencia. En general, se acepta que las respuestas sobre APS no son susceptibles a variaciones semánticas.

Fuente: Laura Wong, “Autopercepción de la salud en las personas adultas mayores”, 2003, inédito.

#### 1.2.5 Otros problemas de salud en la vejez

Las caídas, la salud ocular, auditiva y dental son problemas que afectan a las personas mayores, y por lo tanto requieren una evaluación geriátrica. Los datos necesarios para el cálculo

de indicadores de estas dificultades se obtienen a través de encuestas de hogares, censos, registros administrativos o encuestas específicas.

*Porcentaje de personas mayores que ha sufrido caídas*

Las caídas son la causa principal de muerte accidental en personas mayores de 60 años en la región. En casi todos los países la tasa de mortalidad por caídas accidentales en el grupo de más de 75 años supera los 200 por 100.000 habitantes, lo cual implica un incremento de la demanda por servicios de asistencia y rehabilitación. Un indicador sencillo de la ocurrencia de este tipo de accidentes es el que se obtiene de la siguiente fórmula:

$$(44) \quad \left[ \frac{N_{60+SC}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+SC}$  : población de 60 años y más que ha sufrido alguna caída en los 12 meses anteriores a la encuesta.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

En el estudio SABE, el 30% de las personas mayores reportó alguna caída en el último año (véase cuadro 34), siendo más frecuente la ocurrencia de este accidente en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, para profundizar en este tema es preciso cruzar esta información con la existencia de enfermedades como la osteoporosis.

*Porcentaje de personas mayores con problemas auditivos*

Las dificultades auditivas son relativamente frecuentes en la edad avanzada, y una forma de medición a nivel agregado puede realizarse utilizando la siguiente fórmula:

$$(45) \quad \left[ \frac{N_{60+PA}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+PA}$  : población de 60 años y más con problemas auditivos, es decir, que en el momento de la encuesta señala que su audición es regular o mala.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

En la encuesta SABE un alto porcentaje de las personas mayores declaró tener problemas auditivos (27,3%). México, D. F. fue la ciudad que presentó la mayor proporción de personas de esta edad con dificultades de audición, mientras que Buenos Aires y Montevideo registraron los menores porcentajes (véase cuadro 34).

Otra forma de cálculo consiste en incluir directamente a las personas mayores que son sordas (véase cuadro 34), hecho que es captado en algunos censos de población, pero cuyo valor

suele subestimar a la población adulta mayor con dificultades auditivas y que requiere algún soporte para hacer su vida más llevadera.

**CUADRO 34**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PRESENCIA DE OTROS PROBLEMAS DE SALUD**  
**ENTRE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN ENCUESTA SABE, 1999-2000**

	Buenos Aires	São Paulo	Santiago de Chile	México, D. F.	Montevideo	La Habana	Total
Caídas en los últimos 12 meses	29,0	28,6	33,1	33,7	29,4	24,3	29,7
Su audición es regular o mala	17,0	28,7	30,4	42,8	20,7	24,3	27,3
Es sordo	0,1	0,3	1,0	0,3	0,0	0,6	0,4

Fuente: elaboración propia con las respectivas encuestas SABE de estas ciudades (1999-2000).

#### *Porcentaje de personas mayores que ha perdido dientes*

La mayoría de los trastornos bucodentales en las personas mayores no son resultado del envejecimiento, sino el producto de la escasa higiene oral durante la vida y la falta de acceso a servicios dentales oportunos en la edad adulta. Los problemas de la salud oral se relacionan con la malnutrición y con la modificación de la cantidad y calidad de los alimentos consumidos. La expresión máxima de los problemas bucodentales es la pérdida de los dientes, y por ello se propone como indicador una medida específica en tal sentido, que permita aproximarse a la magnitud del problema en la vejez:

$$(46) \quad \left[ \frac{N_{60+CPD}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+CPD}$  : población de 60 años y más con pérdida de dientes (es decir, que en el momento de la encuesta señala que ha perdido más del 50% de las piezas dentales).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Las personas mayores encuestadas por el estudio SABE que han perdido dientes alcanzaron alrededor del 40%. Otro acercamiento a este problema puede realizarse aplicando el Índice de Evaluación de la Salud Oral Geriátrica (GOAHI), que identifica a aquella población que necesita atención odontológica. Según la encuesta SABE, el 80% de las personas mayores necesitaba este tipo de asistencia pero no la estaba recibiendo. Lamentablemente, los servicios odontológicos son inaccesibles para la mayor parte de la población de edad avanzada con reducidos recursos económicos.

### **1.3 Estilos de vida y factores de riesgo**

El envejecimiento saludable es sinónimo de envejecimiento sin discapacidad, asociado a mejoras en la nutrición, la actividad física, el control adecuado de factores de riesgo —como el hábito de fumar o el consumo de bebidas alcohólicas— y la eliminación o reducción del aislamiento social

y mental. En este contexto, los estilos de vida saludables procuran crear conciencia sobre lo que significa el proceso de envejecimiento y el desarrollo de hábitos de autocuidado (Baltes y Baltes, 1990).

Varios estudios han detectado que algunas prácticas como fumar o consumir alcohol, la falta de ejercicio, las escasas horas de sueño y la obesidad, se asocian significativamente con la prevalencia de enfermedad. Otro factor de influencia sobre el estilo de vida es el comportamiento de la familia, los cuidadores y el personal de salud. Por eso es que los programas de prevención y promoción deben incluir no sólo a la persona mayor, sino a su familia y su comunidad.

La encuesta SABE identificó una asociación inversa de la prevalencia del tabaquismo, la obesidad, la falta de actividad física y el hipertiroidismo con el nivel de ingreso y el nivel de escolaridad. La importancia de estos dos factores se relaciona con el hecho de que afectan el acceso a los servicios preventivos que pudieran estar disponibles para la población.

### 1.3.1 Actividad física

La práctica frecuente de actividad física es beneficiosa para la salud a cualquier edad, incluyendo por tanto a las personas mayores. Puede reducir el riesgo de enfermedades crónicas, aliviar los síntomas de depresión, ayudar a mantener la autonomía y mejorar la calidad de vida en general. Aun las personas mayores frágiles y aquellas de edades más avanzadas pueden mejorar su movilidad y funcionalidad a través de esta actividad (Butler et al., 1998).

Con los años, la mayoría de las personas de edad avanzada reduce sus niveles de actividad física, de modo que un porcentaje considerable de ellas podría ser considerado sedentario, lo que se asocia significativa y consistentemente con un peor estado de salud autoinformado (Wagner y Lacroix, 1992).

#### *Porcentaje de personas mayores que realiza actividad física*

Este indicador es importante no sólo para medir la cantidad relativa de personas mayores que realiza alguna actividad física, sino también para conocer, a nivel comunitario, local o nacional, la cantidad de personas mayores que puede presentar factores de riesgo de alguna enfermedad crónica por no practicar este hábito. El cálculo de este indicador se puede realizar en base a la siguiente fórmula:

$$(47) \quad \left[ \frac{N_{60+RAF}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+RAF}$  : población de 60 años y más que realiza periódicamente ejercicios o actividades físicas rigurosas por lo menos tres veces a la semana.<sup>17</sup>

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

<sup>17</sup> Como ejercicios o actividades rigurosas se entienden los movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud.

En el cuadro 35 se presenta un ejemplo con los resultados obtenidos para este indicador en las ciudades analizadas por la encuesta SABE. Como se observa, alrededor de un 20% de los encuestados realizaba ejercicio físico. Hay bastante oscilación entre las ciudades, siendo mayor la proporción en São Paulo y México, D. F., en tanto que los niveles más bajos se registraron en Buenos Aires y Montevideo.

**CUADRO 35**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS**  
**EN PERSONAS MAYORES<sup>a</sup> SEGÚN ENCUESTA SABE, 1999-2000**

		Buenos Aires	São Paulo	Santiago de Chile	México, D. F.	Montevideo	La Habana	Total
Hizo actividades rigurosas	Sí	13,9	26,6	21,0	31,4	15,1	23,3	21,9
	No	86,1	73,4	79,0	68,6	84,9	76,7	78,1
	Total	N=1 697	N=1 699	N=1 699	N=1 689	N=1 687	N=1 699	N=10 169

Fuente: elaboración propia con las respectivas encuestas SABE de estas ciudades (1999-2000).

<sup>a</sup> :Variable C25a: "En los últimos 12 meses, ¿hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado, tres veces a la semana?"

### 1.3.2 Consumo de tabaco

El tabaquismo o hábito de fumar cigarrillos es uno de los marcadores más importante de enfermedades neoplásicas, cardiovasculares y respiratorias. Esto ha sido documentado a través de innumerables estudios epidemiológicos y clínicos, lo que torna segura y necesaria la recomendación de suspender el consumo de cigarrillos al fumador de cualquier edad.

En general, la interrupción del hábito de fumar se asocia con mejoras significativas de la capacidad respiratoria y de la función pulmonar. Asimismo, se reduce el riesgo de cáncer de pulmón y la mortalidad por enfermedad coronaria, neumonía y gripe. Tanto la recomendación médica para dejar de fumar —a través del consejo— como los chicles o parches de nicotina se encuentran entre las intervenciones en salud más eficientes.

#### *Porcentaje de tabaquismo en personas mayores*

La importancia de conocer este indicador se vincula con la necesidad de establecer la población objetivo de programas específicos de prevención en salud en la edad avanzada. Su cálculo puede realizarse en base a la siguiente fórmula:

$$(48) \quad \left[ \frac{N_{60+F}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+F}$  : población de 60 años y más que practica el hábito de fumar cigarrillos.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

En el cuadro 36 se presenta un ejemplo con los resultados para este indicador en las ciudades incluidas en el estudio SABE. La Habana fue la que registró más altos niveles de tabaquismo (sobre el 30% de los casos), el resto tuvo menos de un 20%. Para realizar un análisis más específico respecto del tabaquismo y las personas mayores que consumen cigarrillos resulta

muy necesario diferenciar a los fumadores según el patrón de consumo (número de cigarrillos que consume al día) y según el tiempo que llevan fumando, así las campañas antitabaco pueden apuntar a un grupo de población más específico y resultar más efectivas.

**CUADRO 36**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE TABAQUISMO**  
**EN PERSONAS MAYORES SEGÚN ENCUESTA SABE, 1999-2000**

	Buenos Aires	São Paulo	Santiago de Chile	México, D. F.	Montevideo	La Habana	Total
Fuma actualmente	13,6	15,8	13,4	16,6	15,7	31,8	17,8
Nunca ha fumado	57,3	52,1	52,9	62,2	56,7	46,6	54,6

Fuente: elaboración propia con las respectivas encuestas SABE de estas ciudades (1999-2000).

### 1.3.3 Estado nutricional

La identificación y tamizaje de las personas mayores de acuerdo a su salud nutricional es indispensable para la definición de acciones correctivas y preventivas, tendientes a preservar su calidad de vida y reducir las complicaciones asociadas a la malnutrición.

La calidad de la alimentación juega un papel fundamental en la prevención y en el retraso de la aparición de enfermedades crónicas. Conforme avanza la edad, el riesgo de desarrollar deficiencias por esta razón se incrementa. Tanto la obesidad como la malnutrición por déficit pueden conducir a una dependencia funcional, incrementos en la morbilidad, mortalidad y mayor uso de los servicios de salud (Bowman et al., 1998). En los hallazgos clínicos se ha observado una relación entre el estado nutricional y la enfermedad cardiovascular, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y la cirrosis. El exceso o la ingesta insuficiente de energía contribuyen al sobrepeso, la obesidad y la desnutrición.

La nutrición es un factor afectado por el nivel socioeconómico y la educación. La malnutrición por déficit, afección más comúnmente conocida como desnutrición, se asocia a factores de riesgo como hacer sólo una comida al día, perder más de tres kilogramos de peso sin intención en el último año y falta de apetito.

Las personas mayores tienen diferentes necesidades de nutrientes en comparación con los adultos jóvenes. Además pueden enfrentar un riesgo de deficiencia de nutrientes específicos, de los cuales las calorías, las proteínas y los micronutrientes son los más prevalentes. Existen múltiples causas que se asocian a la malnutrición de la población adulta mayor, dentro de las que se incluyen el aislamiento social, agravado por la presencia de problemas visuales, auditivos, dentales, de movilidad, depresión y pérdida del apetito. En estos casos, la persona mayor vive y por lo tanto come en soledad, afectándose el consumo de alimentos, su estado nutricional y su capacidad de enfrentar problemas de salud, con el consecuente efecto negativo en la calidad de su vida (Souter y Keller, 2000).

#### *Prevalencia de la desnutrición*

Como la evaluación del estado nutricional de la persona mayor debe ser parte importante de los programas y políticas en salud para este grupo, surge la necesidad de identificar herramientas de fácil utilización que permitan monitorearla. Uno de los indicadores más usados para detectar la prevalencia de la malnutrición es el índice de masa corporal (IMC), que es la relación entre el peso y la estatura de la persona, y se obtiene como *el cociente entre la cantidad*

de kilogramos que pesa el sujeto y su estatura expresada en centímetros cuadrados.<sup>18</sup> Lamentablemente aún no existen tablas de talla y peso adecuadas para calcular la masa corporal óptima en las personas mayores, por lo que cualquier medición debe considerarse sólo como aproximación.

$$(49) \quad \left[ \frac{N_{60+D}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+D}$  : población de 60 años y más desnutrida (es decir, con un IMC inferior a 18,5 kg./m<sup>2</sup>).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

La prevalencia de un IMC inferior a 18,5 kg./m<sup>2</sup> en la encuesta SABE fue de aproximadamente 5% de las personas de 60 años y más, con excepción de la ciudad de La Habana, donde la proporción superó el 10%.

#### *Prevalencia de la obesidad*

La obesidad es un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles, y se presenta con mayor frecuencia en las personas mayores de menor nivel socioeconómico y educativo (Lerman-Garber et al., 1999; Lima-Costa et al., 2003). Este hecho es preocupante, porque tiene directa relación con las dificultades de la población adulta mayor pobre para acceder a programas preventivos, que disminuyan de manera significativa la manifestación de esta situación. La prevalencia de la obesidad puede calcularse según esta fórmula:

$$(50) \quad \left[ \frac{N_{60+O}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+O}$  : población de 60 años y más obesa (es decir, con un IMC superior a 30 kg./m<sup>2</sup>).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

De acuerdo a los datos de la encuesta SABE, la malnutrición por obesidad es bastante común en la región: en México, D. F., Santiago y Montevideo, tres de cada cuatro mujeres de 60 años y más tenían un IMC superior a 30 kg./m<sup>2</sup>. Si se considera el total de personas que estaban en los dos extremos del IMC se encuentra que, en promedio, el 59% de las mujeres y el 51% de los hombres de 60 años o más tenían un problema nutricional.

<sup>18</sup> De acuerdo con los patrones internacionales recomendados, se clasifica como bajo un índice inferior a 18,5 kg./m<sup>2</sup>; normal uno que se ubica entre 18,5 y 24,9 kg./m<sup>2</sup>, el sobrepeso se establece en el rango que va desde 25 a 29,9 kg./m<sup>2</sup>, y finalmente se estima que la persona es obesa cuando presenta un IMC igual o mayor a 30 kg./m<sup>2</sup>.

### Porcentaje de personas mayores con malnutrición

Como se ha mencionado, tanto la desnutrición como la obesidad se consideran expresiones de malnutrición. En la región —dependiendo de los hábitos y de las condiciones de vida— una de cada dos personas mayores sufre algún tipo de malnutrición, de lo que se deriva la necesidad de incluir metas específicas para mejorar el estado nutricional de las personas mayores en cualquier intervención de salud pública. El cálculo del porcentaje de personas mayores con malnutrición se puede realizar en base a la siguiente fórmula:

$$(51) \quad \left[ \frac{N_{60+CM}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+CM}$  : población de 60 años y más con malnutrición, es decir, con problemas de desnutrición ( $IMC < 18,5 \text{ kg./m}^2$ ) o con obesidad ( $IMC > 30 \text{ kg./m}^2$ ).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Otra herramienta para la evaluación individual de este aspecto de la salud y el bienestar de las personas mayores es la lista Determine (véase recuadro 9).

#### **RECUADRO 9 HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD NUTRICIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES**

La Lista DETERMINE, propuesta por la Academia Americana de Medicina, en conjunto con la Asociación Americana de Dietistas y el Consejo Nacional del Envejecimiento de los Estados Unidos, es un instrumento sencillo para la evaluación de la calidad nutricional de las personas mayores. Ha sido validado con personas mayores de diferentes grupos étnicos, edades, nivel socioeconómico y educativo. Por su diseño, permite la autoevaluación y ofrece la posibilidad de tamizar a las personas mayores de acuerdo a sus respuestas, y clasificarlas en niveles de riesgo y prioridades de intervención

La lista consta de 10 ítems con puntajes variables (véase el Anexo 8), que consideran: la presencia de cualquier enfermedad o padecimiento crónico que pueda cambiar el hábito de comer o dificultar el acto de comer; la calidad de la alimentación, no sólo la cantidad consumida, sino el tipo y calidad de alimentos; la salud oral; los ingresos insuficientes que condicionan la calidad y cantidad de alimentos consumidos; el aislamiento social; el consumo de medicamentos; los cambios de peso involuntarios y la necesidad de asistencia para el autocuidado.

Fuente: American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association y National Council on the Aging, "Nutrition screening initiative. DETERMINE your nutritional health checklist", *Nutrition Interventions Manual for Professionals Caring for Older Americans*, Washington, D. C., 1991.

## **1.4 Atención en salud de las personas mayores**

La atención en salud provista a las personas mayores debería comprender el amplio abanico de actividades que se realizan en hospitales, centros ambulatorios, atención domiciliaria e instituciones insertas en la comunidad. En general, no se dispone de información al respecto desagregada por edad, y la que existe no está armonizada de modo que se pueda utilizar comparativamente. El análisis de la provisión de servicios se hace entonces utilizando indicadores aproximados de algunos de los servicios, como los mecanismos de protección social, la

disponibilidad de servicios necesarios y la disponibilidad de personal capacitado en la medicina de la persona mayor.

#### 1.4.1 Protección social en salud

Se define como la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes políticos, para que un individuo o un grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas en materia de salud mediante el acceso a los servicios, ya sea a través del sistema o de alguno de los subsistemas de salud del país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Los grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud (OPS, 2002).

La protección social de las personas mayores se hace a través de tres sistemas: el público de libre acceso; la seguridad social con esquema contributivo y con subsidio gubernamental, y los seguros privados. En la región, y considerando las ciudades indagadas a través de la encuesta SABE, La Habana tiene un sistema público de salud, mientras que el resto de las ciudades presenta un tipo mixto de cobertura (pública y privada).

##### *Porcentaje de personas mayores no cubierto por servicios de salud*

Un indicador a considerar para este aspecto de la salud de la población adulta mayor es el que mide la *exclusión en salud*, basada en la falta de cobertura con garantías en este ámbito, ya sea por el sistema público o privado. La fórmula para calcularlo es:

$$(52) \quad \left[ \frac{N_{60+SCSS}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+SCSS}$  : población de 60 años y más sin cobertura en servicios de salud (ya sea por el sistema público, privado o mixto).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Si bien este indicador provee una idea general de la magnitud de la exclusión, no da cuenta de las enormes diferencias que existen dentro de los países en relación con la localización urbana o rural de las personas mayores.

La exclusión en salud es una forma discriminatoria compleja, por lo tanto su medición no se reduce a identificar a las personas sin cobertura en uno de los sistemas mencionados. Se trata de un problema multicausal (OPS, 2002). En las personas mayores, la exclusión de los servicios de salud puede producirse por razones de edad en combinación con etnia y residencia rural o urbana; por falta de cobertura para los servicios esenciales para sus necesidades; y por falta de personal de salud capacitado en la medicina de la población adulta mayor.

Los datos necesarios para la construcción de este indicador provienen de encuestas de hogares.

### Porcentaje de personas mayores con necesidades insatisfechas en atención en salud

Es un indicador de cobertura que contempla varios motivos de exclusión. Su fórmula de cálculo es:

$$(53) \quad \left[ \frac{N_{60+NASNR}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+NASNR}$  : población de 60 años y más que necesitó atención en salud en el último mes pero no la recibió por el costo, la distancia o la mala calidad de los servicios.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

También puede calcularse para un acercamiento a la cobertura de enfermedades o dolencias específicas que ofrecen los sistemas de salud. Por ejemplo, en promedio, en los países incluidos en el estudio SABE, el 35% de los encuestados carecía de servicios oftalmológicos aun padeciendo problemas de visión, en un 30% sus seguros no cubrían prótesis o aparatos, 20% tenía carencia total o parcial de dientes y el 82% tenía que pagar total o parcialmente por sus medicamentos. La Habana fue la ciudad con mejores niveles de cobertura de salud, mientras que São Paulo fue la que presentó los peores: tan sólo un 11,2% tenía un seguro que cubría el costo de los medicamentos recetados, un 2,3% uno que cubría anteojos, y un 10,9% contaba con cobertura de prótesis o aparatos (véase cuadro 37).

**CUADRO 37**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES DE ATENCIÓN EN SALUD**  
**EN PERSONAS MAYORES SEGÚN ENCUESTA SABE, 1999-2000**  
(% de aspectos en que el seguro cubre "todo o parte de...")

	Buenos Aires	São Paulo	Santiago de Chile	México, D. F.	Montevideo	La Habana	Total
Consulta medicina general	95,7	98,1	96,3	89,2	93,8	100,0	96,6
Consulta de especialista	96,0	98,1	97,0	86,9	93,7	100,0	96,6
Medicamentos recetados	97,4	11,2	35,5	85,9	90,8	100,0	82,2
Exámenes médicos	95,5	98,1	92,5	88,9	92,3	100,0	96,1
Gastos de hospitalización	95,3	97,5	96,4	91,7	96,4	100,0	97,3
Anteojos	86,2	2,3	69,6	63,5	36,4	100,0	65,3
Prótesis o aparatos	77,5	10,9	55,0	64,7	50,9	100,0	70,3
Servicios de rehabilitación	91,7	94,5	75,4	81,5	81,9	100,0	92,3
Servicio de odontología	87,9	29,4	64,0	77,8	77,7	100,0	80,6
Consulta homeopática	25,5	63,5	34,8	59,8	20,2	100,0	68,2

Fuente: elaboración propia con las respectivas encuestas SABE de estas ciudades (1999-2000).

### Tasa de cobertura en atención médica geriátrica

La cobertura de los servicios por personal capacitado en la atención de la salud de las personas mayores es otro indicador de importancia. Como este dato no está disponible, se utiliza como *proxy* el número de médicos con formación en geriatría.

$$(54) \left[ \frac{MG}{N_{60+}} \right] * 100.000$$

Donde:

$MG$  : número de médicos con formación en geriatría.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

En el cuadro 38 se presenta un ejemplo para este indicador. Se estima que en la región hay un promedio de tres médicos geriatras por cada 100.000 personas mayores. En todos los países, se destaca un gran reto para el desarrollo de recursos humanos que puedan atender la salud de los mayores de forma apropiada. Los especialistas en geriatría son necesarios para estimular la investigación, educar y liderar el desarrollo de la capacidad del sistema público para mejorar la salud de las personas mayores.

**CUADRO 38**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE MÉDICOS Y MÉDICOS**  
**CON ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA, PAÍSES SELECCIONADOS, CIRCA 2000**

País	Médicos por 100.000 habitantes	Médicos geriatras <sup>a</sup>	
		Número absoluto	Por 100.000 habitantes de 60 años y más
Chile	130	18	1,15
Brasil	144	420	3,13
Jamaica	25	1	0,40
México	156	180	2,62
Panamá	121	15	6,37

Fuente: OPS, *La salud en las Américas*, V.1, Washington, D. C., 2002.

<sup>a</sup> :informantes claves de las asociaciones nacionales de geriatría y de las escuelas de medicina de los países.

#### 1.4.2 Servicios de cuidados de largo plazo en instituciones

Las instituciones de atención a largo plazo para las personas mayores se pueden clasificar en dos grandes grupos: hospitales geriátricos o instituciones públicas o privadas que se identifican como tales en algún registro público, y residencias privadas que ofrecen servicios de cuidados a largo plazo identificadas o no como tales en algún registro público.

Sin embargo, no siempre se logra contar con un registro total de aquellas instituciones en los países de la región. Con el objetivo de solucionar este problema, se creó un método para estimar el número de personas mayores que vive en hogares institucionalizados (Guzmán, Marín y Araya, 2004). Este método utiliza información contenida en los censos de población y vivienda, ya que en ellos se puede identificar dónde residen las personas mayores, ya sea en instituciones públicas (hospitales, centros, asilos, etcétera) o en viviendas, particulares o colectivas.

En los censos de algunos países de la región —por ejemplo Chile, Argentina y Uruguay— no está definida en forma aislada o explícita la "residencia o institución para adulto mayor". Para lograr una aproximación al número de personas mayores institucionalizadas, se buscó un indicador *proxy*, definido como "*aquellas viviendas particulares y/o colectivas en que habitan cinco o más adultos mayores y en las que éstos constituyen al menos el 25% del total de los residentes de esa vivienda colectiva*". Con esta definición, se realizó un análisis para comparar los datos de algunos países latinoamericanos que sí cuentan con la variable aislada o definida y

registrada en la boleta censal, encontrándose una muy alta correlación entre el *proxy* y los valores reales ( $r^2=0,9859$ ). De esta forma, se denominaron "residencias colectivas informales" aquellas que se autodefinieron en el censo como "vivienda particular" pero que cumplían con el *proxy*, y a las viviendas catalogadas como "colectivas" que cumplían con el *proxy* se les llamó "residencias colectivas formales".<sup>19</sup>

#### *Proporción de personas mayores en hospitales y asilos*

A partir de los datos de los censos de población se pueden identificar aquellas instituciones que se tipifican como hospitales, asilos o residencias colectivas. En algunos países los datos obtenidos por medio de los censos sólo captan la categoría de "hospitales". Por lo tanto, se calcula el *proxy* basado en los datos de los países que sí consideran este desglose.

$$(55) \quad \left[ \frac{N_{60+HA}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+HA}$  : población de 60 años y más que se encuentran en hospitales o asilos.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

En la región, se observa una relación más o menos directa entre la proporción de personas mayores institucionalizadas y el grado de envejecimiento demográfico del país. El ejercicio realizado usando este *proxy* puede mostrar cifras de personas mayores institucionalizadas inferiores a las reales, porque su definición es bastante restrictiva, y porque se basa en datos de los pocos países para los que se dispone de información (véase cuadro 39).

**CUADRO 39**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: VALORES ESTIMADOS DEL PORCENTAJE**  
**DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS INSTITUCIONALIZADAS**

País	Año	Porcentaje institucionalizado	Número
Argentina	1991	1,68	70 665
Bolivia	2001	0,39	2 241
Chile	2002	1,37	23 453
Costa Rica	2000	1,09	3 292
Ecuador	2001	0,46	5 057
El Salvador	1992	0,15	569
Guatemala	1994	0,11	546
Nicaragua	1995	0,23	518
Panamá	2000	0,91	2 232
Paraguay	1992	0,37	1 037
Perú	1993	0,40	6 170
Uruguay	1996	2,33	12 807
Rep. B. de Venezuela	1990	0,45	4 911

Fuente: elaboración propia con procesamiento REDATAM.

<sup>19</sup> El análisis estadístico se efectuó con el programa REDATAM, y se crearon distintos programas estadísticos que permitieran analizar con mayor facilidad los datos, observar la frecuencia y realizar cruces de variables.

El cuadro 40 muestra los resultados arrojados por la utilización del indicador *proxy* ideado por Guzmán, Marín y Araya —proporción de personas mayores que residen en viviendas colectivas en las que hay cinco o más personas mayores, y en las que éstas constituyen al menos un 25 % del total de los residentes del hogar— para algunos países de la región:

**CUADRO 40**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS**  
**EN INSTITUCIONES DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO<sup>a</sup>**

País	Año	Total	Número	Porcentaje
Argentina	1991	4 198 148	73 685	1,76
Bolivia	1992	416 106	797	0,19
	2001	579 259	2 162	0,37
Chile	1992	1 305 557	14 114	1,08
	2002	1 717 478	23 453	1,37
Costa Rica	2000	301 474	3 292	1,09
Ecuador	1990	621 395	3 533	0,57
	2001	1 107 291	5 057	0,46
El Salvador	1992	378 527	915	0,24
Guatemala	1994	484 245	546	0,11
Nicaragua	1995	222 217	555	0,25
Panamá	1990	176 247	1 525	0,87
	2000	244 592	2 516	1,03
Paraguay	1992	283 156	727	0,26
Perú	1993	1 543 687	5 476	0,35
Uruguay	1996	548 934	13 327	2,43
Rep. B. de Venezuela	1990	1 094 160	5 680	0,52

Fuente: procesamientos especiales en REDATAM en base a microdatos censales.

<sup>a</sup>: viviendas colectivas en que habitan cinco o más personas mayores, y en las que ellas representan al menos el 25% del total de los miembros del hogar.

**CUADRO 41**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: VALORES FINALES ESTIMADOS DEL PORCENTAJE**  
**DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS INSTITUCIONALIZADAS**

País	Año	Porcentaje institucionalizado	Número
Argentina	1991	1,68	70 665
Bolivia	2001	0,39	2 241
Chile	2002	<i>1,37</i>	<i>23 453</i>
Costa Rica	2000	<i>1,09</i>	<i>3 292</i>
Ecuador	2001	<i>0,46</i>	<i>5 057</i>
El Salvador	1992	0,15	569
Guatemala	1994	<i>0,11</i>	<i>546</i>
Nicaragua	1995	0,23	518
Panamá	2000	0,91	2 232
Paraguay	1992	0,37	1 037
Perú	1993	0,40	6 170
Uruguay	1996	2,33	12 807
Rep. B. de Venezuela	1990	0,45	4 911

Fuente: procesamientos especiales en REDATAM en base a microdatos censales.

Nota: en cursiva, valores estimados.

En pocos países de la región existe un registro fiable de instituciones o residencias de atención a largo plazo, y los problemas en relación a este tema son evidentes. En aquellos donde se cuenta con una legislación al respecto, no existe la capacidad de fiscalizar su cumplimiento. Estas instituciones o residencias ofrecen servicios con cuidadores sin capacitación formal, y en su mayoría sin una supervisión profesional. En el 90% de los países no existen leyes que regulen o requieran la fiscalización de estas instituciones.

## Ejercicios

1) El cuadro E9 entrega información acerca del número de defunciones por tuberculosis en la población adulta mayor argentina y del total de población de 60 años y más. En base a estos datos calcule la tasa de mortalidad por esta causa para 2000 y 2002, en general y para cada subgrupo etario. Teniendo en cuenta la peculiaridad de la información provista por los indicadores de prevalencia de enfermedades crónicas transmisibles (dentro de las que se cuenta la tuberculosis), y la aguda crisis socioeconómica que vivió Argentina en 2001 (punto culmine), señale qué conclusiones pueden extraerse de la evolución del indicador en este breve período de tiempo.

**CUADRO E9**  
**ARGENTINA: DEFUNCIONES POR TUBERCULOSIS EN PERSONAS MAYORES**  
**Y POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR GRUPOS DE EDAD, 2000 Y 2002**

Año	Grupos de edad		Total
	65 a 74	75 y más	
Defunciones 2000	52	67	119
Población al 30/6	2 217 100	1 376 000	3 593 100
Defunciones 2002	193	168	361
Población al 30/6	2 265 521	1 404 587	3 670 108

Fuente: Argentina, Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

2) Calcule la tasa de mortalidad específica para cada una de las 10 principales causas de muerte de la población adulta mayor mexicana durante 2004 (mayores de 65 años), a partir de los datos provistos en el cuadro E10 y considerando que la población de este grupo etario para el 30 de junio de ese año estaba constituida por 5.424.596 personas. Destaque la utilidad de las tasas de mortalidad específicas según causas de muerte para el análisis de los patrones de mortalidad en la vejez.

**CUADRO E10**  
**MÉXICO: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE**  
**DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2004**

Orden	Descripción	Defunciones
1	Enfermedades isquémicas del corazón	37 509
2	Diabetes mellitus	37 380
3	Enfermedad cerebrovascular	20 327
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16 514
5	Enfermedades hipertensivas	9 521
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8 966
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	8 161
8	Nefritis y nefrosis	6 323
9	Desnutrición calórico protéica	6 136
10	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4 653

Fuente: México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.

3) Calcule el porcentaje de personas mayores cubiertas por servicios de salud para Argentina y Chile, a partir de los datos que aparecen en el cuadro. Refiérase a la comparabilidad de los resultados obtenidos para ambos países.

**CUADRO E11**  
**ARGENTINA Y CHILE: COBERTURA SANITARIA DE LA POBLACIÓN**  
**ADULTA MAYOR, CIRCA 2000**

País	Con cobertura	Total población
Argentina (2001)	3 727 715	4 871 957
Chile (2003)	1 576 476	1 769 515

Fuente: para Argentina se trata de datos censales, y considera a la población con cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual; para Chile corresponde a la encuesta CASEN, y se refiere a personas cubiertas con el sistema público e ISAPRE (Institución de Salud Previsional).

4) El cuadro E12 muestra el número de personas afectadas por discapacidad auditiva en Chile y Ecuador, información que fue obtenida a partir de los datos censales de la ronda de 2000. Con estos datos calcule el porcentaje de personas mayores con sordera total para ambos países según los grupos etarios presentes en el cuadro. Indique qué se concluye de estos resultados y qué debilidades presentarían estos indicadores si se los quisiera utilizar como insumo de información para el diseño de un programa de atención en salud específico.

**CUADRO E12**  
**CHILE Y ECUADOR: PERSONAS MAYORES CON SORDERA TOTAL**  
**Y POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR GRUPOS DE EDAD, 2002**

		Grupos de edad		
		60 a 69	70 a 79	80 y más
Chile (2002)	Con sordera total	10 581	14 862	17 206
	Total población	899 189	567 449	250 840
Ecuador (2002)	Con sordera total	7 767	9 272	10 053
	Total población	537 698	337 635	231 958

Fuente: censos de población de ambos países, 2002.

5) El siguiente cuadro (E13) presenta información sobre el deterioro cognitivo en la población adulta mayor de las ciudades consideradas para la aplicación de la encuesta SABE. Refiérase a las diferencias que se advierten entre los indicadores obtenidos a través de uno y otro instrumento de medición.

**CUADRO E13**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CIUDADES SELECCIONADAS): PORCENTAJE**  
**DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS CON DETERIORO COGNITIVO POR EDAD, 2001**

Ciudades	MMSE <13		MMSE<13 + PFAQ >5	
	60 a 74 años	75 años y más	60 a 74 años	75 años y más
Bridgetown	1	9	0,3	5
Buenos Aires	2	9	0,7	3
México, D. F.	8	20	1	6
Montevideo	0,4	5	0,2	3
Santiago	7	23	4	19
São Paulo	4	17	3	16

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Encuesta Multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*, Informe Preliminar, Washington, D. C., 2001.

6) Mencione las diferencias entre el porcentaje de personas mayores con dificultad en las ABVD y el índice de discapacidad funcional en la vejez.

7) Señale qué información se debería utilizar para obtener una tasa de cobertura en atención médica geriátrica más “realista”.

## Respuestas

1)

Tasa de mortalidad por tuberculosis			
Año	65 a 74	75 y más	Total
2000	2,35	4,87	3,31
2002	8,52	11,96	9,84

La tasa de mortalidad por tuberculosis en la población adulta mayor argentina casi se triplicó en este período de dos años, y en el grupo de edad de 65 a 74 años casi se cuadruplicó. Considerando que este tipo de enfermedades (las crónicas transmisibles) se vinculan con estados de carencia y falta de acceso a una atención en salud adecuada y oportuna, la incidencia de la crisis socioeconómica de 2001 es evidente en el indicador, aun considerando el nivel de subregistro que puede afectar a este tipo de defunciones.

2)

Tasas de mortalidad específicas		
Orden	Descripción	Tasa
1	Enfermedades isquémicas del corazón	691,46
2	Diabetes mellitus	689,08
3	Enfermedad cerebrovascular	374,72
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	304,43
5	Enfermedades hipertensivas	175,52
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	165,28
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	150,44
8	Nefritis y nefrosis	116,56
9	Desnutrición calórico protéica	113,11
10	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	85,78

El perfil de mortalidad de la población adulta mayor mexicana es coherente con la etapa de transición demográfica (y, por lo tanto, epidemiológica) que atraviesa el país, considerada como moderada, pues entre las 10 principales causas de muerte para este grupo etario aparecen tanto enfermedades degenerativas y tumores, propias de una transición avanzada, como otras afecciones características de estadios más incipientes de transición, tales como infecciones y desnutrición.

3)

Tasa de cobertura sanitaria	
Argentina (2001)	76,5
Chile (2003)	89,1

Los resultados obtenidos no son comparables, básicamente debido a la fuente a partir de la que se calcularon ambos indicadores, para uno de ellos un censo nacional, que supone una cobertura casi total de la población a encuestar, y para otro una encuesta, con una base muestral.

4)

Porcentaje de personas mayores con sordera total				
País	Grupos de edad			Total
	60 a 69	70 a 79	80 y más	
Chile	1,18	2,62	6,86	2,48
Ecuador	1,44	2,75	4,33	2,45

El porcentaje de personas mayores sordas es similar en ambos países, tanto a nivel general como para cada subgrupo etario, aunque la diferencia se incrementa en las personas de 80 años y más, con un peor indicador para Chile. Otra conclusión clara y lógica es que el porcentaje de personas mayores sordas crece a medida que avanza la edad. Si se partiera de este indicador para diseñar un programa de atención en salud específico para este problema, se estaría subestimando la población adulta mayor con dificultades auditivas, pues sólo se consideraría a las personas mayores con sordera total.

5) La principal diferencia que se advierte es que los resultados obtenidos a partir de la aplicación combinada del test MMSE abreviado y del test PFAQ son notablemente inferiores a los arrojados por la medición basada únicamente en el MMSE abreviado. Esta diferencia obedece a que, con la aplicación conjunta de ambos instrumentos de medición, se reduce la influencia de la escolaridad de los encuestados en los porcentajes calculados.

6) Estos indicadores difieren en que el primero sólo considera dificultades en las actividades básicas de la vida diaria, mientras que el segundo extiende la observación hasta las actividades instrumentales.

7) Deberíamos poder colocar, en el numerador de la fórmula, la cantidad de personas mayores de 60 años que recibió la atención de un médico geriatra en un determinado período de tiempo, para dividir esa cifra por el total de la población de esa edad en el mismo lapso.

## **IV. Envejecimiento y entornos favorables**

El entorno propicio y favorable para las personas mayores es un tópico destacado del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, sin embargo constituye un ámbito de estudio poco explorado en la región. Esto se debe, por una parte, a que abarca un número no menor y heterogéneo de temas y, por otra, a que su tratamiento —sobre todo lo referido a los entornos sociales— requiere la producción y análisis de datos cualitativos.

El concepto de entornos propicios no está plenamente estandarizado, sin embargo el Plan de Acción Internacional de Madrid y su Estrategia Regional aluden especialmente a las condiciones socioculturales y ambientales que propicien un envejecimiento digno y seguro en la comunidad de origen. Estas condiciones se dividen en dos ámbitos de intervención: los entornos sociales y los entornos físicos. El primero incluye las temáticas referidas a los arreglos residenciales, las redes de apoyo, la violencia y el maltrato contra las personas mayores, la participación y la imagen social de la vejez, y el segundo abarca los temas de vivienda y uso del espacio urbano.

### **1. Entornos sociales**

#### **1.1 Arreglos residenciales**

El estudio de la inserción de las personas mayores en el hogar, es decir, de las características que adoptan los arreglos residenciales de las personas mayores, reviste particular importancia, pues el hogar es uno de los ámbitos más importantes para las transferencias de apoyo en las que participan las personas mayores, ya sea como receptores o dadores de ayuda (CEPAL, 2003b).

A continuación se presenta un conjunto de ocho indicadores que permiten analizar algunas de las características de estos arreglos de convivencia en la región, como la inserción de las personas mayores en el hogar o su posicionamiento social y doméstico. Además, son de utilidad al momento de diseñar políticas, programas y proyectos destinados a este grupo etario.

#### *Porcentaje de hogares con personas mayores*

La importancia de conocer el número de hogares con personas mayores y la estructura familiar en la que viven, para el diseño de políticas de vejez, se debe a que el impacto del aumento de las personas mayores a nivel social es aún más grande del que se estima a nivel individual (Guzmán y Huenchuan, 2004). Cuando se analiza la proporción de hogares en que hay una o más personas mayores, estas cifras aumentan sobre el 20 o incluso sobre el 40%.

Una primera aproximación a este aspecto consiste en conocer la cantidad relativa de hogares en los que residen personas mayores, entendiéndose este indicador como la *relación porcentual entre el número de hogares en que residen personas mayores y el total de los hogares*. La información necesaria se obtiene de los censos de población o las encuestas de hogares, y el cálculo es relativamente sencillo:

$$(56) \quad \left[ \frac{H'_{60+}}{H^t} \right] * 100$$

Donde:

$H'_{60+}$  : hogares donde reside al menos una persona de 60 años y más en un momento determinado.

$H^t$  : total de hogares en ese mismo momento.

En el cuadro 42 se aprecia el porcentaje de hogares con personas mayores en algunos países de la región, que ciertamente es más alto en aquellos en los que el proceso de envejecimiento está más avanzado; sin embargo, en la mayoría se observa un aumento entre los dos momentos censales. Según los censos analizados, los hogares con alguna presencia de personas mayores ascienden a cifras del orden del 22 y el 24% en la mayoría de los países, incrementándose al 39,9% en Uruguay y al 34,5% en Argentina (países con mayor porcentaje de población adulta mayor).

**CUADRO 42**  
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE HOGARES**  
**CON PERSONAS MAYORES, 1990 Y 2000**

Países	1990	2000
Argentina	34,3	34,5
Bolivia	22,9	22,8
Brasil	21,3	22,5
Chile	29,0	29,9
Ecuador	23,1	27,3
Paraguay	21,6	24,9
Uruguay	38,4	39,9
Rep. Bolivariana de Venezuela	22,9	24,0

Fuente: elaboración propia en base a los datos censales de las rondas de 1990 y 2000.

#### *Tasa de crecimiento promedio anual de hogares con personas mayores*

Este indicador tiene como objetivo medir el ritmo de incremento de los hogares con personas mayores, utilizando la tasa de crecimiento anual para dicho grupo de hogares, la cual se calcula usando la fórmula de crecimiento exponencial, y se interpreta como *el incremento anual de hogares con personas mayores durante el período considerado por cada 100 hogares con personas mayores al inicio de dicho período*. Para este cálculo se utiliza la información de los censos o las encuestas de hogares.

$$(57) \quad \left[ \text{Ln} \left[ \frac{H^{t+n}_{60+}}{H^t_{60+}} \right] / T \right] * 100$$

Donde:

$\text{Ln}$  : logaritmo natural.

$H^{t+n}_{60+}$ : hogares con al menos una persona de 60 años y más al final del período.

$H^t_{60+}$  : hogares con al menos una persona de 60 años y más al inicio del período.

$T$  : tiempo (número de años) entre el inicio y el final del período de análisis.

Además de conocer el número de hogares con personas mayores y el ritmo con el cual se incrementan, es necesario estar al tanto de las modalidades de estructuración familiar que adoptan las personas mayores, dato que tiene una doble importancia: por una parte, determina el perfil de requerimientos habitacionales de este grupo de edad, toda vez que las unidades consumidoras de alojamiento son los hogares, y por otra, el tipo de familia puede tener un peso significativo en sus niveles de bienestar y calidad de vida, situación en la cual pueden ejercer importantes influencias los modelos de política habitacional que implementen los países. En América Latina, donde los sistemas de bienestar social en que se apoyan las personas de edad están menos extendidos que en países desarrollados, la estructura familiar cumple importantes funciones como sistema informal de residencia, red de apoyo y medio de redistribución de ingresos personales (Arriagada, I., 2003).

Los indicadores que a continuación se detallan evalúan las modalidades de estructuración familiar que adoptan las personas mayores.

#### *Tamaño promedio de los hogares con personas mayores*

Es una primera aproximación para conocer la estructura familiar. Este indicador se expresa como el *cociente entre la suma de todos los miembros habituales de los hogares con personas mayores y el total de estos hogares*.

$$(58) \quad \frac{\sum N_{H60+}}{H_{60+}}$$

Donde:

$\sum$  : sumatoria.

$N_{H60+}$  : miembros habituales de los hogares con personas mayores.

$H_{60+}$  : total de hogares con personas mayores.

#### *Porcentaje de hogares con personas mayores según el número de personas en el hogar*

Otra posibilidad es realizar una tipología de hogares con personas mayores según el número de personas en el hogar. Se obtiene contando el número de miembros de los hogares con personas mayores, y ordenándolos de la siguiente manera: a) una persona en el hogar ( $H_{60+ 1M}$ ),

entendiéndose éste como un hogar unipersonal de persona mayor; b) dos personas en el hogar ( $H_{60+ 2M}$ ); c) tres o cuatro personas en el hogar ( $H_{60+ 3-4M}$ ); y d) cinco y más personas en el hogar ( $H_{60+ 5+M}$ ). Con esta información se obtiene el porcentaje de hogares con personas mayores según el número de personas en el hogar, según la siguiente fórmula:

$$(59) \quad \left[ \frac{H_{60+1M}}{H_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$H_{60+ 1M}$ : hogares con personas mayores con sólo un miembro en el hogar.

$H_{60+}$ : total de hogares con personas mayores.

De la misma forma se calcula el porcentaje para las otras categorías ( $H_{60+ 2M}$ ,  $H_{60+ 3-4M}$  y  $H_{60+ 5+M}$ ), teniendo siempre como denominador el total de hogares con personas mayores. En el ejemplo de Nicaragua (véase cuadro 43) se aprecia que, además, esta tipología se puede aplicar a los hogares sin personas mayores, para hacer un análisis comparativo y diferenciarlo según área de residencia. Del cuadro se desprende que, si bien tanto en los hogares con personas mayores como en aquellos sin ellas priman los que tienen cinco o más miembros, se observan ciertas diferencias interesantes. En primer lugar, las personas mayores tienen una mayor propensión a vivir solas: el porcentaje de hogares unipersonales de personas mayores es más alto que el de menores de 60 años (6,3 y 2,8% respectivamente). También hay un mayor porcentaje de hogares con personas mayores compuestos por sólo dos miembros, ya sean matrimonios que viven solos u hogares en donde viven personas mayores con otro pariente o no pariente. Por último, los hogares con personas mayores tienden a tener menos miembros, el 37% cuenta con menos de cinco personas en el hogar, mientras que el 33% de los hogares sin personas mayores cumple tal condición. Según área de residencia urbana o rural, las tendencias son bastante similares a las ya descritas, sólo existen algunas variaciones porcentuales que indicarían que en las áreas rurales la población adulta mayor tiende a vivir en hogares más numerosos, aunque el peso de los unipersonales con personas mayores aumenta levemente.

**CUADRO 43**  
**NICARAGUA: TAMAÑO DEL HOGAR CON Y SIN PERSONAS MAYORES**  
**SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 1995**

Número de personas en el hogar	Tipo de hogar urbano			Tipo de hogar rural			Tipo de hogar		
	Con personas mayores	Sin personas mayores	Total	Con personas mayores	Sin personas mayores	Total	Con personas mayores	Sin personas mayores	Total
Una	6,2	3,2	3,8	6,5	2,3	3,1	6,3	2,8	3,5
Dos	9,8	5,7	6,6	9,6	4,5	5,5	9,7	5,2	6,1
Tres a cuatro	21,9	28,2	26,8	19,7	21,8	21,4	21,0	25,4	24,5
Cinco y más	62,1	62,9	62,7	64,2	71,4	69,9	63,0	66,6	65,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Censo de Población de Nicaragua, 1995.

### Porcentaje de hogares con personas mayores según tipo de hogar y familia

Durante las últimas décadas, las formas tradicionales de familia han ido cambiando, han ido surgiendo nuevas estructuras familiares, como parejas sin hijos y hogares sin núcleo, a la vez que continúan aumentando los hogares con jefatura femenina, lo que podría indicar que existen nuevas configuraciones propias de la modernidad (Arriagada, I., 2002). De ahí el interés por analizar los tipos de hogar y familia donde residen las personas mayores.

Con la información proporcionada por los censos de población y las encuestas de hogares es posible construir una tipología de hogares y familias, que para efectos de análisis se ha definido de acuerdo a las características de la estructura de parentesco de sus miembros respecto de quien se declara como jefe del hogar. Así, se obtiene la siguiente tipología para los hogares: a) unipersonales (una sola persona) ( $H_{60+U}$ ); y b) sin núcleo (aquellos donde no existe un núcleo conyugal, es decir, una relación padre/madre e hijo/hija, aunque puede haber otros lazos familiares) ( $H_{60+SN}$ ). Entre los tipos de familia se distinguen: a) nucleares (padre o madre o ambos, con o sin hijos) ( $H_{60+FN}$ ); b) extendidas (padre o madre o ambos, con o sin hijos y otros parientes) ( $H_{60+FE}$ ); c) compuestas (padre o madre o ambos, con o sin hijos, con o sin otros parientes y otros no parientes, excluyendo el servicio doméstico puertas adentro y sus familiares) ( $H_{60+FC}$ ) (Arriagada, I., 2004).

En base a la anterior clasificación se cruza la información con los hogares donde residen personas mayores, con lo que se obtiene el número de hogares con personas mayores según la tipología ya expuesta, y luego el porcentaje de hogares según cada una de las categorías. La fórmula para el cálculo es:

$$(60) \quad \left[ \frac{H_{60+FN}}{H_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$H_{60+FN}$  : hogares con personas mayores formados por familias nucleares (padre o madre o ambos, con o sin hijos).

$H_{60+}$  : total de hogares con personas mayores.

De la misma forma se calcula el porcentaje para las otras categorías ( $H_{60+U}$ ,  $H_{60+SN}$ ,  $H_{60+FE}$  y  $H_{60+FC}$ ), teniendo siempre como denominador el total de hogares con personas mayores. El cuadro 44 muestra la forma de presentar los datos, en un ejemplo en el que se utilizó la misma tipología para los hogares sin personas mayores, para comparar la estructura familiar de ambos. La información muestra que en República Dominicana las personas mayores generalmente viven en hogares extendidos (51%), ya sean familias extensas completas o sin cónyuge; es decir que viven en familias grandes, algunas de ellas se van a vivir con sus hijos u otros parientes al quedar viudas, aunque también hijos que ya han formado un hogar siguen viviendo con sus padres. Otro dato que atrae la atención es que muchas veces la persona mayor sigue ejerciendo la jefatura del hogar y ocupando un rol fundamental al interior de las familias, situación que se confirma con el porcentaje de hogares nucleares con personas mayores, que alcanza al 31%. Con todo, el 14% de los hogares con personas mayores son unipersonales, es decir que viven solas en el hogar, en situación de abandono, con desventajas o riesgos de salud y demandan apoyo y ayuda externa.

**CUADRO 44**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: HOGARES CON Y SIN PERSONAS MAYORES**  
**SEGÚN TIPO DE HOGAR, 2002**

Tipo de hogar	Hogares			Porcentajes		
	Con personas mayores	Sin personas mayores	Total	Con personas mayores	Sin personas mayores	Total
Unipersonal	74 554	158 059	232 613	13,9	9,5	10,6
Nuclear	170 870	1 085 836	1 256 706	31,8	65,6	57,3
Extendido	273 234	364 333	637 567	50,8	22,0	29,1
Compuesto	19 266	47 584	66 850	3,6	2,9	3,0
Total	537 924	1 655 812	2 193 736	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del censo de 2002.

### 1.1.1 Hogares con jefatura adulta mayor

El grupo de indicadores que a continuación se detalla tiene por objetivo medir el número de personas mayores que continúan ejerciendo la jefatura del hogar. Hay una serie de factores que entran en juego para que las personas mayores tengan un rol clave dentro de los hogares donde residen. Uno de ellos es el cultural: pese a contar con muy pocas pruebas disponibles en la región, los antecedentes empíricos que existen sobre imagen y valoración de las personas mayores sugieren que todavía hay, en muchos contextos, un ambiente proclive a la valoración de la experiencia y las jerarquías familiares, lo que contribuye a la declaración de la persona mayor como jefa del hogar. Otro factor es el material, representado por ejemplo en la tenencia de la vivienda o la disponibilidad de ingresos propios, elementos importantes para considerar como jefas de hogar a las personas mayores.

#### *Porcentaje de hogares con jefatura de persona mayor*

Este indicador mide la *relación porcentual entre el número de hogares cuyo jefe o jefa es una persona mayor y el total de los hogares*. Es conveniente diferenciar los hogares liderados por hombres y mujeres mayores ya que se observan diferencias de género, como también ocurre en otras edades. La fórmula para el cálculo es:

$$(61) \quad \left[ \frac{H_{JH60+}}{H} \right] * 100$$

Donde:

$H_{JH60+}$  : hogares cuyo jefe o jefa es una persona mayor.

$H$  : total de hogares.

El cuadro 45 muestra el porcentaje de hogares con jefes mayores en dos rondas censales (1990 y 2000): se observa que entre un 15 y un 30% de los hogares tiene como jefe a una persona mayor. En los países en los que el envejecimiento de la población está más avanzado el

porcentaje es mayor (Argentina y Chile), aunque comparando los datos entre 1990 y 2000, en la mayoría de ellos la cifra ha aumentado.

**CUADRO 45**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE**  
**DE HOGARES CON JEFATURA DE PERSONA MAYOR, 1990 Y 2000**

	1990	2000
Argentina	27,77	29,13
Bolivia	20,78	17,47
Brasil	18,28	20,03
Chile	22,46	24,25
Ecuador	18,07	18,99
Guatemala	17,78	19,22
México	15,24	18,96
Panamá	19,71	14,49
Paraguay	19,39	19,44
Rep. Bolivariana de Venezuela	15,88	18,01

Fuente: elaboración propia en base a los datos censales de las rondas de 1990 y 2000.

#### *Tasa de jefatura de hogar de la población adulta mayor*

El análisis de este indicador es muy interesante, pues a diferencia de los anteriores realiza la observación a nivel de las personas, y mide la *relación porcentual entre las personas mayores jefas de hogar y el total de personas mayores*.

$$(62) \quad \left[ \frac{N_{JH60+}}{N_{60+}} \right] * 100$$

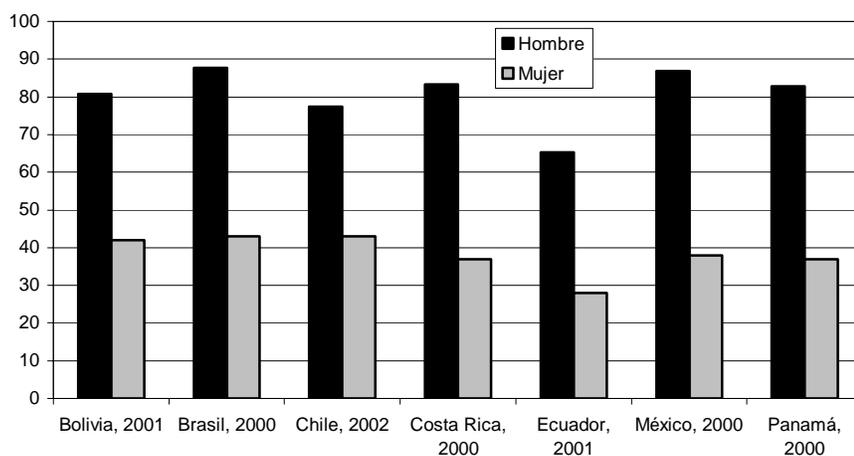
Donde:

$N_{JH60+}$  : población de 60 años y más que declara ser jefe o jefa del hogar.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

El predominio de la jefatura del hogar tiene al menos dos especificidades relevantes. La primera también se manifiesta en otras fases de la vida y atañe al sesgo de género, pues existen disparidades enormes entre hombres y mujeres, tal como se aprecia en el gráfico 3. Así, y como acontece en el resto de las edades, una mujer mayor jefa de hogar es casi equivalente a una mujer sin pareja en el hogar. De cualquier manera, debido a la mayor supervivencia de las mujeres respecto de sus cónyuges, en general los índices de jefatura de hogar femenina son mucho más altos entre las personas de edad que entre las adultas y las jóvenes.

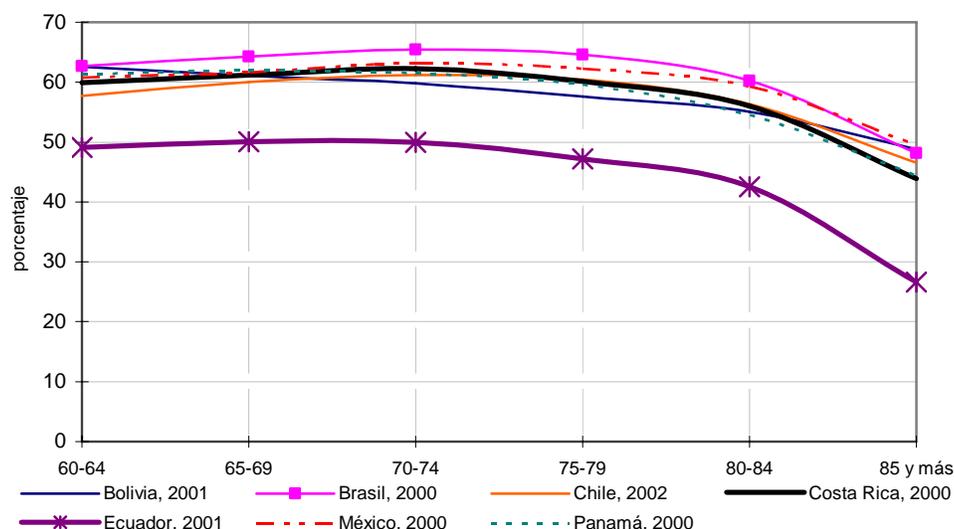
**GRÁFICO 3**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE JEFATURA**  
**DE HOGAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CIRCA 2000**



Fuente: elaboración propia a partir del procesamiento de los microdatos censales en REDATAM, censos de 2000.

La segunda especificidad es que la probabilidad de ser jefe del hogar disminuye abruptamente a partir de los 75 años (véase gráfico 4), sobre todo en el caso de los hombres. Esta conclusión permite presumir que en las edades más avanzadas las limitaciones de salud pueden erosionar tanto las bases culturales como las materiales del liderazgo doméstico de las personas mayores. Con todo, en la mayor parte de los países examinados, una de cada dos personas de 85 años y más es aún jefa del hogar, lo que sugiere la fortaleza de los fundamentos culturales o materiales del liderazgo antes señalado.

**GRÁFICO 4:**  
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE JEFES**  
**EN LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN GRUPOS DE EDAD, CIRCA 2000**



Fuente: elaboración propia a partir del procesamiento de los microdatos censales en REDATAM, censos de 2000.

#### *Porcentaje de jefes mayores que viven solos*

Este indicador mide la *relación porcentual entre los jefes mayores que viven solos y el total de jefes mayores*. Es muy apropiado calcularlo según sexo y área urbana o rural de residencia, ya que presenta diferencias según estas variables.

$$(63) \quad \left[ \frac{N_{60+JHS}}{N_{60+JH}} \right] * 100$$

Donde:

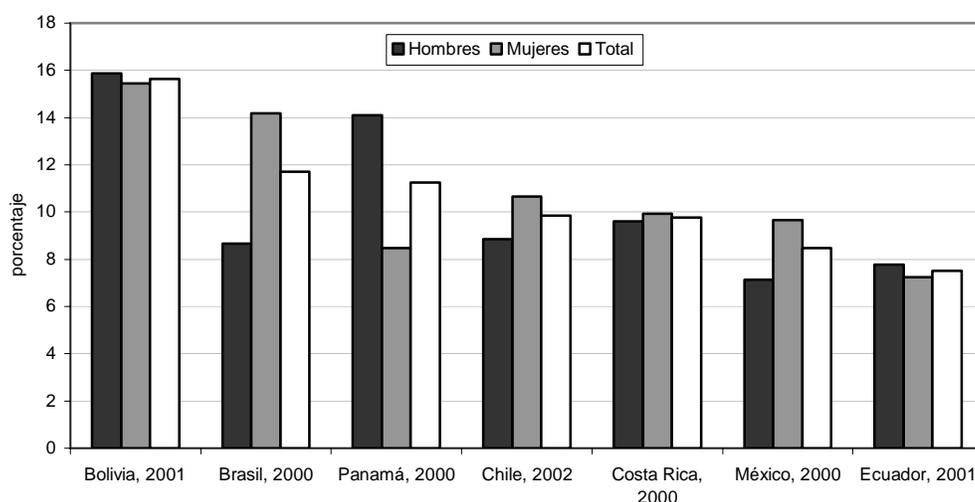
$N_{60+JHS}$  : población de 60 años y más que declara ser jefe o jefa del hogar y que vive sola en él.

$N_{60+JH}$  : población de 60 años y más que declara ser jefe o jefa del hogar.

Los gráficos 5 y 6 ratifican el ambiente familiar o al menos de compañía cotidiana en que residen las personas mayores de la región, puesto que ilustran la escasa predisposición —que probablemente refleja su voluntad, aunque también puede resultar de incapacidades materiales, ya sea físicas o económicas, o barreras culturales— que tienen los latinoamericanos de edad a vivir solos, vale decir, en hogares unipersonales, lo que hace una diferencia respecto de las conductas prevalecientes en otras regiones, particularmente Europa del Norte. Esto ya había sido constatado, con sus especificidades nacionales, en diagnósticos previos (CELADE, 2000; Del Popolo 2001; CEPAL/CELADE, 2002), pero ahora se ratifica con datos de la ronda de censos de 2000, ya que en ninguno de los países analizados la residencia solitaria supera el 20% del total de personas

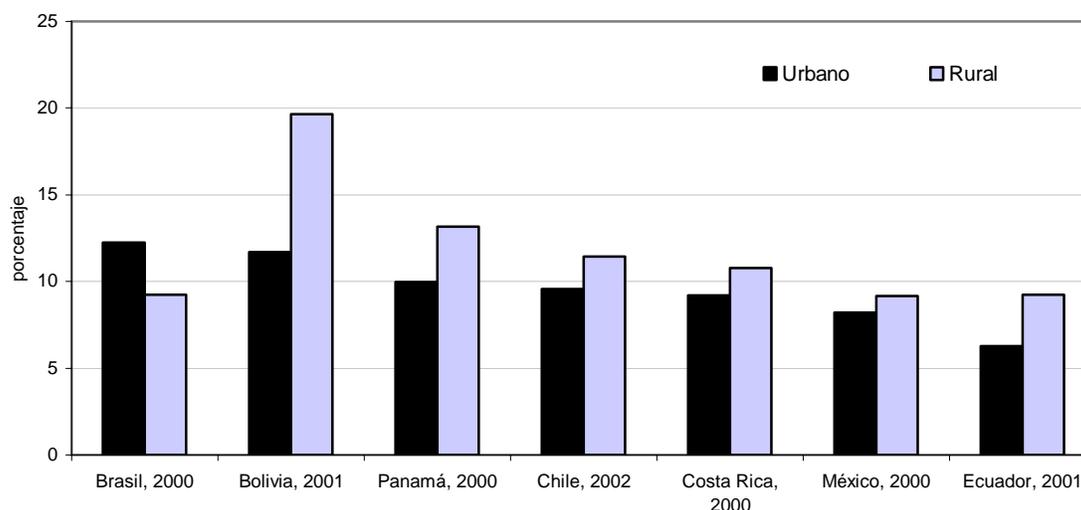
mayores. Sin embargo, y salvo en el caso de Brasil, donde los programas de pensiones no contributivas rurales hacen de las personas mayores en estas zonas las receptoras más estables de ingresos, las personas mayores rurales son las que tienen más probabilidades de vivir solas. Obviamente, la migración rural-urbana es la principal responsable de esta ruptura de lazos de coresidencia y de proximidad, y puede no significar necesariamente la ausencia de lazos afectivos o de transferencias monetarias. Lo que sí es claro es que la distancia respecto a las zonas rurales de los descendientes que residen en zonas urbanas hace imposible el apoyo instrumental que podrían requerir los más viejos entre las personas mayores, que son los que más probablemente necesitan apoyo en las actividades de la vida diaria.

**GRÁFICO 5**  
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS JEFAS DE HOGAR QUE VIVEN SOLAS, POR SEXO, CIRCA 2000**



Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales de la ronda de 2000.

**GRÁFICO 6:**  
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS JEFAS DE HOGAR QUE VIVEN SOLAS, POR ÁREA DE RESIDENCIA, CIRCA 2000**



Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales de la ronda de 2000.

La importancia de utilizar estos indicadores radica en la gran relevancia que tienen para la indagación sobre el posicionamiento social y doméstico de las personas mayores. Además, son muy útiles para las políticas y programas que las tienen como destinatarias, puesto que logran retratar a las personas mayores como actores con responsabilidades domésticas y, por ende, preocupaciones y tiempos destinados a ese ámbito. También indican que las iniciativas destinadas a los jefes de hogar protegerán a una mayoría del grupo, aunque sea sesgadamente desde el punto de vista de género; y permiten concluir que las acciones dirigidas a las personas mayores tienen una repercusión directa sobre los hogares, por lo que pueden modificar rápidamente indicadores que se miden en ese nivel, afectando a otras generaciones si es que predominan los arreglos domésticos multigeneracionales, como de hecho ocurre en la región (CELADE, 2002; CEPAL, 2000).

## 1.2 Redes de apoyo social de las personas mayores

En un contexto de baja protección social de parte del Estado, como ocurre en la mayoría de los países de la región, cobra especial relevancia el estudio de las redes de apoyo de las personas mayores, ya que éstas pueden suplir gran parte de sus necesidades, desde las económicas e instrumentales hasta las de carácter cognitivo e incluso emocional.

Conceptualmente, cabe distinguir entre redes y apoyos sociales. Las *redes sociales* pueden ser consideradas prácticas simbólico-culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003). Esta categoría pone el acento en el tipo de relaciones sociales, los actores involucrados y los vínculos interpersonales de los cuales pueden o no resultar apoyos sociales.

Los *apoyos sociales*, en tanto, son un conjunto de transacciones interpersonales o transferencias que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e

información que se intercambia y circula. Las categorías de estas transferencias o apoyos pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003). Esta noción enfatiza los distintos tipos de ayuda que reciben y dan las personas mayores.

El término de *redes sociales de apoyo*, abarcativo de ambos conceptos, comprende aspectos diversos tales como el cuidado en salud que reciben las personas mayores, el apoyo económico y emocional que se intercambia entre familiares (corresidentes y no corresidentes) y amigos, así como entre grupos de apoyo comunitario. Esta noción teórica permite conocer de una forma dinámica las diferentes relaciones que establece la persona mayor, pero también el tipo de elementos que intercambia y los mecanismos que se establecen para satisfacer sus necesidades, por lo que constituye una herramienta relevante para el análisis de la calidad de vida de este segmento de la población.

Todas las personas están vinculadas con la sociedad e integradas a diferentes redes sociales, pero no todas son redes sociales de apoyo, pues en muchas de ellas no se realizan actividades de intercambio ni asistencia mutua. Las redes varían en el tiempo y en el espacio, se activan o desactivan en coyunturas específicas y en algunos casos, pero no en todos, pueden cumplir un rol relevante para la vida de la persona.

La funcionalidad de una red en la vejez está dada entonces por la presencia de los apoyos sociales, que pueden provenir de vías formales e informales. Los *apoyos sociales formales* se originan en instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mientras que los *apoyos sociales informales* provienen de la familia, los amigos, vecinos, conocidos y de la comunidad.

Los apoyos informales, a su vez, pueden clasificarse en cuatro tipos:

- Los *apoyos materiales* implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas) y no monetarios (vivienda, alojamiento, comidas, regalos, ropa, pago de servicios).
- Los *apoyos instrumentales* se dan a través del transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento.
- Los *apoyos emocionales* se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia o a la amistad, la preocupación por el otro, el reconocimiento de roles; y pueden tomar distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afectos o una actitud de escuchar.
- Los *apoyos cognitivos* se refieren al intercambio de experiencias, a la circulación de información (significado), a dar consejos que permitan entender una situación. Estas conductas suponen la presencia de vínculos propicios que facilitan la información, proporcionan consejos y corrigen las desviaciones a las normas, lo que en conjunto funciona como una regulación social, una especie de control del comportamiento fuera de lo regular y un control sobre actitudes de riesgo social e individual.

En las redes sociales de apoyo la persona mayor no sólo es receptora, sino que también se instituye como un actor en el sentido amplio del término, con un papel dinámico en la construcción de relaciones y en la provisión de apoyos. Los mecanismos generados a partir de estas redes no son sólo de recepción u otorgamiento sino también, y en la mayoría de los casos, de intercambio. Todos los participantes realizan una parte del proceso y a través de estas intervenciones intercambian recursos materiales y no materiales que son relevantes para todos los que forman parte de ese entramado social.

La efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende en buena medida de la interpretación y valoración subjetiva que cada persona hace sobre este apoyo: *“un apoyo innecesario, no deseado o erróneo, aun cuando sea bienintencionado, puede tener efectos*

*dañinos, al producir dependencias y afectar negativamente a la autoestima”* (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

### 1.2.1 Indicadores de las fuentes de apoyo social en la vejez

Las redes sociales surgen en todos los ámbitos de la vida social: en la política, en las escuelas, en los ámbitos laborales, en las familias, por mencionar sólo algunos espacios. Existen para hombres y mujeres en diferentes etapas de su vida, pero para cada grupo social las redes tienen características diferentes y pueden ser tantas como la capacidad del investigador de visibilizarlas.

Entre las personas mayores, pueden distinguirse las redes familiares (de corresidentes y no corresidentes), las redes no familiares (amigos, vecinos, compañeros de trabajo) y las redes derivadas de la comunidad. Otras redes sociales se construyen a partir de cada una de las anteriores con instituciones públicas gubernamentales y no gubernamentales, como las iglesias, los ministerios de salud o de desarrollo social a nivel local, las escuelas, entre otras. La tipología que se propone en este documento es la siguiente:

- *Redes familiares de apoyo*: son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar (corresidentes) o fuera de él (no corresidentes) a partir de lazos de parentesco. Se consideran la base de las diferentes redes de apoyo social.
- *Redes no familiares de apoyo*: son los vínculos personales establecidos con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, que pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda.
- *Redes comunitarias*: se distinguen de otras redes sociales porque remiten a las colectividades en vez de a individuos o familias. Las redes comunitarias se gestan a través de grupos organizados en un espacio territorial e identitario.
- *Redes institucionales*: son las relaciones de apoyo que se establecen entre las personas mayores y algunas instituciones gubernamentales y/o no gubernamentales.

#### *Porcentaje de personas mayores según fuentes informales de apoyo*

Este indicador permite conocer la disponibilidad de las fuentes de apoyo con que cuentan las personas mayores para satisfacer algunas de sus necesidades básicas. Además da cuenta del nivel de concentración o no de los apoyos en las distintas fuentes disponibles. En general se utiliza para el cálculo la tipología antes descrita, excluyendo las redes institucionales.

Las categorías para calcular este indicador son las siguientes:

- Redes familiares corresidentes: hijos, pareja, otros.
- Redes familiares no corresidentes: hijos, hermanos.
- Redes no familiares: amigos, compañeros de trabajo y vecinos.
- Redes comunitarias.

La forma de cálculo de este indicador es la siguiente:

$$(64) \left[ \frac{N_{60+FLA}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+FLA}$  : población de 60 años y más con fuentes informales de apoyo, es decir, que recibe apoyo (material, instrumental, emocional o cognitivo) de las redes familiares corresidentes, redes familiares no corresidentes, redes no familiares o redes comunitarias.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Con este cálculo puede obtenerse un indicador agregado, cuando se considera cualquiera de las fuentes antes descritas, o más específico cuando se calcula para cada una de ellas (hijos, pareja, hermanos, otras familiares, amigos y comunidad) También se puede calcular diferenciando el sexo o los grupos de edad de la población adulta mayor. Un ejemplo de este cálculo para el Gran Santiago se presenta en el cuadro 46. Los datos expuestos indican que la principal fuente de apoyo de las personas mayores entrevistadas es la familia, especialmente los miembros corresidentes. De la comunidad recibe apoyo casi un 10%, mientras que los amigos y vecinos son una fuente de apoyo relativamente más importante para las mujeres que para los hombres.

**CUADRO 46**  
**GRAN SANTIAGO: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES**  
**SEGÚN FUENTE DE APOYO INFORMAL, 2000**

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Cualquier fuente	93,3	91,4	94,6
Familiares corresidentes			
Hijos	50,3	47,8	51,9
Pareja	50,4	68,6	38,2
Otros	32,9	40,8	27,5
Familiares no corresidentes			
Hijos	48,1	39,2	54,1
Hermanos	7,9	5,0	9,9
Redes no familiares	3,4	2,9	3,7
Redes comunitarias	9,8	8,5	10,7

Fuente: S. Huenchuan y Z. Sosa, "Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile", ponencia presentada en la *Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social, el rol del Estado, la Familia y la Comunidad*, Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre de 2002. Elaborado con datos de la encuesta SABE, Gran Santiago 2000.

#### *Porcentaje de personas mayores según tamaño del hogar en que residen*

En el contexto de las redes familiares, se requiere conocer la cantidad de personas con quienes viven las personas mayores, especialmente para detectar a aquellas que viven solas. Utilizando las bases de microdatos de los censos o encuestas es posible reagrupar a los hogares según el número de personas que los integran, por lo general las categorías que se utilizan son: a) una miembro en el hogar (hogar unipersonal); b) dos miembros en el hogar; c) tres o cuatro miembros en el hogar; y d) cinco o más miembros en el hogar. La forma de cálculo de este indicador es la siguiente:

$$(65) \left[ \frac{N_{60+STH}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+STH}$ : población de 60 años y más según tamaño del hogar en que vive.

$N_{60+}$ : población de 60 años y más.

En el cuadro 47 se puede observar que en las siete ciudades incluidas en el estudio SABE, el porcentaje de personas mayores que viven solas va desde un 9% en Santiago de Chile a un 21% en Bridgetown. Resulta destacable el hecho de que tienden a vivir en hogares de mayor tamaño en Santiago de Chile y en México, D. F.

**CUADRO 47**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES SEGÚN**  
**TAMAÑO DEL HOGAR DONDE RESIDE, CIUDADES SELECCIONADAS, 1999-2000**

Número de integrantes en el hogar	Buenos Aires	Bridgetown	São Paulo	Santiago de Chile	La Habana	México, D. F.	Montevideo
1	20	21	13	9	11	10	19
2	41	36	31	22	24	20	35
3 o 4	26	27	37	34	38	34	28
5 o más	13	16	19	35	27	36	18
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: P. M. Saad, "Transferencias informales de apoyo de las personas mayores: estudio comparativo de las encuestas SABE", en Huenchuan, S., *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CELADE, 2003. Elaborado con datos de las encuestas SABE respectivas.

#### *Promedio de hijos sobrevivientes*

Otro dato de utilidad para el abordaje de este tema es el promedio de hijos sobrevivientes, es decir, *la relación entre la suma de los hijos sobrevivientes de las mujeres de 60 años y más y el total de estas mujeres*. Se trata de un indicador de los miembros de la red familiar que potencialmente podrían prestar algún tipo de ayuda a sus padres mayores, o bien recibir apoyo de ellos. Su cálculo se puede realizar en base a la siguiente fórmula:

$$(66) \left[ \frac{HS}{{}^fN_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$HS$ : total de hijos sobrevivientes de las mujeres de 60 años y más.

${}^fN_{60+}$ : población femenina de sesenta años y más.

Para el cálculo de todos estos indicadores se recurre a las encuestas de hogares o a encuestas especializadas como fuentes de información, aunque en el caso de la fórmula 66 pueden obtenerse los datos, en forma indirecta, a partir de los censos.

### 1.2.2 Indicadores de las características las redes de apoyo social de las personas mayores

Las redes sociales se pueden estudiar a partir de diferentes ópticas, las cuales permiten conocer con relativa profundidad sus características, las funciones que cumple o los atributos de los vínculos (Arias, 2002; Enríquez, 2000; Requena Santos y Ávila Muñoz, 2002). Sin embargo, la utilidad de los indicadores que a continuación se presentan depende del tipo de objetivos del estudio que se llevará a cabo y de las fuentes de datos disponibles.

#### *Tamaño de la red*

Es el *número de actores que están vinculados con un actor*. El cálculo de este indicador es muy sencillo, y se computa sumando el número de personas que están involucradas con un actor determinado, considerando rangos de salida (el número de vínculos que parten del sujeto hacia los otros actores) y rangos de entrada (el número de vínculos que se dirigen hacia el individuo).

A fin de valorar el tamaño de la red (amplio, medio o bajo) se puede realizar el siguiente procedimiento:

$$(67) \quad [n - x]/3$$

Donde:

$n$  : valor mayor de la variable en un conjunto  $x$  de personas de 60 años y más.

$x$  : valor menor de la variable en un conjunto  $x$  de personas de 60 años y más.

3 : intervalos de amplitud de la red, los cuales corresponden a los niveles de tamaño de la misma.

Por ejemplo:

$$(19-1)/3 = 6$$

Entre las posibles categorías de clasificación del tamaño de la red se encuentran:

- Red de apoyo de tamaño escaso: está conformada por un número de entre uno a siete miembros.
- Red de apoyo de tamaño medio: está conformada por un número de entre ocho y 14 miembros.
- Red de apoyo de tamaño amplio: está conformada por un número de 15 miembros o más (Arias, 2004).

El tamaño de la red de apoyo varía a lo largo de las etapas de la vida, lo que se relaciona con los cambios de domicilio, la pérdida de la pareja y de otros seres queridos, así como con la jubilación. En general, las redes de apoyo a las personas mayores suelen ser más reducidas que las existentes en otras etapas de la vida (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003). Por

ejemplo, en un estudio realizado en Santiago de Chile se observó que la red de la persona mayor está constituida por la pareja y los hijos más próximos, y cuando éstos son casados y residen con ellos, aumenta el número de miembros de la red (Huenchuan y Sosa, 2002).

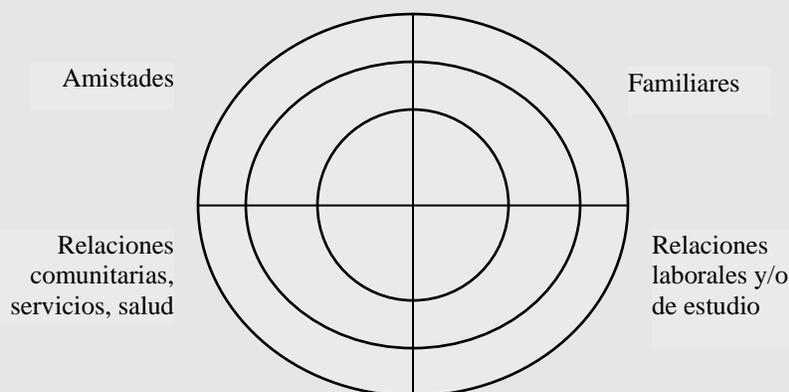
#### *Nivel de distribución de la red*

La distribución de la red es la *ubicación de las relaciones* en los cuadrantes y círculos del mapa de red (véase recuadro 10). Considerando que los vínculos de la red se pueden ubicar en 12 sectores diferentes (que surgen de la intersección de cuatro tipos de relaciones y tres niveles de intimidad), la distribución de la red se puede clasificar en tres niveles diferentes:

- Nivel de distribución alto: las que presentan vínculos de ocho o más sectores.
- Nivel de distribución medio: las que presentan vínculos entre cuatro y siete sectores.
- Nivel de distribución bajo: las que presentan vínculos en hasta tres sectores (Arias, 2004).

#### RECUADRO 10 EL MAPA DE LA RED DE APOYO SOCIAL

El modelo de red social propuesto por Sluzki (1990, 1996) permite su representación gráfica a través de un mapa:



Esta representación incluye a todas las personas que forman parte de la red, y permite delimitar cuatro sectores que diferencian las clases de relaciones que se establecen: familiares, laborales o escolares, de amistad y sociales. Estos cuatro sectores, a su vez, son atravesados por tres círculos que distinguen los vínculos de acuerdo con el grado de intimidad. El círculo interior incluye a las relaciones familiares y de amistad más íntimas, el intermedio comprende relaciones de menor intimidad y compromiso; en el círculo externo se ubican los conocidos y relaciones más ocasionales, como compañeros de escuela o de actividades laborales, vecinos y familiares lejanos.

En el mapa, cada uno de los miembros que conforman la red se grafica con un punto. Aquellos miembros que se conocen e interactúan entre sí son conectados por líneas.

**Fuente:** Claudia Arias, *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2001.

Esta información se obtiene a través de la ubicación de los miembros de la red entre familiares, amigos, vecinos o miembros de la comunidad. En algunas encuestas aplicadas en México y otros países de la región, las matrices de los cuestionarios que reportan los miembros de las redes de apoyo social captan el nombre de las personas que se mencionan como parte de la red y características tales como la edad, el sexo, el estado civil, la relación de parentesco (cónyuge,

hijo, nietos, padres, sirviente, amigos, vecinos, entre otros), con lo que se puede obtener el nivel de acercamiento de las personas analizadas y realizar el mapeo de la red (véase cuadro 48).

Entre las personas mayores, la distribución de la red suele ser mayoritariamente familiar, aunque hay diferencias según género o clase social, además de depender del tipo de apoyo que se intercambie.

**CUADRO 48**  
**MÉXICO: MÓDULO SOBRE REDES DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL, 1994**

Número de registro y nombre	¿Es hombre o mujer? Hombre Mujer	¿Cuántos años cumplidos tiene?	¿Qué relación de parentesco tiene con usted? 1. Cónyuge o esposo 2. Hijo 3. Padre o madre 4. Hermano 5. Yerno / nuera 6. Suegro 7. Nieto 8. Sirviente 9. Huésped 10. Amigo, conocido o compadre 11. Otro parentesco 12. No tiene parentesco	¿Cuál es actualmente su estado civil? Unión libre Casado Separado Divorciado Viudo Soltero
-----------------------------	--	--------------------------------	---	--

Fuente: fragmento del cuestionario de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE), CONAPO-DIF, México, 1994.

### 1.2.3 Indicadores de la funcionalidad de las redes de apoyo social en la vejez

#### *Porcentaje de personas mayores que recibe apoyo*

Indica el *número relativo de personas mayores que están recibiendo algún tipo de apoyo* de acuerdo a la tipología presentada en párrafos anteriores. Su cálculo se realiza en base a la siguiente fórmula:

$$(68) \quad \left[ \frac{N_{60+RA}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+RA}$ : población de 60 años y más que recibe algún tipo de apoyo material, instrumental, emocional o cognitivo de parte de su familia, amistades, comunidad o compañeros de trabajo.

$N_{60+}$ : población de 60 años y más.

En el cuadro 49 se presenta un ejemplo para este indicador en el Gran Santiago, desagregando la información por sexo y grupos de edad de la población adulta mayor. Los datos muestran que la recepción de apoyo es importante en todos los subgrupos etarios y en ambos sexos. Sin embargo, las mujeres reciben un apoyo relativamente constante durante toda la edad

madura, mientras que en los hombres, a medida que avanza la edad, va disminuyendo la recepción de ayuda.

**CUADRO 49**  
**GRAN SANTIAGO: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES**  
**QUE RECIBE APOYO, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 2000**

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
60 a 64 años	93,8	95,5	94,7
65 a 74 años	92,8	94,2	93,7
75 años y más	85,5	94,4	91,3
Total	91,4	94,6	93,3

Fuente: S. Huenchuan y Z. Sosa, "Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile", ponencia presentada en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social, el rol del Estado, la Familia y la Comunidad, Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre de 2002. Elaborado con datos de la encuesta SABE, Gran Santiago 2000.

*Porcentaje de personas mayores que da apoyo*

Indica el número relativo de personas mayores que está brindando apoyo a alguno de sus vínculos. Su cálculo se realiza en base a la siguiente fórmula:

$$(69) \quad \left[ \frac{N_{60+DA}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+ DA}$ : población de 60 años y más que da algún tipo de apoyo material, instrumental, emocional o cognitivo a su familia, amistades, comunidad o compañeros de trabajo.

$N_{60+}$ : población de 60 años y más.

Para profundizar ambos indicadores es importante desagregar la información según sexo y grupos de edad de la población adulta mayor. El mismo ejercicio realizado en el Gran Santiago arrojó como resultado que el 93% de las personas mayores recibía ayuda de alguna fuente en el año 2000, no apreciándose diferencias significativas por edad o género. El porcentaje de personas mayores que dijo dar algún tipo de ayuda fue algo menor que el que la recibe, pero sigue siendo de una alta cuantía (92,8%), no existiendo diferencias por género pero sí por edad, en el sentido de que entre los de 75 años o más es más difícil brindar ayuda (véase cuadro 50).

**CUADRO 50**  
**GRAN SANTIAGO: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES**  
**QUE DA APOYO, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 2000**

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Ambos sexos
Total	93,2	93,2	92,8
60 a 64 años	91,3	91,3	91,7
65 a 74 años	87,1	87,1	78,6
75 años y más	90,9	90,9	88,0

Fuente: S. Huenchuan y Z. Sosa, "Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile", ponencia presentada en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social, el rol del Estado, la Familia y la Comunidad, Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre de 2002. Elaborado con datos de la encuesta SABE, Gran Santiago 2000.

### Porcentaje de personas mayores que recibe y da apoyo

Indica el número relativo de personas de edad avanzada que recibe algún tipo de apoyo y que a su vez lo brinda. Su cálculo puede realizarse en base a la siguiente fórmula:

$$(70) \quad \left[ \frac{N_{60+RA} + N_{60+DA}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+RA}$  : población de 60 años y más que recibe algún tipo de apoyo material, instrumental, emocional o cognitivo de parte de su familia, amistades, comunidad o compañeros de trabajo.

$N_{60+DA}$  : población de 60 años y más que da algún tipo de apoyo material, instrumental, emocional o cognitivo a su familia, amistades, comunidad o compañeros de trabajo.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

En el cuadro 51 se presenta un ejemplo de este indicador, y se compara el tipo de relación que tiene la persona mayor con quien le brinda apoyo y con quien recibe ayuda de su parte. Se puede observar que los intercambios ocurren preferentemente desde y hacia las personas que comparten un mismo hogar. Entre los que no residen conjuntamente, resaltan los hijos como los principales proveedores y receptores de apoyo.

**CUADRO 51**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES**  
**QUE INTERCAMBIA ALGÚN TIPO DE AYUDA, SEGÚN LAS PERSONAS**  
**QUE DIERON Y BRINDARON APOYO, CIUDADES SELECCIONADAS, 1999-2000**

	Buenos Aires	Bridgetown	São Paulo	Santiago de Chile	La Habana	México, D. F.	Montevideo
Presta apoyo a la persona mayor							
Miembro del hogar	69	67	80	85	84	79	75
Hijo <sup>a</sup>	41	41	49	48	47	49	36
Hermano <sup>a</sup>	13	14	13	8	19	7	13
Otro <sup>a</sup>	8	6	5	3	9	4	6
Cualquiera	85	82	93	92	93	90	88
La persona mayor le presta apoyo							
Miembro del hogar	67	61	79	82	72	70	76
Hijo <sup>a</sup>	35	23	38	31	25	24	33
Hermano <sup>a</sup>	13	8	14	8	15	6	12
Otro <sup>a</sup>	10	6	7	1	5	2	6
Cualquiera	79	70	88	88	78	76	86

Fuente: P. M. Saad, "Transferencias informales de apoyo de las personas mayores: estudio comparativo de las encuestas SABE", en Huenchuan, S., *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CELADE, 2003. Elaborado con datos de las encuestas SABE respectivas.

a: no residentes en el hogar de la persona mayor.

### Nivel de funcionalidad

Se refiere a la satisfacción de las distintas necesidades de apoyo (material, instrumental, emocional y cognitivo) consideradas en conjunto. Vale decir, estudia los recursos disponibles o potenciales a los cuales recurrir en busca de ayuda cuando se precisa. Los rangos utilizados en un

estudio realizado en Mar del Plata (Argentina) para definir cada uno de los niveles de funcionalidad fueron los siguientes (Arias, 2004):

- Red de apoyo social de nivel funcional alto: aquella en la que la totalidad de las funciones de apoyo son satisfechas por al menos tres miembros de la red.
- Red de apoyo social de nivel funcional medio: aquella en la que la totalidad de las funciones de apoyo son satisfechas por al menos dos de los miembros y que no llegan a cumplir las condiciones del nivel funcional alto.
- Red de apoyo social de nivel funcional bajo: aquella en la que una, varias o la totalidad de las funciones de apoyo disponían de sólo uno o ningún miembro que las satisficiera.

En el estudio de Mar del Plata se encontró que un número elevado de redes de apoyo social de las personas mayores era de un nivel funcional bajo, es decir que alguna o varias de las funciones de apoyo no estaban siendo satisfechas, ya que no se contaba con ningún miembro de la red que pudiera brindar el tipo de apoyo específico requerido (véase cuadro 52).

**CUADRO 52**  
**MAR DEL PLATA: NIVEL DE FUNCIONALIDAD**  
**DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL, 2004**

Nivel de funcionalidad de la red de apoyo	Número	Porcentaje
Bajo	47	44,8
Medio	31	29,5
Alto	27	25,7
Total	105	100,0

Fuente: Claudia Arias, *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*, Mar del Plata (Argentina), Ediciones Suárez, 2004.

#### 1.2.4 Otros indicadores de relaciones de apoyo a nivel demográfico

##### *Relación de apoyo potencial*

Algunos indicadores obtenidos de datos sobre la distribución etaria de una población tienen como objetivo evaluar la disponibilidad de apoyo potencial hacia las personas mayores. Uno de ellos es *la relación de apoyo potencial*. Es una alternativa numérica para expresar la relación entre las personas económicamente activas potenciales y las personas potencialmente dependientes, calculada como el *cociente entre la población de 15 a 59 años y la población de 60 y más*, o sea, la inversa de la relación de dependencia de la población adulta mayor (CEPAL, 2003a).

$$(71) \quad \left[ \frac{N_{15-59}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{15-59}$ : población de 15 a 59 años.

$N_{60+}$ : población de 60 años y más.

Representa cuántas personas activas hay por cada persona mayor. Por ejemplo, a partir de los datos del cuadro 53 se puede decir que en Guatemala en el año 2000 había casi nueve personas activas por cada persona mayor; en un país de transición más avanzada, como Argentina, ese mismo año había poco más de cuatro personas activas por cada persona mayor. Es decir que, a medida que avanza el proceso de envejecimiento de un país, disminuye la razón entre personas activas por cada persona mayor.

**CUADRO 53**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE APOYO**  
**POTENCIAL, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950	2000	2050
Bolivia	9,4	8,5	3,8
Guatemala	12,1	8,5	5,0
Brasil	11,0	7,8	2,3
México	7,2	8,6	2,1
Argentina	8,9	4,4	2,3
Chile	8,2	6,1	2,0

Fuente: elaboración a partir de datos actualizados de CEPAL, *América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050*, Boletín Demográfico N° 72, Santiago de Chile, 2003.

Este indicador tiene los mismos problemas que se discutieron en el índice de dependencia demográfica (en el capítulo I), en términos de cuáles son los criterios de edad para considerar a una persona como “activa” y a otra como “pasiva”. Supone que los dependientes son los de 60 años y más y los activos los de 15 a 59 años. Sin embargo, en muchas familias ocurre lo contrario: las personas mayores siguen sosteniendo económicamente sus hogares, financiando, por ejemplo, la educación de sus hijos jóvenes, o bien recibiendo a madres adolescentes con hijos.

#### *Relación de apoyo a los padres*

Es una medida que se usa para expresar la demanda familiar de apoyo a sus miembros mayores, expresada como el *cociente entre las personas de 80 años y más y las personas de entre 50 y 64 años, multiplicado por cien* (CEPAL, 2003a), puesto que se interpreta en términos de cuántas personas de 80 años y más hay por cada 100 personas de 50 a 64 años. Su fórmula de cálculo es la siguiente:

$$(72) \quad \left[ \frac{N_{80+}}{N_{50-64}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{80+}$  : población de 80 años y más.

$N_{50-64}$  : población de 50 a 64 años.

Por ejemplo, en Argentina en el año 2000 había poco más de 14 personas de 80 años y más por cada 100 personas de entre 50 a 64 años; en 2050, la carga de personas de edades más

avanzadas sobre quienes supuestamente son sus hijos se habrá duplicado (25,9 personas de 80 años y más por cada 100 personas de entre 50 a 64 años).

Este indicador es más preciso que el anterior para dar cuenta de las personas mayores en situación de dependencia, especialmente por la mayor incidencia de problemas de salud que ocurre a partir de los 80 años. Además, es más exacto en acotar el grupo de edad de personas que con mayor frecuencia se hace cargo de estos mayores.

**CUADRO 54**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE APOYO**  
**A LOS PADRES, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050**

	1950	2000	2050
Bolivia	3,5	5,9	13,5
Guatemala	3,6	7,3	12,3
Brasil	3,6	9,1	27,5
México	4,9	9,7	25,4
Argentina	4,3	14,2	25,9
Chile	4,5	11,3	34,5

Fuente: elaboración a partir de datos actualizados de CEPAL, *América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050*, Boletín Demográfico N° 72, Santiago de Chile, 2003.

### 1.3 Violencia y maltrato contra las personas mayores

Desde que el maltrato contra las personas mayores fue reconocido como un problema social, en la década de 1980, se ha producido un largo debate sobre su conceptualización, tipología y formas de evitarlo. En la actualidad, la definición más usual es la que lo considera como “*un acto único y reiterado, u omisión que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza*” (Action on Elder Abuse, 1995). El concepto implica que el daño o aflicción que se le provoca a la persona mayor afecta su bienestar y le impide ejercer su derecho de ser tratada con respeto (Lowick Russell, 2003). Los tipos de maltrato reconocidos incluyen desde el físico y psicológico hasta la explotación económica y el abandono (véase recuadro 11).

La violencia contra las personas mayores debe ser tratada en forma amplia, con una perspectiva de derechos. En general, esta temática ha sido considerada como un asunto meramente individual, lo que ha limitado en buena medida la reflexión en torno a ella. Entender y tratar el maltrato contra las personas mayores como un asunto de derechos humanos (Guzmán y Huenchuan, 2003) amplía la perspectiva de intervención y las responsabilidades de los gobiernos y sus ciudadanos, porque implica abordarlo desde aristas como la pobreza, la discriminación por edad, los estereotipos negativos y la denigración de las personas mayores.

Debido a su reciente abordaje, en la región todavía no existe un corpus teórico sólido, que permita comprender de forma acabada el fenómeno de la violencia ejercida contra los mayores. Sin embargo, hay algunos hallazgos importantes (CEPAL, 2003b):

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

- A nivel comunitario, algunas variables que pueden asociarse al maltrato son aquellas que surgen como consecuencia del proceso de modernización: la pérdida progresiva de funciones, la interdependencia generacional y la erosión de las estructuras familiares tradicionales. Uno de los factores más importantes al respecto es el desplazamiento forzoso, por razones de diferente índole, que provoca en las personas mayores sentimientos de desarraigo y depresión.
- A nivel institucional, una de las formas más visibles del maltrato ocurre en las instituciones de larga estadía (residencias, asilos, etcétera) que no cumplen con estándares de calidad básicos, lo cual redundaría en privaciones de cuidado, pérdida de individualidad, fraude, suicidios, entre otros problemas.

#### **RECUADRO 11** **TIPOS DE MALTRATO CONTRA PERSONAS MAYORES**

**Malos tratos físicos:** pueden ser actos únicos o repetidos, o situaciones prolongadas como restricción o confinamiento inapropiados que provoquen dolor o lesiones corporales. Sus consecuencias incluyen indicadores físicos o manifestaciones psicológicas visibles, como una disminución de la movilidad, confusión y otro tipo de alteraciones del comportamiento.

**Malos tratos emocionales o psicológicos:** se caracterizan por una falta de respeto por la intimidad y las pertenencias de la persona de edad; la falta de consideración de sus deseos; la negación del acceso a sus allegados y la desatención de sus necesidades sociales y de salud. También incluyen palabras e interacciones que denigran a las personas de edad y que hieren y disminuyen su identidad, dignidad y autoestima. Sus indicadores pueden incluir diversas manifestaciones psicológicas como el miedo, la dificultad para tomar decisiones, la apatía, el aislamiento y la depresión.

**Malos tratos materiales o explotación económica:** incluyen el uso ilegal o indebido, o la apropiación indebida de la propiedad o las finanzas de una persona de edad; la modificación forzada de su testamento u otros documentos jurídicos; la negación del derecho de acceso y control sobre sus fondos personales, y los timos financieros y otros tipos de fraude.

**Abandono:** es la falta de acción para atender las necesidades de una persona de edad, y puede manifestarse al no proveer alimentos adecuados, ropa limpia, un lugar seguro y cómodo para vivir y unas buenas condiciones de atención médica e higiene personal; privar a la persona de contactos sociales; no proporcionarle recursos auxiliares cuando los necesita, y no impedir los daños físicos o no prestar la supervisión necesaria. La persona encargada de su cuidado puede no atender a sus necesidades debido a la falta de información, capacidad, interés o recursos. Los indicadores del abandono incluyen una variedad de síntomas de malestar físico como palidez, sequedad de los labios, pérdida de peso, suciedad de la ropa, temblores, falta de recursos auxiliares, mala higiene corporal, incontinencia, llagas en la piel y la boca y el deterioro físico y mental. El abandono también puede asociarse con el aislamiento y la sobremedicación.

**Autoabandono:** consiste en una serie de comportamientos que representan una amenaza para la salud o seguridad de una persona mayor, como un impedimento físico o cognitivo, y que llevan a una capacidad limitada para cuidar de sí mismo o mantenerse en buena salud. La depresión y unas condiciones de vida precarias pueden ser indicadores de autoabandono.

Fuente: Naciones Unidas, Consejo Económico Social, “El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial” (E/CN.5/2002/PC/2), examen del proyecto de documento final de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 9 de enero de 2002.

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

- Las causas que conducen al maltrato son múltiples y complejas. Existe consenso en que ciertas condiciones lo favorecen, entre ellas, el estrés del cuidador o su falta de

calificación, la carencia de recursos para atender las necesidades de la víctima y las situaciones de crisis económicas y desempleo.

- El tipo de maltrato más frecuente es el psicológico, expresado en insultos, intimidación, humillación o indiferencia, lo que incide en sentimientos de inseguridad, evasión y refuerzo del aislamiento de las personas mayores.
- Existen importantes diferencias por género. La mayor parte de las víctimas y agresores son mujeres. Esto se debe a que las tareas de cuidado recaen generalmente en manos femeninas y las mujeres mayores tienen más alta probabilidad de necesitar de cuidado debido al deterioro fisiológico que implican sus años de sobrevivida.
- El maltrato tiene repercusiones personales, sociales y económicas. El maltrato físico de personas mayores puede tener consecuencias graves, debido principalmente a su fragilidad ósea, con períodos de convalecencia más prolongados que pueden derivar en la muerte. Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave del maltrato es el aislamiento de la persona mayor, la disminución de su autoestima y los sentimientos de inseguridad, que a la larga favorecen la creación de estereotipos negativos de la vejez. Desde un enfoque económico, se encuentran los gastos que entraña satisfacer una demanda de servicios especializados y entrenamiento de personal para prevenir y atender las situaciones de maltrato. Si se incluyen aquí las pérdidas patrimoniales de las personas mayores, producto del aprovechamiento y despojo de fondos y/o haberes, los costos económicos son aún más altos.

La medición de las formas específicas del maltrato, y en diferentes contextos (micro, medio, macro), es importante para el diseño de programas de prevención, de atención y capacitación, pues da cuenta del tipo de oferta de servicios que se requiere, la calidad de los recursos humanos, la población objetivo de esos programas y las áreas problemáticas que van surgiendo. Los diferenciales en la magnitud del maltrato, según las variables seleccionadas, permiten orientar las medidas preventivas hacia los sectores de personas mayores que viven en situaciones de mayor riesgo. A su vez, posibilitan la identificación de las características de las personas mayores afectadas que son demandantes potenciales de servicios, y la orientación de la oferta de estos de acuerdo con tales características (Lowick Russell, 2003).

### 1.3.1 Indicadores de maltrato en la vejez

*Porcentaje de personas mayores que ha sufrido algún tipo de violencia o abuso*

Este indicador es útil para el análisis del entorno social del envejecimiento. Se obtiene a partir de la *relación entre las personas mayores que han sido sujetos de cualquier tipo de violencia o abuso y el total de personas mayores*.

$$(73) \quad \left[ \frac{N_{60+SVIA}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+SVIA}$  : población de 60 años y más que ha sufrido cualquier tipo de violencia o abuso.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Las encuestas específicas o ciertos registros hospitalarios pueden constituir fuentes para la obtención de estos datos.

*Porcentaje de personas mayores que ha sufrido violencia o abuso de parte de un familiar*

Agrega mayor especificidad al indicador anterior, al identificar la fuente familiar del abuso o la violencia. Puede calcularse a partir de la información generada por encuestas específicas, en base a la siguiente fórmula:

$$(74) \quad \left[ \frac{N_{60+SVAF}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+SVAF}$  : población de 60 años y más que ha sufrido cualquier tipo de violencia o abuso por parte de un familiar.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Para profundizar este indicador se pueden calcular los tipos específicos de violencia o abuso que han sufrido las personas mayores en un contexto específico (véase recuadro 11). Debido a la importancia de este tema, es fundamental desagregar la información según sexo y grupos de edad.

*Proporción de muertes violentas en la vejez por causas específicas*

A partir de este indicador se puede inferir la incidencia de la violencia contra las personas mayores, y es útil para una evaluación de la interacción de las personas mayores con el ambiente en que viven. El cálculo se puede realizar en base a la siguiente fórmula:

$$(75) \quad \left[ \frac{D_{60+V}}{D_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$D_{60+V}$  : defunciones de personas de 60 años y más por causas violentas.

$D_{60+}$  : defunciones de personas de 60 años y más.

En el cuadro 55 se presenta un ejemplo de la proporción de muertes por causas externas entre las personas mayores en Brasil. En general los hombres son más afectados que las mujeres, y en ambos sexos las muertes más frecuentes ocurren por accidentes de tránsito y caídas. La debilidad de la información existente es evidente en los datos arrojados por el cuadro, puesto que las causas ignoradas representan el 18% de las causas externas registradas. Por ello, este indicador sirve sólo como una aproximación a las situaciones de violencia en la vejez.

**CUADRO 55**  
**BRASIL: DISTRIBUCION DE CAUSAS EXTERNAS DE MUERTE**  
**ENTRE PERSONAS MAYORES POR TIPO DE CAUSA, 2002**

Causas de muerte	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Accidentes	30,3	22,8	26,5
Suicidios	8,4	3,9	6,1
Homicidios	13,8	4,1	8,9
Caídas	13,3	22	17,6
Otros	18,4	24,4	21,4
Indeterminado	15,7	22,8	19,2
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Asociación Nacional de Posgraduados en Economía, Instituto de Investigación Económica Aplica-IPEA y Subsecretaría de Derechos Humanos de la Secretaría General de la Presidencia de la República, *Idosos Brasileiros. Indicadores de condiciones de vida y acompañamiento de políticas*, Brasilia, Brasil, 2005.

## 1.4 Participación social en la vejez

La participación social de las personas mayores ha sido tradicionalmente abordada desde su dimensión individual; desde esta perspectiva, podría definirse como el “*proceso de interacción personal que consiste en tomar parte activa y comprometida en una actividad conjunta y que es percibida por la persona como beneficiosa*” (Monchietti, 2001). La participación en actividades sociales e interacciones significativas es una necesidad vital cuya satisfacción resulta indispensable para la autorrealización personal, pues permitiría a las personas mayores el desarrollo de sus potencialidades y recursos (Monchietti y Krzemien, 2002).

Los hallazgos empíricos resultantes de las investigaciones realizadas desde este enfoque enfatizan los beneficios que la interacción social tiene sobre los mayores, especialmente en lo relacionado a su salud, funcionalidad y bienestar subjetivo (Lowenthal y Haven, 1968). Las investigaciones en este campo han demostrado que las personas mayores que participan en grupos sociales mantienen una calidad de vida superior a las que están socialmente aisladas, encontrándose correlaciones positivas entre percepción subjetiva del bienestar y estilo de vida activo (Krzemien, 2001). Altos niveles de participación social se asocian con menores niveles de suicidio, mejor salud física, menor mortalidad y mayores niveles de bienestar psicológico (Beck y Page, 1988). Pero la participación social no sólo se refiere a los estilos de vida de cada persona, también está estrechamente ligada al lugar que la sociedad asigna a quien envejece, es decir, a la imagen social de la vejez (Monchietti, 2001), que en las sociedades occidentales suele ser negativa y se expresa en representaciones de dependencia, pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social (CEPAL, 2003b), situación que afecta directamente la posibilidad de participación de las personas durante su vejez.

La participación igualitaria como miembro de una sociedad es la expresión individual de la cohesión social (Ravanera y Fernando, 2001), y varía durante el ciclo vital. Por *participación equitativa* se entiende, por una parte, la oportunidad de gozar de los bienes económicos, culturales y sociales logrados por el avance global de las sociedades y la civilización en general y, por otra, la oportunidad de aportar a su desarrollo a través de actividades productivas y ser valorado y reconocido por ello.

En las personas mayores, desempeñar un papel activo en los asuntos públicos, defendiendo sus demandas de acceso equitativo a oportunidades de empleo y ocupando espacios centrales en la sociedad, es un factor primordial de satisfacción personal y bienestar subjetivo (CEPAL, 2003c). Pero además de una necesidad de autorrealización, la participación ciudadana de los mayores debe ser considerada como una condición indispensable para la viabilidad

sociopolítica del proceso de planificación y desarrollo de la democracia, ya que permite incorporar en los índices la percepción que la población mayor tiene sobre las prioridades de sus necesidades, investigar sus formas de organización y los medios con que disponen para la participación efectiva (Delgado Bravo, 1998).

#### 1.4.1 Indicadores de participación social en la vejez

##### *Porcentaje de personas mayores que participa en organizaciones de la sociedad civil*

Es un indicador posible para indagar acerca de este ámbito del entorno social. Muestra la *relación porcentual entre las personas mayores que han participado de organizaciones de la sociedad civil durante el último año y el total de la población de edad avanzada*. La información requerida para este cálculo se obtiene de encuestas de hogares.

$$(76) \quad \left[ \frac{N_{60+POC}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+POC}$  : población de 60 años y más que participó en una organización civil en el último año.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Es fundamental separar este dato por sexo y grupos de edad, para conocer el perfil de la población de edad avanzada que está participando en organizaciones civiles.

Otra forma de profundizar en la caracterización de la participación en la vejez es calculando *la distribución porcentual de la población adulta mayor que participa en organizaciones según el tipo de organización a la que pertenece*. Este cálculo es muy simple y se puede realizar utilizando la siguiente fórmula:

$$(77) \quad \left[ \frac{N_{60+STO}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+STO}$  : población de 60 años y más que se encuentra participando en alguna organización según su tipo (vecinal, de mujeres, clubes de ancianos u otras).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

También se pueden estudiar otros rasgos de la participación como la filiación (miembro de la directiva, socio u otra categoría que exista) y la frecuencia con que se reúne la organización o el tipo de actividades que desarrolla. Para lograr la información que necesitan estos indicadores se requieren estudios particulares a nivel local o nacional. Una experiencia interesante en este sentido puede ser la construcción de un catastro general, que se vaya alimentando continuamente, y que analice la información anualmente.

### *Porcentaje de personas mayores que realiza actividades de voluntariado*

La participación implica la actuación de las personas mayores en todas las etapas de un proceso de desarrollo comunitario, y está relacionada con la intensidad del compromiso más que con una tarea en particular. En este contexto, el voluntariado (Naciones Unidas, 1999) es una modalidad de trabajo que se lleva a cabo para beneficiar a personas distintas del propio voluntario o a la sociedad en general, aunque está claro que también aporta algún tipo de beneficio personal. La tarea voluntaria puede entrañar el reembolso de gastos y algún pago simbólico, pero la remuneración no debe ser el motivo por el que se la realiza. Además, es una actividad que se emprende por la libre voluntad de la persona.

La medición del voluntariado en la vejez es compleja por las improntas culturales, debido a que el valor de los intercambios y los significados de las prácticas varían entre las distintas jurisdicciones de un mismo país, y mucho más entre los diferentes países de la región. Sin embargo, es posible establecer la cantidad relativa de personas que prestan ayuda a la comunidad en base a la siguiente fórmula:

$$(78) \quad \left[ \frac{N_{60+RV}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+RV}$  : población de 60 años y más que realiza algún tipo de voluntariado o presta ayuda a la comunidad.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

La encuesta SABE ofrece una mirada sincrónica sobre el tema para los siete grandes centros urbanos de la región considerados. Sus datos y los estudios de caso realizados en países latinoamericanos sustentan la información que se presenta en el cuadro 56.

**CUADRO 56**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES**  
**QUE REALIZA ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO, POR SEXO,**  
**CIUDADES SELECCIONADAS, 1999-2000**

País	Hombres	Mujeres	Total
Buenos Aires	12,3	15,1	14,1
Bridgetown	24,9	28,1	26,8
São Paulo	25,2	28,4	27,1
Santiago	13,8	17,8	16,2
La Habana	0,6	1,2	1,0
México, D. F.	4,1	5,0	4,6
Montevideo	10,6	10,6	10,6

Fuente: elaboración propia con las respectivas encuestas SABE de estas ciudades (1999-2000).

De acuerdo con los datos de la encuesta, las ayudas que las personas mayores manifiestan dar a la comunidad son escasas.<sup>20</sup> De cualquier modo, superan a las ayudas que dicen recibir de ella. Un estudio de la Secretaría de Tercera Edad de Argentina muestra que en las pequeñas ciudades las personas de edad avanzada recurren en mayor medida a estas organizaciones para solicitar servicios, y que en las medianas y grandes éstos son proporcionados por el Estado, especialmente en lo que se refiere a asesoramiento y trámites (Argentina, MDS, 2001).

Las ciudades con mayor participación comunitaria fueron São Paulo y Bridgetown; Santiago, Buenos Aires y Montevideo presentaron niveles medios de participación voluntaria de los mayores y, por último, México, D. F. y La Habana registraron escasa participación. En todas las ciudades estudiadas por la encuesta, con excepción de Montevideo, fue algo mayor la proporción de mujeres que presta ayuda a la comunidad.

## 1.5 Imagen social de la vejez

Las actitudes de los miembros de una comunidad hacia los mayores se encuentran vinculadas en forma estrecha con la imagen que socialmente se tiene de ellos, y esta imagen se relaciona, a su vez, con la posición social que las personas mayores disfrutaban en dicha comunidad (García, 1999).

Estudios sobre estereotipos e imágenes sociales de la vejez concluyen que la percepción social que prima en la cultura contemporánea respecto de las personas mayores es básicamente negativa. La sociedad moderna, que sustenta valores orientados a la fuerza, la agilidad para el éxito y la conquista de bienes materiales, presenta a la vejez cada vez más como una suerte de desecho. El concepto de lo "productivo-joven", que domina la política y el imaginario social, conlleva una idea de cuerpo bello y saludable. Toda marca que deje la vida es desvalorizada, considerada inaceptable. Este modelo de juventud es, además, intensamente fomentado por los medios de comunicación. Las personas mayores que no pueden cumplir con este mandato social viven bajo la amenaza de ser excluidas del sistema, y son pasibles de rechazo o bien de un paternalismo discriminatorio.

*“La discriminación de edad está presente en variadas sociedades. La discriminación por edad y los estereotipos influyen sobre las actitudes y éstas, a su vez, afectan la forma en que las decisiones son tomadas y los recursos son asignados en el plano familiar, comunal, nacional e internacional”* (HelpAge International, 2001). Los prejuicios y estereotipos sociales sobre el envejecimiento son los que justifican la victimización social de la persona mayor y favorecen su discriminación. En 1996, la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos consideró necesario que este grupo etario fuese apoyado y reconocido como sujeto de derecho, para abordar el esclarecimiento de su problemática y la denuncia de su discriminación.

Sostener un prejuicio activo, no basado en hechos sino en el desconocimiento y la deformación de las potencialidades de las personas mayores en la sociedad actual, constituye el primer paso hacia la discriminación real de las personas. Es peor aún cuando la propia persona mayor acepta tales estereotipos y los incorpora a su visión personal. Este tipo de actitudes tiene un efecto negativo en la salud y el bienestar psicológico de las personas más viejas y puede estimular el abuso y el abandono. Además, condiciona la existencia de otras formas de violencia, especialmente en el ámbito institucional. Por ejemplo, la limitación directa o indirecta de servicios, con ciertas prácticas o prestaciones que no están disponibles para gente de una determinada edad.

---

<sup>20</sup> Según León y Alfonso Fraga (2002), las ayudas intercambiadas entre personas mayores y la comunidad están subestimadas en la encuesta SABE, debido a la forma de realizar la pregunta.

La imagen social derivada de los estereotipos negativos influye de manera decisiva en distintos planos de la vida de la persona mayor, desde la oferta de políticas públicas a su favor y la valoración de su aporte a la sociedad, hasta su inclusión en los medios de comunicación, en el consumo, en la educación. El escaso, y muchas veces distorsionado, conocimiento del tema del envejecimiento y la vejez por parte de los gestores de políticas públicas, junto a la desinformación y proliferación de estereotipos al respecto, influyen en la elaboración de planes, programas y normas que no se ajustan a las necesidades reales de las personas mayores.

### 1.5.1 Indicadores de la imagen social de la vejez

*Porcentaje de la población de 15 años y más que asocia la vejez con dependencia y fragilidad*

Este indicador permite aproximarse al modo en que una sociedad percibe y construye una imagen del envejecimiento. Se calcula como la *relación porcentual entre la población de 15 años y más que tiene esta imagen de la vejez y el total de personas de este grupo etario*.

$$(79) \quad \left[ \frac{N_{15+AVDF}}{N_{15+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{15+AVDF}$  : población de 15 años y más que asocia la vejez con dependencia y fragilidad.

$N_{15+}$  : población de 15 años y más.

#### RECUADRO 12

##### LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS PANAMEÑOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO

Dado el desconocimiento generalizado de la percepción de la sociedad panameña acerca del proceso de envejecimiento y de las personas mayores, la Secretaría Técnica del Gabinete Social de la República de Panamá realizó una investigación en varios colegios secundarios de la ciudad capital en el año 2002, para aproximarse a la opinión que los jóvenes tenían de este proceso. Una de las preguntas incluidas en el cuestionario se refería a las características que los jóvenes asociaban al envejecimiento.

Como se muestra en el cuadro adjunto, las opiniones de los jóvenes de la ciudad de Panamá sobre las características (fisiológicas, psicológicas o emocionales) asociadas al proceso de envejecimiento se encontraban divididas. Si bien la mayoría indicó que el envejecimiento trae consigo acumulación de experiencia y tradiciones, un porcentaje no menor lo asoció con desgaste y debilidad. Incluso en el caso de los hombres la distribución de las opiniones entre un juicio y otro fue prácticamente similar, no así en las mujeres.

##### OPINIÓN DE LOS Y LAS JÓVENES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN SEXO, 2002

Opiniones	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Desgaste y debilidad	35,29	42,39	29,72
Tradiciones y experiencias	47,38	43,49	50,43
Enfermedad o patología	1,86	1,57	2,10
Ninguna de las anteriores	11,12	8,32	13,32
No sabe	3,52	3,45	3,58
No contestó	0,83	0,78	0,86
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Panamá, Secretaría Técnica del Gabinete Social, Encuesta sobre la Percepción de los (as) Jóvenes sobre el Adulto Mayor, 2002.

*Porcentaje de personas mayores que percibe discriminación y maltrato en la calle*

Es otro indicador de la percepción de la vejez en una sociedad determinada. Se obtiene a través de la *relación porcentual entre el número de personas mayores que perciben tales actitudes en ese espacio social y el total de la población adulta mayor*.

$$(80) \quad \left[ \frac{N_{60+DMC}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+DMC}$ : población de 60 años y más que percibe discriminación y maltrato en la calle.

$N_{60+}$ : total de la población de 60 años y más.

Las fuentes que permiten obtener información para el cálculo de este indicador son las encuestas específicas.

*Porcentaje de personas mayores que se sienten discriminadas según causa*

Es un indicador novedoso, presentado por primera vez en la Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento en Países de América del Sur.<sup>21</sup> Fue posible construirlo para los países de América Latina en base a los datos de la Encuesta Latinobarómetro 2005, que incluyó una pregunta sobre causas de discriminación.<sup>22</sup> Su cálculo se puede realizar en base a la siguiente fórmula:

$$(81) \quad \left[ \frac{N_{60+SDSCx}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+SDSCx}$ : población de 60 años y más que se siente discriminada por una causa x.

$N_{60+}$ : total de la población adulta mayor.

En el cuadro 57 se presenta un ejemplo para este indicador obtenido a partir de la encuesta Latinobarómetro 2005.<sup>23</sup> Como se observa, las causas por las que se sienten discriminadas las personas mayores son varias, siendo el “ser pobre” la razón más importante, seguida de “por no tener educación” y “por no tener conexiones”. Este indicador revela una interesante potencialidad, debido a que permite ahondar en los orígenes de la discriminación en la vejez, sobre los cuales se puede intervenir para superar estas situaciones.

<sup>21</sup> Realizada en Buenos Aires (Argentina) entre el 14 y el 16 de noviembre de 2005.

<sup>22</sup> Véase Guzmán, José Miguel (2005), *La situación del envejecimiento en América del Sur en el Contexto de Madrid +5 y los Objetivos del Milenio*, Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento en Países de América del Sur, Buenos Aires.

<sup>23</sup> Aplicada anualmente a muestras representativas de 18 países de la región por la Corporación Latinobarómetro, organización de derecho privado sin fines de lucro con sede en Santiago de Chile ([www.latinobarometro.org](http://www.latinobarometro.org)).

**CUADRO 57**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES**  
**QUE SE SIENTEN DISCRIMINADAS SEGÚN CAUSA, 2005**

Causas	Porcentaje
No responde	0,7
Por el color de la piel	4,7
Por ser inmigrante	1,3
Por ser pobre	33,3
Por ser mujer	3,6
Por no tener suficiente educación	15,2
Por no tener conexiones	10,2
Por ser viejo	6,2
Por ser discapacitado	2,3
Por no ser nadie	2,8
En (país) se trata a todos por igual	6,2
Ninguna	11,3
No sabe	2,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Fuente: José Miguel Guzmán, *La situación del envejecimiento en América del Sur en el Contexto de Madrid +5 y los Objetivos del Milenio*, ponencia presentada en la Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento en Países de América del Sur, Buenos Aires, noviembre de 2005. Procesamientos especiales en base a los datos de la encuesta Latinobarómetro 2005.

## 2. Entornos físicos

### 2.1 Vivienda segura y propicia

El acceso a una vivienda adecuada constituye una exigencia imprescindible para una plena satisfacción de las necesidades humanas.

Tradicionalmente, las condiciones de vivienda inadecuadas como hacinamiento, vivienda de materiales inapropiados, abastecimiento inadecuado de agua, carencia de servicios de saneamiento o eliminación de excretas, son captadas a través de censos o encuestas de hogares. Cuando una persona u hogar presentan alguna de estas carencias, clasifican dentro de la categoría NBI (necesidad básica insatisfecha). Los atributos de una vivienda se pueden analizar como componentes independientes unos de otros, dado que aluden a funciones específicas. Mac Donald (1985) estableció cinco funciones de la vivienda, respecto de las cuales cabe la evaluación de las condiciones habitacionales:

- *Protección ambiental*: es la función que cumple la vivienda al permitir a sus habitantes contar con un ambiente interior que ofrezca una protección cualitativamente adecuada frente a las condiciones del medio en que se ubica. Está definida por la materialidad, durabilidad y calidad de los elementos constitutivos de la estructura externa (muros, techos y pisos) y su adecuación a las características del medio físico en términos de aptitud frente al clima, seguridad ante riesgo sísmico, protección frente a inundaciones y por la cercanía con fuentes de agua o pendientes elevadas.
- *Saneamiento y confort*: función de salubridad de la vivienda, que se cumple cuando ofrece servicios esenciales o básicos para efectos de la higiene y el confort, y asegura una vida doméstica saludable y segura al conjunto de sus habitantes. Está definida

por el acceso al agua potable para el consumo, facilidades para el aseo corporal y el acceso a un sistema de eliminación de excretas. En la definición de un nivel de dotación adecuada existen diferenciaciones importantes según se aplique un criterio de calidad habitacional (que estipula la conexión a red domiciliar de agua potable y de baño conectado a alcantarillado o fosa séptica dentro de la vivienda) frente a otro sanitario (que considera aceptable el acceso a llave o pilón exterior de agua potable, sea fuera de la vivienda pero dentro del sitio o domicilio, o inclusive en un radio cercano al alojamiento). La zona de residencia (urbana o rural) establece diferencias en el estándar aceptable.

- *Independencia habitacional*: función de acoger en el interior de la vivienda a los diversos individuos que por razones de parentesco, afinidad o necesidad desean compartirla, desarrollando una vida común con privacidad o independencia del exterior (sin interferencias). Se relaciona con el tamaño del grupo habitante, con el espacio disponible en la vivienda (superficie y recintos) y con la estructura del grupo habitante en términos de la complejidad de su composición (cohabitación funcional o disfuncional de hogares y/o núcleos familiares).
- *Estabilidad residencial*: función de seguridad en la disponibilidad o acceso al uso de la vivienda para sus moradores a lo largo del tiempo, posibilitando a su vez la vinculación social y territorial con el entorno. Está definida por el tiempo de residencia en la vivienda y por la situación legal de tenencia u ocupación, las que en conjunto y bajo diversas formas de interacción determinan el grado de seguridad del habitante con respecto al horizonte de tiempo en que su deseo de habitar el alojamiento va a corresponder con su poder de hacerlo. La tenencia de vivienda es destacada como uno de los principales recursos de los grupos pobres, ya sea como fuente de ingresos a través del arrendamiento, por su uso en actividades económicas, y como medio con que dar acogida a las nuevas familias que forman los jóvenes y parientes sin recursos. La irregularidad de tenencia constituye una fuente de extrema vulnerabilidad social.
- *Inserción en el entorno*: la vivienda se inserta con distintos grados y cualidades en niveles espaciales mayores como son el barrio, la comuna o municipio y la ciudad. Este componente se define por un conjunto diverso de variables que inciden en la calidad y en la valoración de la vivienda por sus habitantes: accesibilidad del barrio, relaciones vecinales, integración con otros sectores, nivel de equipamiento y servicios, calidad ambiental. El entorno urbano en que se emplaza la vivienda incluye la oferta de equipamiento comunitario, infraestructura, sedes sociales, áreas verdes y trama vial, esto es, bienes públicos de uso colectivo que tienen importantes consecuencias en el desarrollo del capital social y de la calidad de vida. Este aspecto se trata en el apartado 2.2 de este capítulo.

En este contexto, el desafío que supone una vivienda segura y propicia para las personas mayores se plantea sobre la base de tres ejes conceptuales. Primero, existen múltiples influencias de la vivienda y el vecindario en la calidad de vida, ya sea en la esfera objetiva de las condiciones de vida y del patrimonio de las personas, como en la esfera subjetiva o de percepción de bienestar. Segundo, la adecuación habitacional implica reconocer la diversidad de necesidades y preferencias de las personas mayores, incluida la opción de "envejecer en casa", como también las situaciones de fragilidad que exigen cuidados y formas especiales de residencia (Binstock y George, 2001). La vivienda para este grupo social debe conjugar la satisfacción de necesidades de autonomía e independencia con la oferta de seguridad al amplio espectro de situaciones vitales y posibilitar el bienestar de los mayores. Tercero, el problema de vivienda de las personas mayores debe ser visto en el contexto de su inserción en la estructura familiar, dado que si bien algunas de

estas personas se organizan en hogares independientes, también existen formas de cohabitación intra e intergeneracional, siendo fundamental que existan ofertas de esquemas habitacionales que consideren los distintos arreglos residenciales.

La vivienda puede ser enfocada como una herramienta de fomento del nivel de salud y la calidad de vida de las personas mayores, variando los alojamientos en su grado de adecuación con respecto a una población adulta mayor heterogénea. Efectivamente, la problemática social de la persona mayor en que se inscribe el diseño de políticas habitacionales y urbanas debe abordarse desde una visión renovada de la vejez. Los programas habitacionales y urbanos pueden contribuir significativamente a que las personas mayores desarrollen más plenamente actividades y redes de contacto, siendo un desafío de las distintas políticas públicas ayudar a incentivar una condición de vejez activa y saludable.

A continuación, se propone un conjunto básico de indicadores que facilitan el seguimiento de las condiciones de vivienda de las personas mayores, desarrollado en relación con tres esferas o dimensiones:

- indicadores relativos a condiciones de habitabilidad de las personas mayores;
- índices de demanda de planes habitacionales específicos para personas mayores;
- indicadores de percepción de la calidad de vida residencial por las personas mayores.

Gran parte de los indicadores propuestos existen o pueden ser generados con censos y encuestas de hogares, mientras que hay otros que requieren ser relevados o producidos mediante fuentes de información primaria, como las encuestas especiales.

### **2.1.1 Indicadores relativos a las condiciones de habitabilidad de las viviendas de las personas mayores**

En primer lugar, el estudio de las condiciones de habitabilidad y de la demanda de políticas habitacionales específicas para personas mayores requiere contar con información a dos niveles: a) *personas*: población de 60 años y más; y b) *hogares* con personas mayores, diferenciados por alguna tipología de clasificación según su estructura. Específicamente, las modalidades de estructuración familiar que adoptan las personas de este grupo etario determinan el perfil de requerimientos habitacionales. Las personas mayores pueden desempeñar funciones de jefatura del hogar o ser miembros secundarios de hogares multigeneracionales. Por lo general, los estudios de vivienda se han referido al primer grupo, y se ha desconsiderado la captación de la situación habitacional de personas mayores que integran hogares con otros parientes.

Un segundo aspecto se refiere a la desagregación o cruce que requiere el análisis de los indicadores sugeridos. En consonancia con las propuestas de la CEPAL (2003b), se destaca que el diseño de políticas efectivas tiene relación no sólo con la generación de indicadores específicos, sino también con la disponibilidad de datos con la desagregación adecuada.

#### *El régimen de propiedad*

El primer grupo de indicadores de las condiciones de habitabilidad en que residen las personas mayores refleja las características de estabilidad de sus viviendas. Mide tanto la proporción de personas mayores, como de hogares con personas mayores (en sus distintas tipologías) que habitan viviendas en régimen de propiedad.

#### *Porcentaje de personas mayores que reside en vivienda propia*

Este indicador refleja la *proporción de personas mayores que reside en viviendas en régimen de propiedad*, ya sea de la propia persona mayor o de otro miembro del hogar. Puede calcularse a partir de la siguiente fórmula:

$$(82) \left[ \frac{N_{60+RVP}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+RVP}$  : población de 60 años y más que reside en vivienda propia, ya sea suya o de algún miembro del hogar.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

*Porcentaje de hogares con jefes mayores que reside en vivienda propia*

A diferencia del indicador anterior, éste mide la *relación porcentual entre los hogares con jefes mayores residentes en viviendas de propiedad de algún miembro del hogar y el total de hogares con jefes mayores.*

$$(83) \left[ \frac{H_{J60+RVP}}{H_{J60+}} \right] * 100$$

Donde:

$H_{J60+RVP}$  : hogares con jefes mayores residentes en vivienda propia, ya sea suya o de algún miembro del hogar.

$H_{J60+}$  : total de hogares con jefes mayores.

Las fuentes de datos más frecuentemente utilizadas para dar cuenta de este indicador son los censos y las encuestas de hogares. La tasa de viviendas en régimen de propiedad es un indicador de estabilidad residencial y mayor grado de protección al desalojo, lo que tiende a variar entre países y grupos sociales. Hay que aclarar que la vivienda propia es muy frecuente (véase cuadro 58), situación que es el resultado tanto de un intensivo proceso de titulación como de los sesgos metodológicos de los censos en la captación de la tenencia, pues en muchos casos un hogar declara ser propietario de su alojamiento, sin serlo del sitio o terreno donde se emplaza.

**CUADRO 58**  
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE**  
**DE HOGARES CON JEFES MAYORES QUE RESIDE**  
**EN VIVIENDA PROPIA, CIRCA 2000**

	Porcentaje
Bolivia, 2001	93,5
Brasil, 2000	85,4
Chile, 2002	86,3
Costa Rica, 2000	84,6
Ecuador 2001	82,3
Panamá, 2000	83,5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos censales de la ronda de 2000.

### *Materialidad y calidad de las viviendas*

Se ha visto que una dimensión de la calidad habitacional de las personas mayores se relaciona con la materialidad de las viviendas. En este segundo grupo de indicadores se ubican los que miden la proporción de personas mayores y de hogares con personas mayores, en sus distintas tipologías, que habitan viviendas con calidad inadecuada de los materiales de construcción (medidos éstos a través de los muros, pisos y techo). La condición de material inadecuado debe ser definida a escala de los distintos países, considerando estándares de aceptabilidad propios, el clima y la cultura constructiva. La construcción de este indicador se logra mediante censos de vivienda y encuestas de hogares.

Se trata de un dato sobre la carencia en el acceso a un alojamiento que brinde condiciones adecuadas de protección ambiental, marcando requerimientos de programas de mejoramiento y reemplazo. La calidad deficiente de los materiales empleados en la construcción de la vivienda se asocia a la segmentación de la producción habitacional entre un sector constructor formal (abastecido por materiales industrializados y permanentes) frente a un segmento que autoproduce su vivienda, recurriendo a tecnologías y materiales de bajo costo, disponibles en el medio geográfico inmediato.

La clasificación de los niveles de deficiencia en la vivienda depende de la definición que se elabora en cada país. Por ejemplo, en Chile la encuesta CASEN del Ministerio de Planificación (Mercado, 1995) elabora un índice de materialidad que combina información sobre materiales y estado de conservación de muros, piso y techumbre, del que resulta una clasificación de las viviendas en buenas, aceptables, recuperables e irrecuperables. Las viviendas irrecuperables y recuperables son consideradas como viviendas de materialidad inadecuada, siendo el primer grupo un conjunto de viviendas a reemplazar y el segundo un conjunto a mejorar.

#### *Porcentaje de personas mayores residentes en viviendas con materiales deficientes en las paredes*

Supone la *relación porcentual entre las personas mayores que habitan viviendas con paredes deficientes y el total de las personas mayores*. Se calcula a partir de la siguiente fórmula:

$$(84) \quad \left[ \frac{N_{60+MDP}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+MDP}$  : población de 60 años y más residente en viviendas con materiales deficientes en paredes.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

#### *Porcentaje de hogares con jefes mayores residentes en viviendas con materiales deficientes en las paredes*

Considera la *relación porcentual entre los hogares con jefes mayores residentes en viviendas con paredes deficientes y el total de los hogares con jefes mayores*. Su cálculo se realiza del siguiente modo:

$$(85) \quad \left[ \frac{H_{J60+RVP}}{H_{J60+}} \right] * 100$$

Donde:

$H_{J60+RVP}$  : hogares con jefes mayores residentes en viviendas con materiales deficientes en paredes.

$H_{J60+}$  : total de hogares con jefes mayores.

### Acceso a servicios básicos

Este tercer grupo de indicadores mide la proporción de personas mayores y de hogares con personas mayores, en sus distintas tipologías, que habitan viviendas que no cuentan con un acceso adecuado a servicios básicos, esto es, acceso al agua potable dentro de la vivienda y saneamiento.

#### *Porcentaje de personas mayores residente en viviendas sin servicio de agua corriente dentro de la vivienda*

Este indicador mide la *relación porcentual entre las personas mayores residentes en viviendas sin agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda y el total de las personas mayores.*

$$(86) \quad \left[ \frac{N_{60+SSAC}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+SSAC}$  : población de 60 años y más residente en hogares sin servicio de agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

#### *Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de agua corriente dentro de la vivienda*

En este caso el indicador hace referencia a la *relación porcentual entre los hogares con jefes mayores en viviendas sin agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda y el total de hogares con jefes mayores.*

$$(87) \quad \left[ \frac{H_{J60+SSAC}}{H_{J60+}} \right] * 100$$

Donde:

$H_{J60+RVP}$  : hogares con jefes mayores residentes en viviendas sin servicio de agua corriente.

$H_{J60+}$  : total de hogares con jefes mayores.

*Porcentaje de personas mayores residente en viviendas sin servicio sanitario*

Se trata de la *relación porcentual entre las personas mayores residentes en hogares sin servicio sanitario y el total de las personas mayores.*

$$(88) \quad \left[ \frac{N_{60+SSS}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+SSS}$  : población de 60 años y más residente en viviendas sin servicio sanitario.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

*Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio sanitario*

En este caso, se considera *la relación porcentual entre los hogares con jefes mayores sin servicio sanitario y el total de hogares con jefes mayores.*

$$(89) \quad \left[ \frac{H_{J60+SSS}}{H_{J60+}} \right] * 100$$

Donde:

$H_{J60+SSS}$  : hogares con jefes mayores residentes en viviendas sin servicio sanitario.

$H_{J60+}$  : total de hogares con jefes mayores.

Los datos a partir de los cuales se elabora este indicador se obtienen tanto de los censos de población y vivienda como de las encuestas de hogares. Es muy útil para registrar las carencias de acceso a servicios básicos, y una medida de los requerimientos de programas de abastecimiento de agua (cañería de agua potable u otra fuente) y saneamiento o provisión de sistemas de eliminación de excretas, considerándose como adecuados la conexión del baño a alcantarillado y fosa séptica. La medición de esta carencia ha sido extensamente desarrollada, tanto a través de mapas de extrema pobreza con información censal como con sistemas especiales de indicadores urbanos, como por ejemplo el Programa de Indicadores Hábitat (Hábitat, 1995).

*Acceso a servicios de electricidad*

A continuación se presentan los indicadores que permiten medir la proporción de personas mayores y de hogares con personas mayores, en sus distintas tipologías, que habitan en viviendas sin electricidad. La fuente de información para el cálculo de estos indicadores son también los censos de población y vivienda o las encuestas de hogares. Como en la región se han alcanzado importantes niveles de cobertura del servicio eléctrico, se aconseja medirlos con independencia del saneamiento. La carencia de electricidad se asocia a extrema pobreza, sobre todo rural, y sirve para cuantificar requerimientos de conexión a servicios de electricidad para hogares con personas mayores, y la cobertura demográfica que puede tener un programa de subsidio para el acceso a electricidad a las personas mayores de escasos recursos.

### *Porcentaje de personas mayores residente en viviendas sin servicio de electricidad*

Expresa la *relación porcentual entre las personas mayores residentes en hogares sin servicio de electricidad y el total de las personas mayores*, obtenible a partir de la siguiente fórmula:

$$(90) \quad \left[ \frac{N_{60+SSE}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+SSE}$  : población de 60 años y más residente en viviendas sin servicio de electricidad.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

### *Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de electricidad*

Siguiendo la lógica de los indicadores anteriores, éste considera la medición a nivel de hogares, contemplando la *relación porcentual entre los hogares con jefes mayores sin servicio de electricidad y el total de los hogares con jefes mayores*.

$$(91) \quad \left[ \frac{H_{J60+SSE}}{H_{J60+}} \right] * 100$$

Donde:

$H_{J60+SSS}$  : hogares con jefes mayores residentes en viviendas sin servicio de electricidad.

$H_{J60+}$  : total de hogares con jefes mayores.

### *Hacinamiento en la vivienda*

Este aspecto entrega información de la condición de habitabilidad de los hogares y de la población que los conforma. Esencialmente se ha considerado, en la definición de hacinamiento, la relación existente entre el número de integrantes de un hogar y el número de habitaciones para dormir. De acuerdo a los cálculos resultantes, la población puede ser distribuida entre los siguientes tipos: a) *sin hacinamiento*: personas que pertenecen a un hogar donde hay tres o menos integrantes por dormitorio, y b) *con hacinamiento*: personas que pertenecen a un hogar donde hay cuatro o más integrantes por dormitorio.

El conjunto de indicadores que se utiliza para medir el hacinamiento se obtiene a partir de los censos de población y vivienda y encuestas de hogares. Permiten medir la proporción de personas mayores y de hogares con personas mayores, en sus distintas tipologías, que habitan en viviendas con relaciones de densidad que califican bajo el concepto de hacinamiento. Su importancia radica en que hacen posible la apreciación de las necesidades de vivienda en el país. Hay que recordar que muchas veces el hacinamiento es consecuencia de la recepción de familiares por parte de las personas mayores, y que la solución a nivel gubernamental se relaciona con la solución habitacional a los descendientes de las personas mayores (véase cuadro 59).

*Porcentaje de personas mayores residente en hogares con hacinamiento*

Es la *relación porcentual entre el número de personas mayores residentes en hogares con hacinamiento* (más de tres personas por dormitorio) *y el total de personas mayores*, y puede calcularse con la siguiente fórmula:

$$(92) \quad \left[ \frac{N_{60+CH}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+CH}$  : población de 60 años y más residente en hogares con hacinamiento (más de tres personas por dormitorio).

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

*Porcentaje de hogares con jefes mayores en los que existe hacinamiento*

Constituye la *relación porcentual entre los hogares con jefes mayores en que hay hacinamiento* (es decir, más de tres personas por dormitorio) *y el total de hogares con jefes mayores*.

$$(93) \quad \left[ \frac{H_{J60+CH}}{H_{J60+}} \right] * 100$$

Donde:

$H_{J60+CH}$  : hogares con jefes mayores en que hay hacinamiento (más de tres personas por dormitorio).

$H_{J60+}$  : total de hogares con jefes mayores.

**CUADRO 59**  
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS):**  
**PORCENTAJE DE HOGARES CON JEFES MAYORES**  
**EN LOS QUE EXISTE HACINAMIENTO, CIRCA 2000**

País	Porcentaje
Bolivia, 2001	6,6
Chile, 2002	3,2
Costa Rica, 2000	4,2
Ecuador, 2001	16,8
Panamá, 2000	21,3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos censales de la ronda de 2000.

## 2.1.2 Indicadores para medir la demanda de planes habitacionales específicos para personas mayores.

### *Allegamiento*

La tipología de allegamiento mide la coexistencia, dentro de una misma vivienda, de hogares o núcleos familiares distintos del hogar y/o núcleo principal, y considera como categorías: a) cuando dentro de una vivienda hay dos o más hogares, el allegamiento resultante toma el apelativo de allegamiento externo; b) cuando en un hogar hay dos o más núcleos, el allegamiento se denomina allegamiento interno; c) cuando hay dos o más hogares y hay núcleos secundarios, el allegamiento es externo e interno (Arriagada, 2005).

### *Allegamiento de personas mayores*

Se define como el *número de hogares y núcleos familiares encabezados por personas mayores que comparten vivienda y/o sitio con un hogar receptor o anfitrión*. El indicador se elabora a partir de los censos de población y vivienda y encuestas de hogares, y mide simplemente las necesidades de solución habitacional en términos absolutos. Se incluye el número de hogares y núcleos familiares secundarios de una vivienda, esto es, unidades domésticas y familiares encabezadas por personas mayores y que son entidades distintas del núcleo u hogar principal (que tiene el carácter de propietario o poseedor más estable del alojamiento).

Las encuestas de hogares definen “hogar” como un grupo de personas, con o sin vínculo de parentesco, que comparten una misma vivienda y hacen sus comidas en común, participando de un mismo presupuesto. El hogar “receptor” se refiere al grupo de personas cuyo líder o jefe tiene la relación de mayor estabilidad respecto de la tenencia del domicilio (propietario, arrendatario), mientras que el hogar “allegado” es una unidad económica que depende del permiso del hogar propietario para habitar u ocupar un espacio del domicilio. Por su parte, el “núcleo familiar” es un subconjunto o parte de un hogar que forma un núcleo diferenciado, usualmente en función de la noción de familia biológica. Está formado por los miembros de una familia que tienen relaciones de parentesco de tipo nuclear simple (jefe de familia, pareja o cónyuge, hijos solteros y menores que dependen económicamente de la pareja y no tienen ascendientes en el hogar), constituyendo el núcleo allegado o secundario todos los miembros del hogar distintos del jefe de hogar, su cónyuge y descendientes directos en edad dependiente (Mercado, 1995).

En el caso del sector habitacional, los requerimientos se expresan en unidades multipersonales (hogares y familias), cifra que tiene implicaciones directas sobre las necesidades totales de vivienda. En esta materia hay que destacar la importancia de estudiar las características de los hogares y núcleos familiares de personas mayores que viven como allegados, en términos del grado de funcionalidad del allegamiento. Esto es, distinguir un segmento del allegamiento con necesidad y capacidad de autosustentarse como hogar independiente (constituyendo por tanto un requirente de vivienda) de otras formas de allegamiento que para subsistir son altamente dependientes de la familia que los acoge, y por tanto se encontrarían en situación de “allegamiento funcional”. Otra forma de funcionalidad la constituyen familias que, teniendo recursos para subsistir independientemente, han optado voluntariamente por estructurar una familia extensa (Arriagada, 2003).

### *Número de hogares y núcleos familiares encabezados por personas mayores allegadas*

Para el cálculo de este indicador se debe realizar un procedimiento previo, que procura identificar a la unidad que, en rigor, requiere vivienda, y cuál es el núcleo familiar. Este último aspecto es un desafío mayor, pues tal unidad no existe como entidad (es decir, una unidad

respecto de la cual se recoge información primaria y que se expresa como un nivel jerárquico en la base de datos) en la mayor parte de los censos de la región, que llegan sólo hasta el nivel de hogar. Para identificar núcleos familiares, el procedimiento imputa su existencia dentro de los hogares considerando algunos supuestos y convenciones (una parte de ellas esencialmente arbitrarias) y el uso combinado de varias consultas. La principal es la pregunta por parentesco del jefe de hogar (el servicio doméstico se excluye por definición), pero también se utilizan las preguntas por edad, estado civil, paridez total y de hijos sobrevivientes. Con ellas, el procedimiento identifica: a) núcleo principal; b) núcleos de hijos/as del jefe; c) núcleos de hermanos del jefe; d) núcleos de padres del jefe; e) núcleos de otros parientes del jefe, y f) núcleos de no parientes del jefe.<sup>24</sup> Una vez realizadas las operaciones requeridas, lo que supone un arduo trabajo de procesamiento en REDATAM, se obtienen los datos para el cálculo del indicador a partir de la siguiente fórmula:

$$(94) \quad H_{J60+A} = H_{J60+A} + NF_{J60+A}$$

Donde:

$H_{J60+A}$ : total de hogares y núcleos familiares encabezados por personas mayores allegadas.

$H_{J60+A}$ : número de hogares encabezados por personas mayores allegadas.

$NF_{J60+A}$ : número de núcleos familiares encabezados por personas mayores allegadas.

#### *Déficit habitacional de las personas mayores*

Cuantifica dos formas de requerimientos: un déficit cuantitativo, que se refiere a la cantidad de viviendas que la sociedad debe proveer o construir para que todas las personas mayores dispongan de la tenencia de una vivienda adecuada, y un déficit cualitativo, que alude a las personas mayores que habitan viviendas que, debido a su calidad insatisfactoria, requieren recuperaciones, cambios o mejoramiento de materiales, ampliaciones y conexión a servicios básicos. Este indicador se obtiene a partir de los censos de población y vivienda y de las encuestas de hogares. El déficit cualitativo es el número de hogares que incluyen personas mayores y que habitan viviendas con deficiencias irrecuperables, medidas por la calidad del espacio disponible por morador, la calidad de los materiales de la vivienda y la disponibilidad de servicios básicos.

El cómputo del déficit habitacional que afecta a las personas mayores establece metas de viviendas a construir y mejorar para cumplir el mandato internacional de una vivienda adecuada y segura para el envejecimiento. Hay que destacar que si bien en los esquemas de políticas habitacionales se reconoce tradicionalmente la mayor urgencia del déficit cuantitativo por sobre el cualitativo, en un contingente importante de países el desafío principal es mejorar las condiciones de habitabilidad de alojamientos ya existentes que acogen a personas mayores. Las implicaciones de costos unitarios son significativas, puesto que abordar el déficit cualitativo supone menos costos que construir una unidad completa.

<sup>24</sup> Explicar los algoritmos, supuestos y convenciones necesarias para identificar estos núcleos supera los objetivos de esta nota. En todo caso, están detallados en CELADE, 1996; Rodríguez y Carrasco, 2002; Rodríguez, 2002; Arriagada, 2005 y Chile, MINVU, 2006. Cabe destacar que, aprovechando la versatilidad de REDATAM para análisis jerárquicos, es posible efectuar caracterizaciones no sólo de las viviendas, sino también de los hogares y las personas residentes en ellas.

El indicador se obtiene gracias a la siguiente fórmula:

$$(95) \quad H_{J60+A} + H_{J60+VI}$$

Donde:

$H_{J60+A}$  : número de hogares y núcleos familiares encabezados por personas mayores allegadas.

$H_{J60+VI}$  : número de hogares y núcleos familiares encabezados por personas mayores que habitan viviendas irrecuperables.

#### *Formación anual de hogares liderados por personas mayores*

Se refiere a la estimación y proyección del número de hogares cuya jefatura está a cargo de personas mayores. La estimación puede ser bruta (total de hogares liderados por personas mayores) o desarrollar versiones más detalladas, controlando localización, sexo de la jefatura y subgrupos de edad (por ejemplo mayores y menores de 80 años). Para la estimación o proyección se debe contar con la siguiente información: a) datos provenientes de censos o encuestas de hogares, y b) proyecciones de población por edades simples.

El aumento del número de hogares que se forma anualmente puede estimarse a partir del promedio de variación registrado en un período de tiempo, o mediante el método de proyección de la tasa de jefatura de hogar.<sup>25</sup> Un escenario conservador se basa en asumir que la tasa de jefatura de hogar a escala de mayores de 60 años se mantendrá constante, aplicando entonces la tasa de jefatura del último censo a la proyección de población de ese grupo de edad. Un escenario dinámico puede basarse en la hipótesis de que la tasa de jefatura de hogar cambiará en el curso del tiempo, siguiendo una trayectoria de evolución de continuidad de la variación intercensal previa de la tasa de jefatura.

La formación anual de hogares es interpretada tradicionalmente como un indicador del crecimiento de los requerimientos habitacionales que determina la formación de nuevas familias. Como se trata del incremento de hogares liderados por personas mayores debe distinguirse el caso, por una parte, de jefes de hogar propietarios que cambian del grupo de edad adulta al grupo adulto mayor, de otros hogares que se forman por el desdoblamiento de personas mayores allegadas antes a otros hogares. En todo caso, la formación anual de hogares liderados por personas mayores es una buena medida de la importancia absoluta y relativa del incremento de la problemática habitacional vinculada a unidades económicas encabezadas por personas mayores, ya sea que se le considere como una medida del activo o una medida de la demanda de hogares. El cálculo se realiza del siguiente modo:

$$(96) \quad \frac{{}^t X_{HJ60+}}{PH^C}$$

Donde:

---

<sup>25</sup> Una explicación detallada del método de la tasa de jefatura de hogar se encuentra en Keilman, Kuijsten y Vose, 1988.

${}^tX_{HJ60+}$  : promedio de formación de hogares encabezados por personas mayores en un período x.

$PH^C$  : proyección de la formación de hogares nuevos en el último censo.

### Número y porcentaje de personas mayores que habitan asentamientos precarios

Mide el número y porcentaje de personas de este grupo etario que habitan asentamientos precarios, esto es, conglomerados marginales de viviendas carentes de servicios y títulos de propiedad. Para su estimación se pueden utilizar las encuestas de hogares, procesamientos especiales de bases de datos censales y catastros especiales. Este indicador grafica la demanda de acciones focalizadas en personas mayores de programas de mejoramiento de barrios marginales (véase recuadro 13).

$$(97) \quad \left[ \frac{N_{60+AP}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+AP}$  : población de 60 años y más que habita en asentamientos precarios.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

#### RECUADRO 13 USO DE REDATAM PARA LOCALIZAR, CUANTIFICAR Y CARACTERIZAR ASENTAMIENTOS PRECARIOS

La disponibilidad de la base de microdatos censales es una oportunidad única para localizar, cuantificar y caracterizar los asentamientos precarios y su población, porque los censos de población y vivienda proporcionan antecedentes sobre las características de las viviendas y de sus habitantes. En un documento realizado por Candia (2005) se encuentran diagramas que exponen los pasos básicos de un procedimiento estándar, con algunas alternativas, para cumplir con el objetivo de localizar tales asentamientos. Además, se describe una operacionalización del procedimiento para un estudio que cubrió varios países de la región. El autor también presenta mapas en los que se aprecian aplicaciones del procedimiento a dos ciudades de la región, e incluye el uso de las imágenes satelitales disponibles en *Google Earth* como medio de verificación de la identificación censal de los asentamientos precarios. Más detalles sobre los criterios utilizados pueden encontrarse en Candia, 2005 y Rodríguez y Carrasco, 2003 (REDATAM Informa).

Aunque el procedimiento supone el uso de cartografía, mejor aún si es digital y corresponde exactamente a la censal, técnicamente es posible aplicarlo sin ella para lograr estimaciones aproximadas de la magnitud de los asentamientos precarios, pero su identificación precisa resulta imposible sin ayuda de la cartografía. Cabe destacar que, una vez localizados los asentamientos precarios, es posible cuantificar su población y caracterizarla, incluso caso a caso, lo que resulta una información de la mayor importancia para los programas destinados a mejorar su condición de vida. En cualquier caso, la aplicación específica de esta metodología debe ser operacionalizada de acuerdo a la realidad específica de cada país, es decir, debe ser adaptada a las condiciones locales.

Fuente: David Candia, *Metas del Milenio y tugurios: una metodología utilizando datos censales*, serie *Población y Desarrollo* N° 63 (LC/L.2456-P), Santiago de Chile, CEPAL, 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.201; J. Rodríguez y S. Carrasco, "Localización de asentamientos precarios usando microdatos censales y Redatam", *Revista Redatam Informa* Vol. 9, Santiago de Chile, CELADE/CEPAL, 2003.

*Número y porcentaje de viviendas con necesidades de adecuación para el alojamiento de personas discapacitadas*

Supone la medición de viviendas que reportan presencia de personas mayores afectadas por enfermedades y menoscabo de su autovalencia, que requieren obras como protecciones, rejas, pasamanos, accesos para silla de ruedas, escaleras, rampa de acceso. Intenta cuantificar la demanda de programas especializados de subsidio o crédito habitacional, destinados a posibilitar la infraestructura domiciliaria básica necesaria para la permanencia de personas mayores no valentes, controlando si se trata de personas mayores al cuidado de parientes o solas. Los datos necesarios para su construcción se pueden obtener a partir de encuestas y catastros especiales. La disponibilidad de información es uno de los aspectos más complicados en su elaboración. Su fórmula de cálculo es:

$$(98) \quad \left[ \frac{V_{60+NA}}{V_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$V_{60+NA}$ : número de viviendas habitadas por personas mayores no autovalentes, es decir, enfermas y discapacitadas, que requieren acondicionamientos para posibilitar la permanencia bajo condiciones seguras de las personas mayores.

$V_{60+}$ : total de viviendas habitadas por personas mayores.

### **2.1.3 Indicadores de percepción de la calidad de vida residencial de las personas mayores**

También son importantes los indicadores que incorporan la percepción de la calidad de vida que se tiene respecto de sus viviendas quienes las habitan.

*Porcentaje de personas mayores insatisfechas con el desempeño de actividades que permite su vivienda*

Mide la proporción de personas de esta edad que califica como insatisfactoria la adecuación de su vivienda para el desempeño de actividades cotidianas de uso del alojamiento. Dicha insatisfacción se refiere al desempeño de actividades que permite la vivienda en la forma y densidad actual: cocinar, lavar ropa, trabajar, leer, charlar, recibir visitas, ver televisión, desplazarse con seguridad, descansar privada y cómodamente. Su elaboración requiere datos provenientes de encuestas especiales. Permite aproximarse a la magnitud de personas mayores afectadas por interferencias en sus necesidades y requerimientos de uso del espacio interior de la vivienda. Requiere ser cruzado o profundizado por medio de variables que controlen si las falencias obedecen a convivencia, densidad de habitantes y/o a características materiales inadecuadas de la vivienda.

$$(99) \quad \left[ \frac{N_{60+IDA}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+IDA}$  : población de 60 años y más que califica como insatisfactorio el desempeño de actividades cotidianas que permite sus vivienda.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

## 2.2 Uso del espacio urbano

La forma que la ciudad va adquiriendo, y la manera en que facilita o impide el acceso a los servicios y oportunidades urbanas, son importantes para analizar el uso del espacio urbano por parte de las personas mayores. En este contexto surge como protagonista el espacio público, como el lugar de intercambio social, de construcción de comunidad y democracia. La desigual integración social de los distintos grupos se refleja en conflictos de tipo físico, como la presencia de barreras arquitectónicas, urbanísticas, en el transporte y la comunicación. La segregación urbana que afecta a las personas mayores no es tanto la tradicional segregación espacial por concentración, sino que se trata de una segregación del uso del espacio público, que al no estar preparado para recibirlos, los desalienta a utilizarlo. Para que las personas mayores puedan integrarse y ejercer la ciudadanía en las zonas urbanas de la región, se requiere que éstas tengan características físico-espaciales que den lugar a un entorno seguro y accesible, es decir, una nueva generación de diseños del espacio público que les permita desplazarse con autonomía y seguridad.

El entorno físico se ha creado sobre la base de un patrón que sólo es adecuado para parte de la población: el adulto medio; como consecuencia de ello las personas mayores —sobre todo aquellas afectadas por limitaciones— van enfrentando progresivamente mayores barreras físicas que dificultan su participación en dicho espacio y su acceso a los servicios urbanos. El diseño de una ciudad adecuada para la vejez genera un gran desafío de gestión local y nacional respecto de calles, mobiliario urbano, parques, senderos, jardines y sistemas de transporte público. Los barrios donde se localizan las viviendas de las personas mayores son su primer vehículo de interacción con su ciudad, y en ese sentido debieran ofrecer posibilidades de acceso relativamente expedito a servicios, realización de trámites, compras y otras actividades cotidianas, ámbitos de esparcimiento, recreación y desarrollo cultural en un espacio público con integración intergeneracional y seguridad humana.

Los datos de la encuesta SABE referidos a estos aspectos muestran que el 10,8% de las personas mayores en Montevideo y el 17,4% en Santiago de Chile ha dejado de salir de su casa por temor a caerse. En este último país se han identificado factores de riesgo como la falta de barras de sujeción, escalones irregulares, barandas e iluminación inadecuadas, entre otros. En materia de accidentes de tránsito, las personas mayores son un grupo de riesgo; en Venezuela el 21% y en Argentina el 12,4% de los atropellados tienen más de 60 años. En cuanto a la seguridad ciudadana, las personas mayores también son altamente vulnerables. En México, una investigación realizada sobre la base de la Encuesta Nacional de Victimización (2000) reveló que el grupo mayor de 60 años es el más agredido por la delincuencia.

### 2.2.1 Indicadores del uso del espacio urbano

Existen indicadores que permiten aproximarse a los diversos aspectos comprendidos por la temática que liga el espacio urbano con el envejecimiento.

#### *Distribución espacial intraurbana de las personas mayores*

Se trata de un recuento del número y porcentaje de personas mayores según la distribución de su residencia en zonas de la ciudad o del aglomerado metropolitano diferenciadas por su calidad urbana, como pueden ser zonas centrales, pericentrales y periféricas de grandes ciudades. Para su elaboración se utilizan datos con desagregación territorial de censos de

población y también de encuestas de hogares, en combinación o no con información sobre localización de equipamiento y servicios urbanos. Se recodifica la información concerniente a distrito o municipio de residencia según una clasificación de zonas por anillos concéntricos o directamente por grado de suficiencia de la oferta de infraestructura y equipamiento urbano, y se procede al cálculo del número y porcentaje de personas mayores de la ciudad que habitan dentro del área de cada categoría de recodificación geográfica. Otra opción es obtener el porcentaje de población de 60 años y más<sup>26</sup> por división administrativa menor (comuna, municipio, parroquia, distrito), información con la que es posible analizar la distribución de las personas mayores en la ciudad o aglomerado metropolitano. Además, si se dispone de cartografía a ese nivel territorial, el mapeo de la información es muy pertinente para analizar la distribución espacial intraurbana de las personas mayores.

Para el cálculo se puede utilizar la siguiente fórmula:

$$(100) \left[ \frac{N_{60+DAME}}{N_{DAME}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+DAME}$  : población de 60 años y más en la división administrativa menor que forma parte de la ciudad o aglomerado metropolitano.

$N_{DAME}$  : población total de la división administrativa menor que forma parte de la ciudad o aglomerado metropolitano.

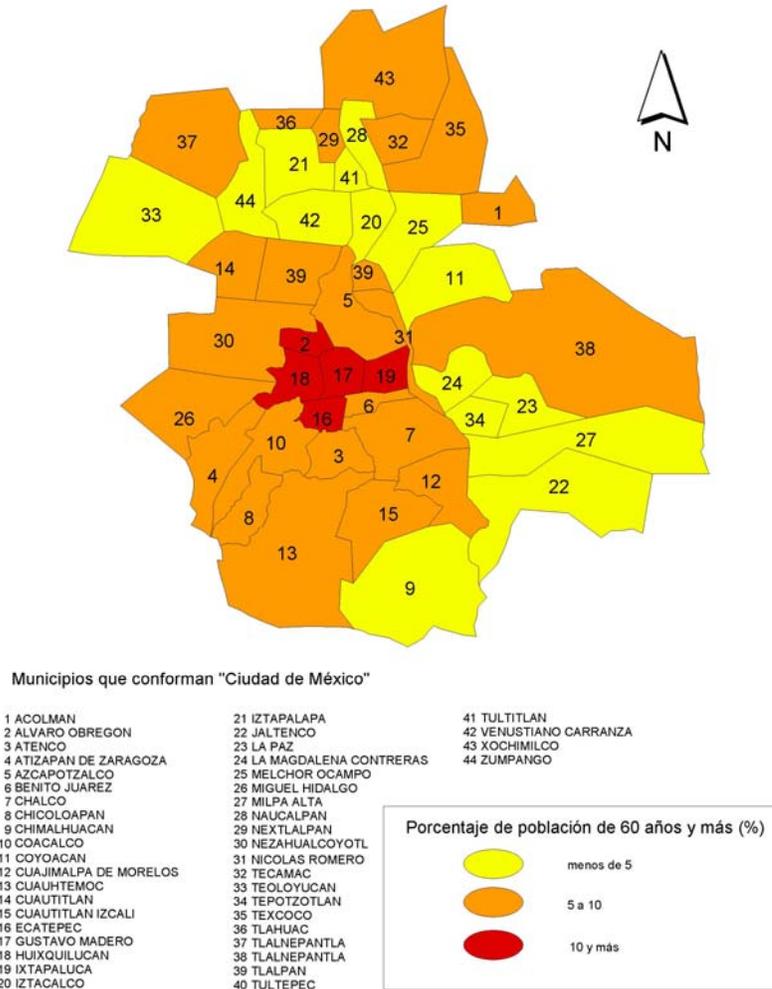
Se debe calcular el porcentaje de personas mayores para cada una de las DAME que conforman la ciudad o el aglomerado metropolitano.

Este indicador permite evaluar la distribución espacial intraurbana de las personas mayores en función de la estructura urbana de la localidad o ciudad. Si se evalúa la localización con respecto al modelo de anillos de crecimiento, se dispone de una buena medida simple del tipo de acciones urbanas que ameritan políticas de integración de las personas mayores a la ciudad. Si se evalúa la distribución de los mayores según zonas diferenciadas por sus atributos urbanos, se dispone de una medida de la demanda demográfica de políticas focalizadas de provisión de equipamiento y servicios urbanos. En otro plano, hay que recordar que la localización de las personas mayores debe buscar un equilibrio entre la distribución espacial del equipamiento y la distribución familiar, a efectos de preservar estrategias de vida y cercanía a la infraestructura. Una manera gráfica de mostrar la distribución espacial intraurbana de las personas mayores es a través de un mapa. En el ejemplo de ciudad de México (véase mapa 1) se observa cómo se distribuye la población de 60 años y más según municipio de residencia. Como se aprecia, los municipios con mayor porcentaje de población adulta mayor se ubican en el centro de la ciudad.

---

<sup>26</sup> Para el cálculo véase el capítulo I.

**MAPA 1**  
**CIUDAD DE MÉXICO: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS**  
**POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA, CENSO DE 2000<sup>a</sup>**



Fuente: elaboración propia a partir del procesamiento de microdatos censales de México 2006.

<sup>a</sup>: Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

*Distancia del domicilio de la persona mayor a facilidades y equipamiento urbano*

Es otro indicador útil para evaluar las demandas espaciales. Mide la distancia en cuadras y kilómetros de recorrido entre el domicilio de las personas mayores y zonas más cercanas de esparcimiento, compras y atención de salud, esto es, servicios de alta demanda por este grupo de edad. Distancias excesivas son desincentivos al uso de estos servicios y espacios y causa de problemas de integración urbana. Se obtiene a partir de encuestas especiales de hogares, que proveen los datos para la realización del siguiente cálculo:

$$(101) \left[ \frac{N_{60+VDEU}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+VDEU}$  : población de 60 años y más que habita en viviendas distantes de facilidades de equipamiento urbano.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

#### *Porcentaje de personas mayores insatisfechas con atributos del vecindario*

Este indicador muestra la *proporción de personas de esta edad que califica como insatisfactoria la adecuación de las condiciones del vecindario*, en base a la siguiente fórmula:

$$(102) \left[ \frac{N_{60+LAV}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+LAV}$  : población de 60 años y más que califica como insatisfactoria la adecuación de las condiciones del vecindario.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

Para obtenerlo se hace necesaria la aplicación de encuestas especiales. Se puede medir a través de un promedio simple de la evaluación por el entrevistado (nota de 1 a 10) asignada a los siguientes atributos del vecindario o conjunto habitacional: cercanía con actividades habituales, disponibilidad de locomoción colectiva, estado del pavimento de calles, estado de las veredas, iluminación y alumbrado público, áreas verdes y plazas o parques, espacios deportivos, espacios culturales, acceso a sede social, a consultorio y postas, al comercio, a servicios como banco, registro civil y oficinas de pago de cuentas, cobertura policial del vecindario (adaptado de Chile, MINVU/INVI, 2002). Puede elaborarse un índice promedio de insatisfacción que permita clasificar a aquellas personas mayores en condición de insatisfacción, aproximándose así a la magnitud de personas mayores afectadas por problemas de accesibilidad a bienes y servicios urbanos. Requiere ser cruzado o profundizado por medio de variables que controlen localización y acceso a equipamiento e infraestructura urbana a través de parámetros objetivos.

#### *Porcentaje de personas mayores que reportan dificultades para movilizarse en su espacio exterior*

Atendiendo a los aspectos vinculados con la infraestructura y el transporte del espacio urbano en que reside la persona mayor, se calcula como la *relación porcentual entre las personas de este segmento de la población que manifiestan este tipo de dificultades y el total de personas mayores*.

$$(103) \quad \left[ \frac{N_{60+DME}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+DME}$  : población de 60 años y más con dificultades para movilizarse en su espacio exterior.

$N_{60+}$  : población de 60 años y más.

#### *Índice Duncan de segregación espacial de personas mayores*

Mide su aglomeración geográfica, esto es, su tendencia a concentrarse en determinados sectores de una ciudad y a conformar áreas homogéneas en términos del grupo de edad habitante.<sup>27</sup> Se construye a partir de datos de censos de población con desagregación a escala de unidades territoriales menores de una ciudad (municipios, barrios, distritos, manzanas). Tradicionalmente, la segregación residencial ha sido medida con relación a los sectores pobres y grupos raciales, y su importancia radica en que da cuenta de problemas de inequidad y exclusión urbana. La medición de la segregación con relación a las personas mayores es distinta de las dimensiones mencionadas, en varios sentidos: por ejemplo, muchas veces las personas mayores están sobrerrepresentadas en barrios centrales, con mejor disponibilidad de equipamiento e infraestructura; sin embargo, se debe estar alerta respecto de índices elevados de segregación residencial de este grupo etario, toda vez que la conformación de vecindarios habitados casi exclusivamente por personas de edad avanzada puede involucrar problemas sociales, de exclusión de la vida urbana y falencias en la necesaria integración social con otros grupos de edad de la población de la ciudad.

Si bien existen distintos indicadores de segregación posibles, se recomienda el Índice de Disimilitud de Localización de Duncan (Rodríguez, 2001), que pondera el grado de sobrerrepresentación de minorías, como son las personas mayores, en determinadas entidades de la ciudad, por contraste con el promedio metropolitano respectivo. Su recorrido va desde cero, cuando todas las subunidades territoriales tienen un porcentaje de personas mayores idéntico al promedio de la ciudad, hasta un índice de 100, cuando todas las personas mayores están concentradas en una subunidad determinada. La fórmula de cálculo es 0,5 multiplicado por la sumatoria que resulta del siguiente cálculo:

$$(104) \quad D = \frac{1}{2} \sum \left| \frac{N_{1i}}{N_1} - \frac{N_{2i}}{N_2} \right|$$

Donde:

$N_{1i}$  : número de personas mayores en subdivisión territorial  $i$ ésima;

$N_{2i}$  : número de personas menores en subdivisión territorial  $i$ ésima;

$N_1$  : número total de personas mayores en la ciudad;

<sup>27</sup> Para una completa comprensión de las cuestiones metodológicas y de políticas públicas vinculadas a la segregación residencial véase Arriagada y Rodríguez (2003).

$N_2$  : número total de personas menores en la ciudad.

*Porcentaje de personas mayores que declara sentirse expuesto al delito al circular por el vecindario*

Puede también considerarse un indicador de percepción referido a las necesidades espaciales de la población adulta mayor. Permite dar cuenta de las personas mayores afectadas por problemas de seguridad ciudadana en el uso del espacio público o entorno, y por ende mide una de las esferas fundamentales de la calidad de vida y la integración urbana. Para su elaboración se deben utilizar encuestas especiales, como encuestas de seguridad ciudadana o de victimización. En Chile, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo controla esta variable como parte de un observatorio de satisfacción residencial de los beneficiarios de los programas de vivienda social (Chile, MINVU/INVI, 2002). Procesamientos especiales de dicha base de datos (Morales y Arriagada, 2002) estiman que un 10% de los residentes mayores de 60 años se considera muy expuesto, mientras que otro 30% clasifica en exposición media. La percepción de exposición al peligro se incrementa en vecindarios de vivienda social de áreas metropolitanas, planteando la necesidad de mejoramientos del diseño urbano con perspectiva de seguridad ciudadana y de proyectos de recuperación de espacios públicos abandonados o deteriorados, lugares propicios para delitos.

$$(105) \quad \left[ \frac{N_{60+SED}}{N_{60+}} \right] * 100$$

Donde:

$N_{60+SED}$  : población de 60 años y más que declara sentirse expuesta al delito.

$N_{60+}$ : población de 60 años y más.

## Ejercicios

- 1) Indique la importancia de conocer el número de hogares con personas mayores y la estructura familiar donde viven para fines de políticas de vejez. Para sustentar su respuesta ejemplifique con dos indicadores que se presentan en la sección de arreglos residenciales.
- 2) Explique la diferencia entre los conceptos de *redes sociales* y *apoyos sociales*, y ejemplifique su respuesta.
- 3) A partir de los datos de cuadro E14 calcule la proporción de muertes por causas externas en las personas mayores argentinas, total y desagregada por sexo y tipo de causa, y analice los datos obtenidos (en este caso se utilizará la población de 65 años y más, ya que la información está entregada para ese grupo etario). Finalmente, indique de qué aspecto de los entornos sociales pueden considerarse indicadores estas cifras.

**CUADRO E14**  
**ARGENTINA: DEFUNCIONES POR CAUSAS EXTERNAS**  
**DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2003**

Causas	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Defunciones por todas las causas	207 745	101 393	105 991
Defunciones por causas externas:	4 425	2 594	1 829
Accidentes de tráfico de vehículo motor	508	374	134
Otros accidentes de transporte	80	52	28
Otras causas externas traumatismos accidentales	2 085	994	1 090
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	663	539	124
Agresiones	263	187	75
Eventos de intención no determinada	297	212	85
Demás causas externas	529	236	293

Fuente: Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente, Boletín N° 107, *Agrupamiento de causas de mortalidad según división político territorial de residencia, edad y sexo, República Argentina, año 2003*, Buenos Aires, 2003.

- 4) Con los datos del cuadro E15 calcule la *relación de apoyo potencial* y la *relación de apoyo a los padres* para Chile (2002), República Dominicana (2002), Honduras (2001) y Bolivia (2001). Analice los datos obtenidos en relación a la clasificación de países según su nivel de envejecimiento demográfico, que se detalla en el recuadro E1, y señale por qué el indicador *relación de apoyo a los padres* se considera más preciso que el de la *relación de apoyo potencial*.

**CUADRO E15**  
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS**  
**QUINQUENALES DE EDAD, CIRCA 2000**

Grupos de edad	Población			
	Chile, 2002	Bolivia, 2001	Rep. Dominicana, 2002	Honduras, 2001
0 a 4 años	1 151 076	1 087 557	973 644	874 288
5 a 9 años	1 316 598	1 083 747	971 881	872 546
10 a 14 años	1 422 452	1 026 770	959 338	805 682
15 a 19 años	1 280 089	873 251	838 239	706 845
20 a 24 años	1 201 426	780 471	785 802	586 457
25 a 29 años	1 192 724	611 381	687 785	433 087
30 a 34 años	1 200 191	522 220	646 112	352 292
35 a 39 años	1 235 000	469 765	590 750	310 363
40 a 44 años	1 131 758	414 170	476 647	269 632
45 a 49 años	904 666	336 376	380 028	212 570
50 a 55 años	759 003	274 548	330 713	179 471
55 a 59 años	603 974	214 810	233 976	121 043
60 a 64 años	499 902	166 616	207 933	111 483
65 a 69 años	399 287	143 287	158 365	82 186
70 a 74 años	348 118	121 053	136 068	63 283
75 a 79 años	219 331	74 682	77 871	44 178
80 años y más	250 840	73 621	107 136	51 479
Total	15 116 435	8 274 325	8 562 288	6 076 885

Fuente: datos censales de la ronda de 2000.

**RECUADRO E1**  
**CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN SU ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO**

La clasificación de los países fue construida sobre la base de los valores de la tasa global de fecundidad (TGF) y del índice de envejecimiento (IE) (cociente entre la población de 60 años y más y la población menor de 15) observados en los países de la región en el decenio de 1990. Se definieron cuatro categorías (o agrupaciones):

a) *envejecimiento incipiente*, que alude a la persistencia de niveles relativamente altos de fecundidad (alrededor de 4,5 hijos por mujer en promedio) y un IE de entre 10 y 16% (Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay);

b) *envejecimiento moderado*, que se caracteriza por una fecundidad promedio cercana a 3 y un IEV que varía entre el 24 y 16% (Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela);

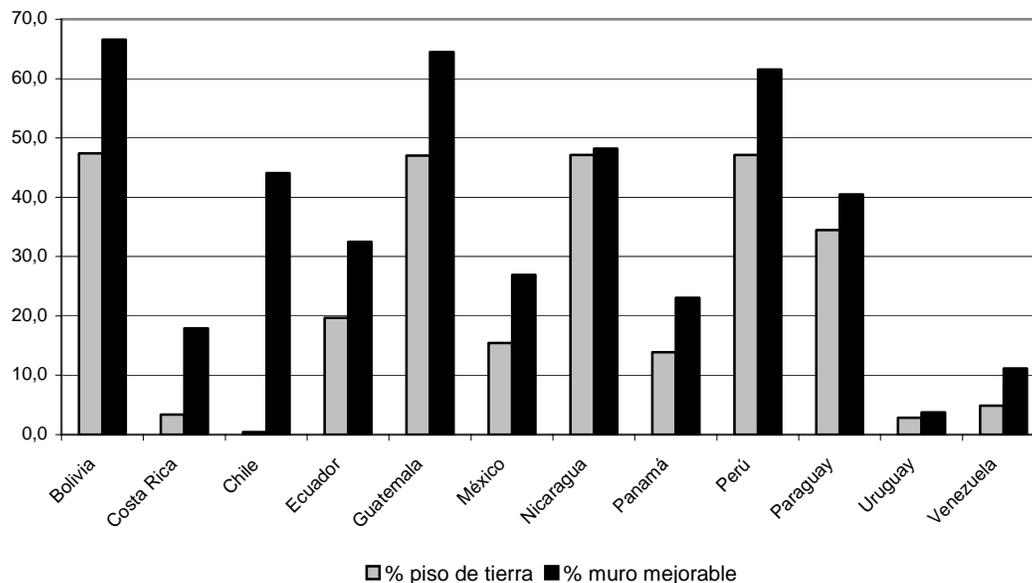
c) *envejecimiento moderado avanzado*, que se distingue por una fecundidad promedio de 2,3 hijos por mujer y un IE de entre el 25 y 40% (Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago) y,

d) *envejecimiento avanzado*, que agrupa a los países con menores niveles de fecundidad y un IE que supera el 40% (Uruguay, Argentina, Cuba, Antillas Neerlandesas, Guadalupe, Barbados, Martinica y Puerto Rico).

Fuente: Comisión Económica para América Latina (CEPAL), *La situación de las personas mayores* (DDR/1), documento de referencia presentado a la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

5) El gráfico E2 muestra el porcentaje de hogares con personas mayores que residen en viviendas con piso de tierra y con muros mejorables según países. Con esta información analice en qué situación se encuentran los países respecto a estos dos indicadores y qué relación podría tener ello con la etapa de envejecimiento en que se encuentran.

**GRÁFICO E2**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE HOGARES CON PERSONAS**  
**MAYORES EN VIVIENDAS MEJORABLE Y CON PISO DE TIERRA,**  
**PAÍSES SELECCIONADOS, CIRCA 2000**



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos censales de la ronda de 2000.

6) Determine qué indicador podría resultarle útil a un equipo de trabajo del Ministerio de Vivienda y Urbanismo de Chile que, con el propósito de focalizar espacialmente en forma apropiada una pequeña asignación de recursos para adecuar el espacio urbano a las necesidades de circulación de las personas mayores, necesita saber en qué división administrativa menor de la ciudad de Santiago hay mayor concentración de población adulta mayor.

## Respuestas

1) Como se indica en el apartado de arreglos residenciales, la importancia de conocer el número de hogares con personas mayores y la estructura familiar donde viven, para fines de políticas de vejez, se debe a que el impacto del aumento de las personas mayores a nivel de la sociedad es aún más grande del que se estima a nivel individual. Así, por ejemplo, cuando se analiza la proporción de hogares en que hay una o más personas mayores, las cifras son mucho más elevadas que el porcentaje de población de 60 años y más. Además es importante centrarse en el hogar como unidad de análisis, ya que “el hogar” es uno de los ámbitos más importantes para las transferencias de apoyos en que participan las personas mayores, ya sea como receptores o dadores de ayuda. Los indicadores más apropiados para este análisis son: a) el porcentaje de hogares con al menos una persona de 60 años y más residiendo en ellos, b) el porcentaje de hogares con personas mayores según tipo de hogar y familia, y por último c) la tasa de jefatura de hogar de la población adulta mayor.

2) El concepto de *apoyos sociales* está contenido en el de *redes sociales*, pero no necesariamente se equipara con éste. Las prácticas simbólico-culturales que se generan en las relaciones interpersonales (redes sociales) pueden, en ciertas circunstancias, producir transacciones y transferencias de recursos, acciones e información (apoyos sociales), pero no necesariamente.

3)

Proporción de muertes por causas externas en personas mayores			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Defunciones por causas externas:	2,1	2,6	1,7
Accidentes de tráfico de vehículo motor	11,5	14,4	7,3
Otros accidentes de transporte	1,8	2,0	1,5
Otras causas externas traumatismos accidentales	47,1	38,3	59,6
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	15,0	20,8	6,8
Agresiones	5,9	7,2	4,1
Eventos de intención no determinada	6,7	8,2	4,6
Demás causas externas	12,0	9,1	16,0

En términos generales, puede decirse que los factores externos no representan una proporción significativa de las causas de muerte de las personas mayores argentinas. Desde un análisis específico puede concluirse que la principal causa externa de muerte son los traumatismos accidentales, tanto a nivel general como desde una mirada desagregada por sexo. Sin embargo, llama la atención la mayor proporción de mujeres que mueren por esta razón, con 11 puntos por encima del porcentaje de los hombres. También es sorprendente la mayor incidencia del suicidio (lesiones autoinflingidas intencionalmente) y de los accidentes de tránsito en los hombres. Estas cifras pueden considerarse indicadores del maltrato y la violencia en la vejez.

4)

País	Relación de apoyo potencial	Relación de apoyo a los padres
Chile	5,5	13,5
Rep. Dominicana	7,2	13,9
Honduras	9	12,5
Bolivia	7,8	11,2

Existe una correlación entre los indicadores que se han calculado y el grado de envejecimiento de los países. Por ejemplo Chile, con un envejecimiento moderado avanzado, tiene la menor proporción de personas activas respecto de las personas mayores, y también una de las mayores proporciones de personas mayores de 80 años en relación con las de 50 a 64 años. En el otro extremo se encuentra Honduras, un país de envejecimiento incipiente, que presenta indicadores más altos debido a que aún tiene una alta proporción de población joven, mientras que República Dominicana se encuentra en una situación intermedia, al presentar un envejecimiento moderado.

El indicador de relación de apoyo a los padres se considera más preciso que el de la relación de apoyo potencial ya que acota la población receptora del apoyo a aquella que tiene más probabilidad de necesitarlo (las personas mayores de 80 años) y, además, reduce la población que potencialmente brindaría este apoyo al grupo etario en el que generalmente recaen estas tareas (50 a 64 años).

5) En general, se observa una mayor carencia en relación al estado de los muros que respecto de la materialidad del piso. También se aprecia una importante heterogeneidad en la posición de los países considerados respecto de estos indicadores, con situaciones como las de Bolivia y Guatemala, donde más del 60% de los hogares con personas mayores habitan en viviendas con muros mejorables y cerca del 50% en viviendas con pisos de tierra, y por otro lado escenarios como Uruguay y Venezuela, donde estas problemáticas afectan a menos de un 10% de la población adulta mayor. En términos generales, este estado de los indicadores se relaciona inversamente con el grado de envejecimiento del país.

6) El indicador más apropiado sería el de distribución espacial interurbana de las personas mayores. Sería preciso calcularlo para cada división administrativa menor de la ciudad de Santiago. De este modo, aquella DAME que presentara el porcentaje más alto de personas mayores de 60 años sobre el total de su población, debería ser la que recibiera estos recursos. De todas maneras, la focalización sería parcial, pues también habría que cruzar la información con la disponibilidad de equipamiento urbano para la población adulta mayor en cada una de las DAME.



## V. Fuentes de datos para la elaboración y el cálculo de indicadores de seguimiento

La elaboración y el cálculo de los indicadores que se presentan en este manual sólo son posibles en la medida en que los países cuenten con las fuentes de datos necesarias para realizar el seguimiento del proceso de envejecimiento y la situación de las personas mayores en los distintos ámbitos considerados. Para tales efectos, organismos internacionales vinculados al tema, los países y las universidades (o la academia) han desarrollado técnicas de la más diversa índole, y han destinado grandes recursos a mejorar los sistemas de recolección de información.

Un aspecto clave para el diseño de políticas y programas dirigidos a las personas mayores es el hecho de que los indicadores deben ser calculados a partir de fuentes ya existentes, que permitan comparabilidad al interior del país y entre diversos países. Sin embargo, las fuentes disponibles varían de un país a otro, tanto en disponibilidad y cobertura como en calidad.

A continuación se describen las principales fuentes de datos existentes en América Latina y el Caribe, considerando las ventajas y desventajas de su utilización: los censos de población y vivienda, las encuestas (de salud, de hogares y de calidad de vida, entre otras), las estadísticas vitales y los registros continuos o administrativos.

Dada la diversidad de fuentes utilizadas para el análisis, algunas medidas que reciben la misma denominación pueden provenir de información radicalmente diferente, de ahí la importancia de especificar tanto la fuente utilizada para la obtención de los datos como su fecha.

### 1. Los censos de población

Para las Naciones Unidas (1978) el censo es *“un conjunto de operaciones que consiste en reunir, elaborar y publicar datos demográficos, y también económicos y sociales, correspondientes a todos los habitantes de un país o territorio definido y referido a un momento determinado o a ciertos períodos de tiempos dados”*.

Los censos se pueden utilizar para el análisis de la población, y en este caso específicamente para la población adulta mayor, ya que se trata de un procedimiento exhaustivo

que registra los cambios en su magnitud y composición en dos momentos del tiempo. Además, al recoger datos demográficos e información socioeconómica individual y familiar, es posible el estudio de las interrelaciones entre las características demográficas y socioeconómicas de individuos y de hogares (Welti, 1997).

Lo atrayente de trabajar con datos censales reside en el hecho de que los censos son la fuente primaria más importante y amplia de información estadística. Dada su periodicidad (cada 10 años), es posible comparar los cambios en el tiempo (evolución) y entre países, ya que el levantamiento censal se realiza en fechas similares<sup>28</sup> en casi todos los países de América Latina y el Caribe. Sus resultados suministran los antecedentes básicos acerca de las viviendas, los hogares y las personas. Además, es el único instrumento capaz de proporcionar datos para niveles geográficos menores.

#### **RECUADRO 14** **PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE UN CENSO DE POBLACIÓN**

Entre las características de un censo de población es posible destacar las siguientes:

- Secreto estadístico: los datos que se recogen no pueden servir para identificar a personas específicas bajo ningún pretexto.
- Auspicio oficial: es patrocinado por el Estado.
- Territorio bien definido: debe ejecutarse en una zona claramente establecida.
- Universalidad: es imprescindible que toda la población del territorio censal definido sea empadronada; nadie debe ser excluido.
- Unidad censal: en un censo de población la unidad censal es el individuo, y en el de vivienda es ésta.
- Simultaneidad: es necesario que la información esté referida a un momento preciso del tiempo.

Fuente: C. Welti (ed.), *Demografía I*, México, D. F., PROLAP-IISUNAM, 1997; Gobierno de Chile, INE (Instituto Nacional de Estadística), [en línea] [www.ine.cl](http://www.ine.cl), 2005.

Los censos de población tienen la capacidad de abarcar diversos temas de interés para el análisis sociodemográfico y socioeconómico de la población, de ahí la importancia como fuente de datos en el análisis del proceso de envejecimiento y de la situación de las personas mayores en las diferentes dimensiones que se analizan.

Entre los principales temas que usualmente se logran captar con la información censal se encuentran:

a) *geográficos*: en el empadronamiento se pregunta por la ubicación de la persona en el momento del censo, su residencia habitual y el tipo de área (urbana o rural) en que fue empadronada (Welti, 1997). Con esta información es posible caracterizar a la población según área de residencia (urbana o rural), divisiones administrativas mayores (DAM) (estados, provincias, regiones, dependiendo del país), divisiones administrativas menores (DAME) (comunas, parroquias, municipios) e incluso llegar a niveles geográficos menores (distritos censales, localidades pobladas, manzanas);

<sup>28</sup> Existen tres recomendaciones internacionales para el levantamiento censal: a) se deben levantar simultáneamente en todos los países y en los años terminados en 0, 1 y 2; b) que tenga una periodicidad constante (cada diez años); y c) que se ejecuten conjuntamente el censo de población y el de vivienda.

b) *demográficos*: las preguntas acerca de la edad, el sexo, el estado conyugal del individuo encuestado, del hogar y la relación de parentesco entre sus componentes, al igual que las que captan movimientos migratorios, permiten caracterizar sociodemográficamente a las personas.

Estos son algunos ejemplos de preguntas y alternativas de respuestas para caracterizar sociodemográficamente a la población

- a. Estado civil del individuo: *¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?*<sup>29</sup>: a) casado, b) conviviente/pareja, c) soltero, d) divorciado, e) separado, f) viudo.
- b. Relación de parentesco: *¿Cuál es la relación de parentesco con el jefe o jefa de hogar?*: a) jefe, b) cónyuge, c) conviviente, d) hijo-hijastro, e) yerno-nuera, f) nieto, g) hermano, h) cuñado, i) padres, j) suegros, k) otro pariente, l) otro no pariente.

c) *educativos*: usualmente se pregunta por alfabetismo y nivel de instrucción alcanzado por las personas. Con esta información es posible calcular el porcentaje de personas alfabetas, promedio de años de estudio de las personas, rezago escolar, entre varios otros indicadores. Las preguntas y alternativas de respuestas más utilizadas son:

- a. Alfabetismo: *¿sabe usted leer y escribir?*: a) si, b) no
- b. Nivel de instrucción: *¿cuál es el último nivel y curso que aprobó en la enseñanza formal?*: a) nunca asistió, b) pre-básica, c) básica o primaria, d) media o secundaria, e) secundaria técnica, f) centro de formación técnica, g) instituto profesional, h) universitaria.

d) *actividad económica*: normalmente se incluyen preguntas para averiguar si el individuo es económicamente activo o inactivo, cuál es la ocupación específica que tiene, en qué rama de actividad económica se desempeña y cuál es su categoría ocupacional (patrón, empleado, cuenta propia, familiar no remunerado). En los censos el módulo sobre actividad económica y empleo tiene una batería de preguntas, por lo general son alrededor de cuatro, aunque en ciertas ocasiones pueden aumentar. Las más utilizadas son las siguientes:

1. Población económicamente activa<sup>30</sup> e inactiva: *¿En cuál de estas situaciones se encontraba la mayor parte de la semana pasada?*<sup>31</sup>: a) trabajando por ingresos, b) sin trabajar pero tiene empleo, c) buscando trabajo, habiendo trabajado antes, d) trabajando para un familiar sin pago en dinero, e) buscando trabajo por primera vez, f) en quehaceres de su hogar, g) estudiando, h) jubilado o rentista, i) incapacitado permanentemente para trabajar, j) otra situación.
2. Categoría en la ocupación: *¿en este trabajo es (o era)?*: a) trabajador asalariado (empleado, obrero, jornalero), b) trabajador de servicio doméstico, c) trabajador por cuenta propia, d) empleador, empresario, patrón, e) familiar no remunerado. Con esta pregunta se logra captar información acerca del tipo de inserción laboral de las personas mayores (empleo informal y asalariado).
3. Tipo de ocupación: *¿Qué ocupación o tipo de trabajo desempeña actualmente o desempeñaba si está cesante?* Esta es una pregunta abierta, la ocupación que declara el encuestado se agrupa según la Clasificación Internacional Uniforme de

<sup>29</sup> Por lo general esta pregunta se realiza a las personas de 15 años o más.

<sup>30</sup> Se considera PEA las opciones a, b, c, d y e de la pregunta, el resto de las opciones clasifican como PEI.

<sup>31</sup> En algunos censos esta pregunta se divide en más de una, por ejemplo: si el encuestado contesta afirmativamente la opción a pasa a otra pregunta del módulo, si contesta negativamente la siguientes preguntas responderán a las otras alternativas.

Ocupaciones (CIU), lo que permite ubicar a la persona según el tipo de trabajo que realiza.

e) Otras preguntas que se incluyen en los censos, como por ejemplo etnia, idiomas que domina o lengua materna, impedimentos físicos y la religión, permiten caracterizar con mayor especificidad a la población, y en este caso a las personas mayores. Por ejemplo, cuando las estadísticas de discapacidad provenientes de otras fuentes no abarcan todo el territorio nacional, el censo de población es una buena alternativa para conocer las discapacidades que afectan a las personas mayores. Por otra parte, los indicadores acerca de la pertenencia étnica de las personas mayores citados en el capítulo I pueden calcularse gracias a la incorporación de esta pregunta en las planillas censales.

#### RECUADRO 15

##### PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN CENSAL MEDIANTE EL SOFTWARE REDATAM

El acceso y la explotación de los datos censales son cada vez más fáciles, y por lo tanto su uso ha crecido, debido principalmente a la disponibilidad de tecnología y el uso de un software computacional que permite manejar la información de un censo de manera desagregada geográfica y administrativamente.

REDATAM es el acrónimo de REcuperación de DATos para Áreas pequeñas por Microcomputador. El programa utiliza una base de datos jerárquica comprimida, que se puede crear en R+SP, y que contiene microdatos y/o información agregada con millones de registros de personas, viviendas, manzanas de ciudades o cualquier división administrativa de un país. Esos datos pueden provenir de cualquier combinación de censos, encuestas u otras fuentes. Se puede procesar una base de datos en asociación con bases de datos externas de formatos comunes, como dBASE.

También es posible definir, a partir de una base de datos, cualquier área geográfica de interés (desde manzanas de una ciudad) o combinaciones de esas áreas, crear nuevas variables, obtener varios tipos de tabulados muy rápidamente y exportar salidas a otros softwares. Los datos de diferentes niveles geográficos pueden ser combinados jerárquicamente para crear variables agregadas, y los resultados pueden desplegarse en mapas desde REDATAM o transferirse a un Sistema de Información Geográfica (SIG).

Se usan versiones de REDATAM en todos los países de América Latina y el Caribe, en varios de África y Asia y en varios países desarrollados. Alrededor de 1.600 personas e instituciones de 80 naciones son usuarios registrados. La primera versión de REDATAM para DOS se publicó oficialmente en 1987. Todas las versiones han sido desarrolladas y mantenidas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL.

Fuente: C. Welti (ed.), *Demografía I*, México, D. F., PROLAP-IISUNAM, 1997 y CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *Redatam Informa*, [en línea] [www.eclac.cl/celade/redatam](http://www.eclac.cl/celade/redatam), 2005.

## 2. Las encuestas

Son otra alternativa para obtener información de diferentes aspectos de la población, y pueden plantearse para objetivos de investigación diversos. Pueden tener como fin recoger información puramente descriptiva, tratando de definir una población según determinadas características. Otras encuestas, en cambio, se plantean objetivos comparativos, proponiéndose probar alguna teoría psicológica, social o económica.

Los estudios de encuestas tienen una amplia aceptación como forma de proporcionar datos estadísticos en un amplio rango de temas, tanto de investigación como para objetivos políticos y administrativos. Esta amplitud de aplicaciones es una de las grandes ventajas de esta metodología (Ato, 1991). Los temas de estudio que se pueden capturar mediante encuestas son muy variados: grupos y organizaciones, cultura y socialización, estructura social, población y familia, medio ambiente, economía y trabajo, política, problemas y servicios sociales.

## 2.1 Encuestas de hogares

La mayoría de los países cuenta con un programa de encuestas de hogares. A pesar de que su periodicidad varía de un país a otro, se realizan en forma sistemática y, por lo tanto, son una fuente de información que proporciona medidas repetidas. En los países de la región se realizan principalmente tres tipos de encuestas de hogares: encuestas de empleo<sup>32</sup>, de gastos e ingresos<sup>33</sup> (presupuestos familiares) y sobre condiciones de vida (Cecchini, 2005; Feres y Medina, 2001). Como el tamaño de su muestra es limitado, las posibilidades de desagregación respecto al censo son menores. Además, en algunos países estas encuestas abarcan únicamente el área urbana o las principales ciudades del país.

Hasta ahora, estos instrumentos han sido utilizados en la mayoría de los países para medir características y participación económica de la población. Las encuestas tienen, sin embargo, una serie de ventajas que han sido poco aprovechadas hasta el momento. La primera es su aspecto institucional, pues a diferencia del censo de población, en muchos países las encuestas de hogares forman parte de las actividades regulares de alguna institución, por lo general las oficinas de estadística, que cuentan con personal y presupuesto permanente. Otra de sus ventajas es que proveen medidas repetidas de la composición y muchas veces de las características de los miembros del hogar. Esto posibilita el monitoreo de cambios en la composición de los hogares, que son importantes en la planificación de programas y proyectos sociales. Un rasgo adicional es la generación de información sobre los ingresos del hogar, que permite identificar a la población según niveles de pobreza, utilizando el método de la línea de la pobreza o el "método del ingreso".

Una alternativa en la aplicación de la encuesta, que se ha utilizado en algunos países, es la de incluir módulos para recoger información sobre algún tema específico. Por ejemplo, la inclusión de preguntas sobre las condiciones de la persona mayor, como sus actividades del diario vivir y su autopercepción de la salud, que permiten tener información sobre las condiciones de vida de este grupo etario. El procesamiento de esta información, en conjunto con el resto de los datos contenidos en la encuesta de hogares, hace posible la caracterización más precisa de las condiciones de vida y las necesidades de este segmento de la población. Para efectos de costos, se limitan los módulos a una o dos preguntas de poca complejidad, de manera que no aumenten demasiado ni el tiempo de la entrevista ni el de procesamiento.

---

<sup>32</sup> Tienen por objetivo medir y dar seguimiento al empleo, el desempleo y caracterizar el mercado de trabajo.

<sup>33</sup> Analizan la estructura del ingreso y consumo de los hogares, son fuente primaria para el cálculo de las ponderaciones del Índice de Precios al Consumidor (IPC), permiten determinar las elasticidades de los diferentes bienes y servicios, y el estudio del nivel y distribución del ingreso y gasto familiar.

**CUADRO 60**  
**PRINCIPALES VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE FUENTES**  
**DE INFORMACIÓN CENSAL Y ENCUESTA A HOGARES**

Censos de población	Encuestas a hogares
<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es de carácter universal dentro del territorio, esto implica la cobertura de la totalidad de la población del país.</li> <li>• Es la fuente principal de estadísticas básicas y abarca a la población asentada y a las personas sin alojamiento.</li> <li>• Suministra datos para áreas geográficas pequeñas, de difícil acceso para otras fuentes.</li> <li>• Por su carácter universal hace posible la investigación de subpoblaciones, por ejemplo: migrantes limítrofes.</li> <li>• Establece el marco de referencia para las estadísticas continuas anuales y para las encuestas por muestreo.</li> </ul>	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene por objetivo caracterizar la situación social de los individuos y de los hogares en función de su inserción en la estructura económica.</li> <li>• Permite conocer la estructura de la fuerza de trabajo, su composición demográfica, los niveles de empleo y de desocupación.</li> <li>• Según el país, pueden ser continuas, mensuales, bi-anuales o anuales.</li> <li>• Las personas que recolectan los datos son encuestadores especializados y entrenados.</li> <li>• El control posterior para evitar sesgos y errores es más estricto.</li> </ul>
<p>Limitaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene una periodicidad de 10 años, lo que impide la captación de cambios en el período intercensal.</li> <li>• Por ser universal, no profundiza en ningún tema en especial.</li> <li>• Por ser un operativo que debe llevarse a cabo en todo el país, en un día fijo, es imposible contar con encuestadores experimentados y especializados.</li> </ul>	<p>Limitaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En algunos de los países la encuesta se refiere exclusivamente a la población urbana de los aglomerados más poblados.</li> <li>• El análisis de subpoblaciones resulta limitado, ya que a medida que disminuye el número de casos, el error muestral aumenta.</li> <li>• Generalmente las personas sin alojamiento o residentes en viviendas colectivas no son "población objetivo".</li> </ul>

Fuente: Carlos Grushka, *Seguridad económica en la vejez*, mimeo, 2003.

## 2.2 Encuestas de niveles de vida

Forman parte de un programa iniciado por el Banco Mundial en los años ochenta, y cuyo propósito fue recoger información a escala de hogares que permitiera monitorear los cambios en el nivel de vida de la población y las consecuencias de ciertas políticas públicas para los hogares. En la región, estos estudios se han realizado en Nicaragua, Panamá, Ecuador, Perú, Jamaica, Guyana, Bolivia y Venezuela.

La encuesta recoge información detallada sobre las condiciones de vida de los hogares mediante preguntas sobre diversos aspectos (cuidado de la salud, nutrición, educación, consumo et al. temas de interés); en algunos países tiene fines más específicos y en Bolivia, por ejemplo, la primera encuesta se hizo en las capitales departamentales con el propósito de evaluar los proyectos del fondo de inversión social. Posteriormente, se expandió para llegar hasta lugares poblados con más de dos mil habitantes.

El uso fundamental de la encuesta en muchos países ha sido la medición de los niveles de pobreza. Sin embargo, la información detallada que recoge proporciona evidencia empírica para examinar la forma en que responden los hogares a las condiciones económicas y el papel del gobierno en la modificación de las mismas. El instrumento estándar incluye un cuestionario del hogar con preguntas sobre salud, actividad económica, educación y otras, un cuestionario de

precios y otro que recoge información sobre la infraestructura de servicios que existe en la comunidad.

#### RECUADRO 16

##### LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LOS DATOS ECONÓMICOS Y LABORALES

Los datos económicos y laborales provienen generalmente de los censos nacionales de población y de encuestas de hogares. Según el país, varían para ambas fuentes los temas investigados, el nivel de cobertura, la periodicidad, el diseño muestral, la frecuencia del relevamiento y las definiciones utilizadas.

Conceptualmente, hay en general coincidencia en las definiciones de la población económicamente activa, la población económicamente inactiva, los ocupados y los desocupados, aunque existen algunas diferencias en el límite de edades consideradas o en el período de referencia para la condición de actividad. Por ejemplo, Brasil concibe como ocupadas a las personas que trabajaron en actividades de producción para el autoconsumo o en la construcción para el propio uso. La magnitud de población en estas condiciones puede afectar la tasa de desocupación.

Entre las fuentes de datos secundarias que proveen información sobre temas de participación económica de la población, existen en algunos países de América Latina y el Caribe encuestas especiales. Es el caso de la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN) en Chile y de la Encuesta de Desarrollo Social en Argentina, que investigan en profundidad y para toda la muestra de la población dimensiones relacionadas con las condiciones de vida y el acceso a programas y servicios sociales.

Todas estas fuentes se basan en el empadronamiento y dan cuenta del *stock*, es decir, del estado de situación de la población o de un sector en un momento determinado. Pero hay otro tipo de fuente de información que se refiere a los flujos de población, las entradas y salidas y los cambios que se van produciendo; de este tipo son los registros continuos y administrativos (estadísticas vitales, registros migratorios, registros de altas y bajas de planes sociales o beneficios jubilatorios y pensiones). Más recientemente se han desarrollado valiosos esfuerzos por establecer registros continuos de contribuciones a la seguridad social, o por reconstruir historias de vida laboral (Bertranou y Sánchez, 2003), tendientes a mejorar la descripción y facilitar las proyecciones previsionales y la evaluación de políticas alternativas.

Fuente: C. Welti (ed.), *Demografía I*, México, D. F., PROLAP-IISUNAM, 1997; CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *Redatam Informa*, [en línea] [www.eclac.cl/celade/redatam](http://www.eclac.cl/celade/redatam), 2005 y Fabio Bertranou y Andrea Sánchez, *Tendencias e indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina*, versión preliminar, Ginebra, OIT, 2003.

### 2.3 La encuesta SABE

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), patrocinada por la OPS y varias instituciones nacionales y académicas en los países participantes, investiga las condiciones de salud de las personas mayores en las principales zonas urbanas de siete países de América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay). Es la primera en su género para los países de la región. Las encuestas aplicadas fueron transversales, simultáneas y rigurosamente comparables (véase <http://www.ssc.wisc.edu/sabe>). Las bases de datos de SABE están archivados en NACDA (*Nacional Archives of Computerized Data on Aging*), pues el NIH financió la administración de los datos. Esta información está en línea, y se logra acceder desde la siguiente dirección: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/NACDA-STUDY/03546.xml>.

La información recopilada sirve principalmente para la descripción y el análisis de las condiciones de salud y las limitaciones funcionales de las personas mayores, de las que se sabe poco hasta el momento. Adicionalmente, la encuesta provee información sobre algunas medidas físicas, cognitivas, el uso y acceso a los servicios, arreglos domiciliarios, participación laboral, transferencias intergeneracionales, ingresos, pensiones y bienestar general, información que ha sido desplegada en algunos de los capítulos de este manual.

Dentro de las limitaciones de la encuesta se destacan: a) dado que la información recopilada es transversal, sólo puede apoyar parcialmente el estudio de los determinantes de la salud y no puede incluir estudios de supervivencia o de institucionalización y b) no representa la diversidad de ambientes, localidades y personas mayores que existen en los países seleccionados.

Sin embargo, con la información contenida en esta encuesta es posible describir las condiciones de salud de las personas mayores con respecto a padecimientos crónicos y agudos, la deficiencia y la disminución física y mental, con atención especial a los mayores de 80 años, evaluar el acceso a, y el uso de, servicios de salud por parte de las personas mayores, evaluar la contribución relativa de tres fuentes de apoyo a la satisfacción de las necesidades de salud entre las personas mayores —las relaciones y redes familiares, la asistencia pública y los recursos privados (renta y patrimonio)—. También es posible analizar las diferencias en la autoevaluación de las condiciones de salud, el acceso declarado al cuidado médico y las fuentes de apoyo, especialmente, pero no exclusivamente, con respecto a la clase social, el sexo y la cohorte de edad. Estas son algunas de las líneas de investigación que se pueden abordar en base a la información contenida en la encuesta.

### 3. Estadísticas vitales

Son registros oficiales sobre los principales hechos vitales que ocurren en una población, tales como nacimientos, defunciones, matrimonios, separaciones y adopciones (Welti, 1997). El organismo que registra y certifica estos hechos en la actualidad es el registro civil. El procedimiento consiste en la inscripción legal y compulsiva, de carácter continuo y permanente, de los hechos vitales. El carácter compulsivo puede darse tanto a través de sanciones legales como mediante la necesidad de constatar el registro para acceder a servicios básicos (Welti, 1997; [www.ine.cl](http://www.ine.cl)). El registro civil tiene, por tanto, finalidades legales y también estadísticas o de recopilación de información.

Para registrar estos acontecimientos se utiliza un formulario específico. El destinado a los nacimientos recaba datos sobre la fecha de ocurrencia e inscripción, orden de nacimiento, tiempo de gestación, lugar del parto y de la inscripción, tipo de nacimiento, tipo de atención del parto, sexo, peso y estatura del recién nacido. En el caso del certificado de defunción registra una descripción del hecho mismo (causa de muerte, lugar y fecha y existencia de certificación médica) y sobre la persona fallecida (sexo, edad, nivel educacional, actividad económica, estado civil) (Welti, 1997; [www.ine.cl](http://www.ine.cl)).

Se conoce con el nombre de Sistema de Estadísticas Vitales al conjunto de procesos que se inicia con la inscripción oficial de los hechos vitales, prosigue con la transmisión de los respectivos informes, la elaboración de los datos contenidos en ellos y termina con la presentación y la difusión de las estadísticas respectivas. Sus funciones básicas son la anotación continua y permanente de los hechos vitales y de sus características y el conocimiento completo y exacto, así como el desarrollo, de las estadísticas vitales en el país (véase [www.ine.cl](http://www.ine.cl)).

En el caso de los indicadores relacionados con las mayores probabilidades de sobrevivencia de las personas y las tendencias de la mortalidad —véase capítulo I—, estos registros son de gran utilidad. La información que entregan permite investigar los niveles de estas variables en un país y en distintas regiones. Además, según el tipo de información incluida en la ficha de registro, posibilitan el análisis de factores asociados a la mortalidad, tales como el nivel educacional, la edad, la zona de residencia y el estrato socioeconómico.

Sin embargo, no todos los países de América Latina y el Caribe tienen registros continuos que pueden usarse para obtener varias medidas comparables a lo largo del tiempo. Un problema

que se produce aquí es el rezago entre el registro y la disponibilidad de la información. Otro se refiere a la cobertura adecuada de los nacimientos y de las defunciones, pues en algunos países existe un subregistro demasiado alto como para obtener medidas confiables. En el caso de las defunciones, en todos los países el subregistro es superior en los menores de un año. Además, se sabe que hay grandes diferencias en la cobertura de las estadísticas vitales entre las distintas áreas de un país.

#### **4. Registros continuos o administrativos**

Además de las estadísticas vitales, existen otros registros continuos de carácter político-administrativo que permiten obtener información estadística sectorial, como por ejemplo estadísticas laborales, de educación, de salud. En el caso de la estadística asociada a las personas mayores, en el ámbito de la salud y a partir de los registros hospitalarios se obtiene información sobre la prevalencia de ciertas enfermedades y sus consultas de atención.

El carácter continuo de la información, el bajo costo, la cobertura completa de la población objetivo y el desglose por áreas geográficas son algunas de las ventajas de este tipo de registro (Cecchini, 2005). Sin embargo, las observaciones sobre las limitaciones de oportunidad y calidad de los registros vitales se extienden también, en términos generales, a esta información. Los países debieran mejorar estos registros, pues son las fuentes tradicionalmente utilizadas para obtener determinadas estadísticas. Además, existe un importante potencial en varios registros administrativos que no fueron pensados con fines estadísticos, pero que con un adecuado tratamiento podrían ser útiles.



## Bibliografía

- Action on Elder Abuse (1995), "Action on elder abuse's", *Action on Elder Abuse Bulletin*, Londres, mayo/junio.
- American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association y National Council on the Aging (1991), "Nutrition screening initiative. DETERMINE your nutritional health checklist", *Nutrition Interventions Manual for Professionals Caring for Older Americans*, Washington, D. C.
- Argentina, MDS (Ministerio de Desarrollo Social y Ambiente) (2001), "Encuesta sobre adultos mayores. Actitudes, percepciones y expectativas de las personas de mayor edad", Informes N° 2 y 3, cuantitativo, Buenos Aires, Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, Dirección Nacional de Tercera Edad.
- Arias, C. (2004), *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*, Mar del Plata (Argentina), Ediciones Suárez.
- \_\_\_\_\_ (2002), *Las redes de apoyo social en las personas de edad*, Mar del Plata (Argentina), Universidad del Mar de Plata, mimeo.
- Arostegui, I. (1998), *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*, España, Universidad Deusto.
- Arriagada, C. (2005), *El déficit habitacional en Brasil y México y sus dos megaciudades globales: estudio con los censos de 1990 y 2000*, serie *Población y Desarrollo* N° 62 (LC/L.2433-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.179.
- \_\_\_\_\_ (2003), *La dinámica demográfica y el sector habitacional en América Latina*, serie *Población y desarrollo* N° 33 (LC/L.1843-9), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.8.
- Arriagada, C. y J. Rodríguez (2003), *Segregación residencial en áreas metropolitanas de América Latina: magnitud, características, evolución e implicaciones de política*, serie *Población y Desarrollo* N° 47 (LC/L.1997-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.159.
- Arriagada, I. (2004), "Estructuras familiares, trabajo y bienestar en América Latina", en Arriagada, I. y V. Aranda (comps.), *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*, serie *Seminarios y Conferencias* N° 42 (LC/L.2230-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.150.
- \_\_\_\_\_ (2002), "Cambios y desigualdad en la familia latinoamericana", *Revista de la CEPAL* N° 77 (LC/G.2180-P/E), Santiago de Chile, CEPAL.

- Ato, M. (1991), *Investigación en Ciencias del Comportamiento*, Barcelona, PPU, [en línea] [webpages.ull.es/users/aborges/texto\\_tema7.pdf](http://webpages.ull.es/users/aborges/texto_tema7.pdf).
- Baltes, P. B. y M. M. Baltes (1990), *Successful Aging: Perspectives From The Behavioral Sciences*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Beck, S. H. y J. W. Page (1988), "Involvement in activities and the psycho-logical well-being of retired men", *Activities, Adaptation, and Aging* N° 11, New York, Haworth Press.
- Bertranou, F. (2005), "Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: Enfrentando los desafíos del envejecimiento y la seguridad de los ingresos", *Revista Bienestar y política social*, Volumen 1, Número 1, México, Universidad Iberoamericana.
- Bertranou, F. y A. Sánchez (2003), *Tendencias e indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina*, versión preliminar, Ginebra, OIT.
- Bertranou, F., C. Grushka y R. Rofman (2001), "La política previsional en Argentina a comienzos del siglo XXI", presentado en las *VI Jornadas Argentinas de Población*, AEPa, Neuquén (Argentina).
- Binstock, R. y L. George (2001), *Handbook of Aging and The Social Sciences*, San Diego, California, Academic Press.
- Bowman, S. et al. (1998), "The healthy eating index 1994-96", *Family Economics and Nutrition Reviews*, Tomo 11, N° 3, Washington, Center for Nutrition Policy and Promotion.
- Brenes, G. (2004), "Rezagados durante la crisis económica: pobreza entre adultos mayores en Costa Rica", *Revista electrónica Población y Salud en Mesoamérica*, Volumen 2, número 1, San José, Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.
- Brink, T. L. et al. (1982), "Screening test for geriatric depression", *Clinical Gerontology* 1, New York, Haworth Press.
- Butler, R. et al. (1998), "Physical fitness: benefits of exercise for the older patient", *Geriatrics* Tomo 53, N° 10, Cleveland, Ohio, Advanstar Communications.
- Candia, David (2005), *Metas del Milenio y tugurios: una metodología utilizando datos censales*, serie *Población y Desarrollo* N° 63 (LC/L.2456-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.201
- CDC (Center for Disease Control and Prevention) (1997), *Unrealized Prevention Opportunities: Reducing the Health and Economic Burden of Chronic Diseases*, Atlanta.
- Cecchini, S. (2005), *Indicadores sociales en América Latina y el Caribe*, serie *Estudios Estadísticos y Prospectivos* N° 34 (LC/L.2383-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.127.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2002), *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, serie *Seminarios y Conferencias* N° 30 (LC/L.1995-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.157.
- \_\_\_\_\_ (2000), *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad - Seminario técnico*, serie *Seminarios y Conferencias* N° 2 (LC/L.1399-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.88.
- \_\_\_\_\_ (1996), *Déficit habitacional y datos censales sociodemográficos: una metodología* (LC/DEM/R.267), Serie B, N° 114, Santiago de Chile, CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006a), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* [LC/G.2294 (SES.31/3)], Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo.
- \_\_\_\_\_ (2006b), *Panorama social de América Latina 2005* (LC/G.2288-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- \_\_\_\_\_ (2004), *Panorama social de América Latina 2002-2003* (LC/G.2209-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.185.

- \_\_\_\_\_ (2003a), *Boletín demográfico N° 72, América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050* (LC/G.2211-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.03.II.G.87.
- \_\_\_\_\_ (2003b), *La situación de las personas mayores* (DDR/1), documento de referencia presentado a la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre.
- \_\_\_\_\_ (2003c), *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas, Síntesis* (LC/L.1973), documento preparado para la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre.
- \_\_\_\_\_ (2002), *Panorama social de América Latina, 2001-2002* (LC/G.2183-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.65.
- \_\_\_\_\_ (2000), *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.
- Chackiel, J. (2004), *La dinámica demográfica en América Latina*, serie *Población y desarrollo* N° 52 (LC/L.2127-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.55.
- Chesnais, J. (1990), *El proceso de envejecimiento de la población*, serie E, N° 35 (LC/DEM/G.87), Santiago de Chile, CEPAL.
- Chile, MINVU/INVI (Ministerio de Vivienda y Urbanismo / Instituto de la Vivienda) (2002), *Sistema de medición de satisfacción residencial de los beneficiarios del programa de vivienda básica: informe de consultoría*, Santiago de Chile.
- Chile, MINVU (Ministerio de Vivienda y Urbanismo) (2006), *Atlas de la evolución del déficit habitacional en Chile 1992-2002*, Santiago de Chile.
- Delgado Bravo, M. T. (1998), "Propuesta de medición de la calidad de vida urbana como objetivo de planificación y gestión local", *Anales del IV seminario latinoamericano de calidad de vida urbana*, Tandil (Argentina).
- Del Popolo, F. (2001), *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*, serie *Población y desarrollo* N° 19 (LC/L.1640-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.178.
- Elder, Ch. y R. Cobb (1993), "Formación de la Agenda. El Caso de la Política de Ancianos", *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*, México, Editorial Miguel Porrúa.
- Enríquez, R. (2000), "Redes sociales y envejecimiento en contextos de pobreza urbana", documento presentado en la *VI Reunión nacional de investigación demográfica*, Sociedad Mexicana de Demografía y El Colegio de México, México.
- Feres, J. C. y F. Medina (2001), *Hacia un sistema integrado de encuestas de hogares en los países de América Latina*, serie *Estudios Estadísticos y Prospectivos* N° 1 (LC/L.1476-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.7.
- García, A. N. (1999), *Manual para monitores de adulto mayor*, Chillán, Chile, Universidad de Bío-Bío.
- Grushka, C. O. (2003), *Seguridad económica en la vejez*, mimeo.
- Guzmán, J. M. (2005), "La situación del envejecimiento en América del Sur en el Contexto de Madrid +5 y los Objetivos del Milenio", ponencia presentada a la Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento en Países de América del Sur, Buenos Aires, noviembre.
- \_\_\_\_\_ (2002), *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*, serie *Población y desarrollo* N° 28 (LC/L.1737-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.49.

- Guzmán, J. M., P. P. Marín y A. Araya (2004), “Adultos mayores institucionalizados en Chile: cómo saber cuántos son?”, *Revista Médica de Chile* N° 132, Santiago de Chile, Sociedad Médica de Santiago.
- Guzmán, J. M. y S. Huenchuan (2004), “Políticas hacia las familias con adultos mayores: notas preliminares”, en Arriagada, I. y V. Aranda (comps.), *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*, serie *Seminarios y Conferencias* N° 42 (LC/L.2230-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.150.
- \_\_\_\_\_ (2003), “Maltrato contra personas mayores e imagen del envejecimiento, material de apoyo”, Santiago de Chile, CEPAL-CELADE.
- Guzmán, J. M., S. Huenchuan y V. Montes de Oca Zavala (2003), “Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual”, revista *Notas de Población* N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.171.
- Guzmán, J. M. y R. Hakkert (2001), “Some social and economic impacts of the ageing process in Latin American countries”, documento presentado en la XXIV IUSSP General Population Conference, Salvador, Brasil.
- Hábitat (1995), *Programa de Indicadores de Control de los Asentamientos Humanos: indicadores clave (estudio resumido)*, Nairobi-Kenya, Programa Conjunto del Centro de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos y el Banco Mundial.
- Ham Chande, R. (2003), “Esperanzas de vida y expectativas de salud”, Tijuana (México), El Colegio de la Frontera Norte.
- HelpAge International (2001), *Igualdad de trato, igualdad de derechos. 10 acciones para poner fin a la discriminación de edad*, Londres, diciembre.
- Hoyl, M. T. et al. (1999), “Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale”, *Journal of the American Geriatrics Society*, Tomo 47, N° 7, New York, American Geriatric Society.
- Hoyl, T., E. Valenzuela y P. P. Marín (2000), “Depresión en el adulto: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica”, *Revista Médica de Chile* N° 128, Santiago de Chile, Sociedad Médica de Santiago.
- Huenchuan, S. (2006), “Pobreza y redes de apoyo social en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género”, *Revista de Trabajo Social* N° 12, México, D. F., Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Huenchuan, S. y Z. Sosa (2002), “Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile”, ponencia presentada en la *Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas adultas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad*, Santiago de Chile, CELADE, CEPAL, 9 al 12 de diciembre.
- Hurd, M. D. (1989) “The economic status of the elderly”, *Science* 244(4905):659-664.
- Idler, E. y Y. Benyamini (1997), “Self reported health and mortality: A review of twenty seven community studies”, *Journal of Health and Social Behavior* N° 38, New York, American Sociological Association.
- Jiménez, L. F. y J. Cuadros (2003), “Ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones en América Latina”, *Revista de la CEPAL* N° 79 (LC/G.2200-P/E), Santiago de Chile, CEPAL.
- Katz, S. T. et al. (1963), “Studies of illness in the aged: The index of ADL”, *Journal of the American Association* N° 185, New York, American Sociological Association.
- Keilman, N.; A. Kuijien y A. Vosen (1988), *Modelling Household Formation and Dissolution*, Oxford, Clarendon Press.
- Krzemien, D. (2001), “Calidad de vida y participación social en la vejez femenina”, ponencia presentada en la *IV Reunión de Antropología del Mercosur*, Curitiba, Brasil.

- Lawton, M. P. y E. M. Brody (1969), "Assessment of older people; self-maintaining and instrumental activities of daily living", *The Gerontologist* N° 9, Cleveland, The Gerontological Society of America.
- Lerman-Garber, I. et al. (1999), "The prevalence of obesity and its determinants in urban and rural aging Mexican populations", *Obesity Research*, vol. 7, N° 4, Baton Rouge, Louisiana, julio.
- Lima-Costa, M. F. et al. (2003), "Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambui Health and Aging Study (BHAS)", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 13, N° 6, junio.
- León, M. E. y J. C. Alfonso Fraga (2001), "Redes de apoyo y calidad de vida en Cuba", ponencia presentada a la *Reunión de Expertos en redes sociales de apoyo a las personas adultas mayores: el rol del estado, La familia y la comunidad*, Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre de 2002.
- Lowenthal, M. F. y C. Haven (1968), "Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable", *American Sociological Review* N° 33, Washington, American Sociological Association.
- Lowick Russell, J. (2003), *Maltrato e imagen del envejecimiento en América Latina y el Caribe*, mimeo.
- Mac Donald, J. (1985), *Dotación básica en vivienda social: hacia una fundamentación de las decisiones*, Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria.
- Magno de Carvalho, J. A. y F. C. D. Andrade (2000), "Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos", *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad: ponencias presentadas al seminario técnico, serie Seminarios y conferencias* N° 2 (LC/L.1399-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.88.
- Mahoney, F. I. y D. W. Barthel (1965), "Functional evaluation: The Barthel index", *Maryland State Medical Journal* N° 14, Baltimore (Estados Unidos), Medical and Chirurgical Faculty of the State of Maryland.
- Mercado, O. (1995), *Avances en la situación habitacional: habitabilidad, allegamiento e impacto en los hogares de la inversión pública de vivienda: Encuesta CASEN 1993*, Santiago de Chile, MIDEPLAN (Ministerio de Planificación).
- Mesa Lago, C. (1978), *Social security in Latin America: Pressure groups, stratification and inequality*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.
- México, CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2003), "Una de cada cinco mujeres de 75 años o más es pobre", *Boletín de prensa* 44 / 03, México, D. F.
- Monchietti, A. (2001), "Representaciones sociales que inciden sobre las formas de envejecimiento femenino", ponencia presentada en la *IV Reunion de Antropologia del Mercosur*, Curitiba, Brasi.
- Monchietti, A. y D. Krzemien (2002), "Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud", *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 6 (1), España, InterSalud.
- Morales, N. y C. Arriagada (2002), *Satisfacción residencial en la vivienda básica SERVIU: la perspectiva de los jefes de hogar adultos mayores*, Santiago de Chile, Ministerio de Vivienda y Urbanismo.
- Murphy, Kevin (1999), *Seguridad social en peligro, Capital Ideas*, Volumen 2, N° 1, Spring, Estados Unidos, University of Chicago Graduate School of Business.
- Murray, C. et al. (2002), "Summary measures of population health: conclusions and recommendations", *Summary Measures of Population Health: Concepts, ethics, measurement and applications*, Geneva, World Health Organization.
- \_\_\_\_\_ (2001), *The Global Burden of Disease 2000 Project: Aims, Methods and Data Sources*, Boston, Harvard Center for Population and Development Studies.

- Naciones Unidas (2002), “El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial” (E/CN.5/2002/PC/2), examen del proyecto de documento final de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- \_\_\_\_\_ (1999), “Voluntariado y desarrollo social”, documento de antecedentes para discusión, Nueva York, noviembre.
- \_\_\_\_\_ (1978), *Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas, Estudios de Población* N° 50 (ST/SOA/SER.A/. Vol. I), Nueva York.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2002), *Panorama Laboral 2002*, Lima.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2004), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D. C.
- \_\_\_\_\_ (2002), *La salud en las Américas*, Washington, D. C.
- Panamá, MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2004), *Diagnóstico nacional de la situación de las personas mayores*, Panamá.
- Peláez, M. (2005), “Atención integral en salud para las personas adultas mayores”, ponencia presentada a la Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento en Países de América del Sur, Buenos Aires, noviembre.
- Population Reference Bureau (2003), *Guía rápida de población*, Washington, D. C., cuarta edición, [en línea] [www.prb.org/español](http://www.prb.org/español).
- Quiroga L. P., B. Albala y P. G. Klaasen (2004), “Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad”, *Revista Médica de Chile* N° 132, Santiago de Chile, Sociedad Médica de Santiago.
- Ravanera, Z. y R. Fernando (2001), “Integration at late life: inclusion, participation and belonging among the elderly”, documento presentado en la Reunión de demógrafos canadienses: *Demographic Futures in the Context of Globalization: Public Policy Issues*, Ottawa, Ontario, Carleton University.
- Requena Santos, F. y A. M. Ávila Muñoz (2002), “Redes sociales y sociolingüística”, *Revista Estudios de Sociolingüística*, volumen 3, N° 1, Vigo, España, Universidad de Vigo.
- Rodríguez, J. (2003), *La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición*, serie *Población y desarrollo* N° 46 (LC/L.1996-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.34.
- \_\_\_\_\_ (2002), *Distribución territorial de la población de América Latina y el Caribe: tendencias, interpretaciones y desafíos para las políticas públicas*, serie *Población y Desarrollo* N° 32 (LC/L.1831-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.137.
- \_\_\_\_\_ (2001), *Segregación residencial socio-económica: que es?, cómo se mide?, qué está pasando?, importa?*, serie *Población y desarrollo* N° 16 (LC/L.1576-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.54.
- Rodríguez, J. y S. Carrasco (2003), “Localización de asentamientos precarios usando microdatos censales y Redatam”, *Revista Redatam Informa* Vol. 9, Santiago de Chile, CELADE/CEPAL.
- \_\_\_\_\_ (2002), “Una metodología para estimar el déficit habitacional usando datos censales”, *Revista Redatam Informa* Vol. 8, Santiago de Chile, CELADE/CEPAL.
- Romero, Dalia (2006), “Autopercepción en salud”, mimeo.
- Saad, Paulo M. (2003), “Transferencias informales de apoyo de las personas mayores: estudio comparativo de las encuestas SABE”, en Huenchuan, S. (comp.), *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, serie *Seminarios y conferencias* N° 30 (LC/L.1995-9), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.157.
- Shah et al. (1989), “Índice de Barthel modificado”, *Journal of Clinical Epidemiology*, volumen 42, New York, Elsevier Science Inc.

- Sheikh, J. y J. A. Yesavage (1986), "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version", *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, New York, Haworth Press.
- Sluzki, C. (1996), *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Barcelona, Gedisa.
- \_\_\_\_\_ (1990), *Disrupción de la red y reconstrucción de la red en el proceso de migración*, Revista *Sistemas familiares*, año 6, N° 2, Buenos Aires, Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires.
- Souter, S. y C. Keller (2000), "Nutritional risk assessment in the older adult", *Southern Online Journal of Nursing Research*, N° 3, Tuscaloosa (Estados Unidos), Southern Nursing Research Society.
- Villa, M. y L. Rivadeneira (2000), "El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica", *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad: ponencias presentadas al seminario técnico*, serie *Seminarios y conferencias* N° 2 (LC/L.1399-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.88.
- Villalobos, A. (2005), "Atención integral del adulto mayor en extrema pobreza en el sistema de protección social, Chile Solidario", presentado en la Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Buenos Aires (Argentina).
- Wagner, E. H. y A. Z. Lacroix (1992), "Effects of physical activity on health status in older adults I: Observational studies", *Annual Review of Public Health* N° 13, Palo Alto (Estados Unidos), Annual Reviews.
- Wells, K. B. et al. (1989), "The functioning and wellbeing of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study", *Journal of the American Medical Association* N° 262, Chicago, American Medical Association.
- Welti, C. (ed.) (1997), *Demografía I*, México, D. F., PROLAP-IISUNAM.
- Wolf, S. (1989), *Los pobres en la Europa moderna*, Barcelona, Editorial Crítica.
- Wong, Laura (2003), "Autopercepción de la salud en las personas adultas mayores", inédito.



## **Anexos**



## Anexo 1

### Mini Mental State Examination (MMSE)

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver cómo está su memoria y concentración.

Ítem	sí	no	n/s	respuesta
1 Qué día de la semana es hoy?				
2Cuál es la fecha de hoy?				
3 En qué mes estamos?				
4 En que estación del año estamos?				

Sea flexible cuando hay cambio de estación (p. ej. marzo = verano/otoño; junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).

5 En qué año estamos?				
6 Qué dirección es ésta (calle, número)?				
7 En qué país estamos?				
8 En qué ciudad estamos?				
9 Cuáles son las 2 calles principales cerca de aquí?				
10 En qué piso estamos?				

Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que usted los repita. Recuerde cuáles son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más.

Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.

11 árbol				
12 mesa				
13 avión				

1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. NÚMERO RESPUESTAS CORRECTAS ( )

Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (o si todos son correctos en el primer intento). NÚMERO DE REPETICIONES ( )

¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (dé 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuento 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).

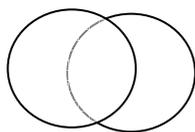
14a.	93				
15a.	86				
16a.	79				
17a.	72				
18a.	65				

Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés.

El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 (dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; dé un punto por cada dígito correcto).

14b.	9				
15b	7				
16b	5				
17b	3				

18b	1				
Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?					
19.	árbol				
20.	mesa				
21.	avión				
Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)					
22.	¿Qué es esto?				
Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)					
23.	¿Cómo se llama esto?				
Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mí: "tres perros en un trigal" (permita un solo intento).					
Pásele la hoja con la frase "Cierre los Ojos" (dé 1 punto si el sujeto cierra los ojos)					
25a.	Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito				
25b.	Pase una foto "un hombre levantando sus manos" (dé 1 punto si responde levantando sus manos). "Mire esta foto y actúe en la misma forma".				
26.	Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas. (Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente).				
27.	Escriba una oración completa en este papel para mí (la oración debe tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).					
28a.	Pentágonos (incorrecto: 0 ; correcto: 1)				
28b.	Círculos (incorrecto: 0 ; correcto: 1)				



## Anexo 2

### Evaluación cognitiva (MMSE modificado)<sup>34</sup>

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy. (Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.) (Anote un punto por cada respuesta correcta).</p>	<p>Mes _____ Día mes _____ Año _____ Día semana _____ Total: _____</p>
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. (Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos). Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer. Número de repeticiones: _____</p>	<p>Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento. Total: _____</p>
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9  Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se <b>añada</b>, o por cada <b>número que se mencione fuera del orden indicado</b>.</p>	<p>Respuesta Paciente:  Respuesta correcta _____ Total _____</p>
<p>4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.  Entregue el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p>	<p>Toma papel _____ Dobla _____ Coloca _____ Total: _____</p>
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.  Anote un punto por cada objeto recordado.</p>	<p>Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Total: _____</p>
<p>6. Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción está correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero:  Anote un punto si el objeto está dibujado</p>	<p>Correcto: _____</p>
<p>SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6.</p>	<p>SUMA TOTAL</p>
<p>Puntuación máxima: 19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.</p>	

<sup>34</sup> Foistein, M. F., S. Foistein y P. R. McHugh, "Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician", J Psychiatry Res 1975, 12:189-198. Modificado por Icaza, M. G. y C. Albala, "Mini-Mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile", OPS/OMS, 1999.

## Anexo 3

### Test de Pfeffer (PFAQ)

		Puntos
1	¿Maneja (él/ella) su propio dinero?	
2	¿Es capaz (él/ella) de hacer las compras (por ejemplo de comida o ropa)?	
3	¿Es capaz (él/ ella) de calentar agua para café o té y apagar la cocina?	
4	¿Es (él/ ella) capaz de preparar comida?	
5	¿Es (él/ ella) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de los que pasa en el vecindario?	
6	¿Es (él/ella) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo del periódico?	
7	¿Es (él/ella) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	
8	¿Es (él/ella) capaz de manejar sus propios medicamentos?	
9	¿Es (él/ella) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	
10	¿Es (él/ella) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?	
11	¿Es (él/ella) capaz quedarse solo(a) en la casa sin problemas?	
	Total de puntos	

*Las preguntas deben ser hechas a una persona que conviva o que conozca bien a la persona entrevistada.*

El puntaje se anota como sigue:

0 = sí lo hace / nunca lo ha hecho, pero lo podría hacer ahora

1 = lo hace con dificultad, pero lo hace / nunca lo hace y le sería difícil hacerlo ahora

2 = necesita (o necesitaría) ayuda para hacerlo

3 = no es capaz de hacerlo

## Anexo 4

### Escala de Depresión Geriátrica Abreviada<sup>35</sup>

INSTRUCCIONES:		
Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted durante la ÚLTIMA SEMANA		
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	sí	NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SÍ	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	SÍ	no
5. ¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	sí	NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SÍ	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	sí	NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	SÍ	no
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SÍ	no
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SÍ	no
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	sí	NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SÍ	no
13. ¿Se siente lleno de energía?	sí	NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SÍ	no
15. ¿Cree que las otras personas están en general mejor que usted?	SÍ	no
SUME TODAS LAS RESPUESTAS SÍ EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS, 0 SEA: SÍ = 1; sí = 0; NO = 1; no = 0 TOTAL: _____		

<sup>35</sup> Sheikh J. L. y J. A. Yesavage, "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version", *Clinical Gerontology* 1986, 5: 165-172.

## Anexo 5

### Instrumentos de evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria

El *índice de Katz* (1963) es un instrumento ampliamente utilizado que evalúa seis actividades biológicas y psicosociales básicas: alimentación, continencia, transferencia, uso del baño, vestuario y aseo. Katz encontró que estas actividades presentan un orden jerárquico en el cual las funciones más complejas se pierden primero.

#### ÍNDICE KATZ

	Sin ayuda	Requiere ayuda parcial	Ayuda total
a) Bañarse (esponja, ducha, tina de baño)	Solo, sin ayuda	Ayuda sólo para una parte del cuerpo (por ejemplo, espalda o pierna)	Requiere ayuda para más de una parte del cuerpo
b) Vestirse	Solo, sin ayuda	Requiere ayuda sólo para amarrarse los zapatos	Requiere ayuda para vestirse o desvestirse
c) Uso del baño (orinar o defecar, limpiarse y arreglarse la ropa)	Solo, sin ayuda	Requiere ayuda para ir al baño, limpiarse o arreglarse la ropa	No va a la sala de baño
d) Transferencia (movilidad desde la cama o silla)	Solo, sin ayuda	Se mueve desde la cama o la silla con ayuda	Está postrado en la cama
e) Continencia de orina	Solo, sin ayuda	“Accidentes” ocasionales	Incontinencia, catéter o eliminación controlada
f) Alimentación	Solo, sin ayuda	Requiere ayuda para cortar la carne o poner mantequilla al pan	Alimentación enteral, parenteral o con ayuda.

Fuente: S. T. Katz et al., “Studies of illness in the aged: the index of ADL”, *Journal of the American Association*, N° 185, New York, American Sociological Association, 1963.

A la persona mayor se la califica en las siguientes categorías:

- a) Independiente en todas estas actividades
- b) Independiente en todas menos una
- c) Independiente en todas excepto bañarse y una función adicional
- d) Independiente en todas excepto bañarse, vestirse y una función adicional
- e) Independiente en todas excepto bañarse, vestirse, ir al baño y una función adicional
- f) Independiente en todas excepto bañarse, vestirse, ir al baño, transferirse y una función adicional
- g) Dependiente en las seis funciones
- h) Otra: dependiente en al menos dos funciones, no clasificables como c, d, e ó f.

El *índice de Barthel*, publicado por primera vez en 1958, mide independencia funcional en movilidad y cuidado personal. Fue desarrollado por Dorotea Barthel y Florence Mahoney (Mahoney y Barthel, 1965), con el objetivo de monitorizar la evolución de tratamientos en pacientes crónicos hospitalizados y determinar la necesidad de cuidados de enfermería. Se ha utilizado en pacientes con enfermedades que condicionan a una larga estadía, en rehabilitación,

para predecir la duración de la hospitalización o efectuar un pronóstico y como instrumento de evolución.

Este índice es una escala de puntaje que consta de 10 ítems, para ser completada por un profesional de la salud a través de la observación directa, aunque también puede ser autoadministrada. Debe registrar lo que el paciente hace y no lo que puede hacer. La versión original consta, como se dijo, de 10 ítems, pero existe una versión extendida que incluye 15. En el siguiente cuadro se presenta la versión original.

### ÍNDICE DE BARTHEL

Actividad		Puntaje	
		Con ayuda	Independiente
1	Alimentarse (si se requiere cortar los alimentos = ayuda)	5	10
2	Trasladarse de la silla de ruedas a la cama y viceversa (incluye sentarse en la cama)	5-10	15
3	Aseo personal (lavarse la cara, peinarse, afeitarse, lavarse los dientes)	0	5
4	Uso del WC (arreglo de la ropa, limpiarse y tirar la cadena)	5	10
5	Bañarse	0	5
6a	Caminar en superficie nivelada	10	15
6b	Silla de ruedas (si no es capaz de caminar, propulsión de silla de ruedas)	0	5
7	Subir y bajar escalas	5	10
8	Vestirse (incluye amarrarse los cordones de los zapatos y abrocharse)	5	10
9	Controlar intestinos	5	10
10	Controlar vejiga	5	10

Fuente: F. I. Mahoney y D. W. Barthel, "Functional evaluation: the Barthel index", *Maryland State Medical Journal* N° 14, Baltimore, 1965.

La escala va de 0 a 100 y los puntos de corte sugeridos por Shah (1989) para interpretar el índice, que se presentan en el siguiente cuadro, determinan independencia o dependencia total, severa, moderada o leve.

### ÍNDICE DE BARTHEL, PUNTOS DE CORTE PARA DIFERENTES GRADOS DE FUNCIONALIDAD

Grado de funcionalidad	Puntaje
Independiente	100
Dependencia leve	91-99
Dependencia moderada	61-90
Dependencia severa	21-60
Dependencia total	0-20

Fuente: Shah et al., "Índice de Barthel modificado", *Journal of Clinical Epidemiology*, volumen 42, New York, Elsevier Science Inc., 1989.

## Anexo 6

### Instrumentos de evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Una de las escalas para medir la pérdida de capacidad para realizar las AIVD es la de *Lawton y Brody* (1969), que consta de ocho ítems y está inserta en un instrumento de medición más amplio publicado en 1982 —instrumento de medición multidimensional—, diseñado para medir el bienestar general de personas mayores viviendo en la comunidad. Dicho instrumento incluye aspectos de salud física, AIVD, ABVD, uso del tiempo, relaciones sociales e interpersonales, ambiente y elementos psicológicos (véase Anexo 5).

Estos ocho puntos fueron desarrollados a partir de la escala multidimensional OARS, que se trata en los próximos párrafos. El puntaje se obtiene sumando los ítems uno al ocho; a partir de un punto menos de ocho se considera que existe algún grado de pérdida de funcionalidad. El puntaje igual a cero significa independencia funcional.

Una de las críticas que se ha hecho a la aplicación de este instrumento para la realidad regional es que presentaría un sesgo de género, pues incluye tareas que muchas veces el sujeto no ha realizado nunca por razones socioculturales. Por ejemplo, sucede que en la región hay hombres que no han cocinado o lavado nunca y mujeres que no manejan los asuntos económicos. Para evitar ese sesgo, el instrumento en uso en Chile incluye la alternativa “*no lo hace, pero podría hacerlo*”, que —en puntaje— es equivalente al mayor grado de independencia.

La *escala multidimensional de evaluación OARS (Older Americans Resources and Services)* fue diseñada en 1975 por la Universidad de Duke, para evaluar el estado funcional y el uso de servicios de salud de adultos y especialmente de personas mayores. Este modelo de evaluación incluye tres elementos: estado de funcionalidad, un método para clasificar servicios de salud y una matriz para evaluar el impacto de determinados paquetes de salud de acuerdo a niveles de funcionalidad. La escala incluye siete ítems, similares a los considerados en la de Lawton y Brody (1969) (se excluye el lavado de la ropa):

1. Capacidad para utilizar el teléfono
2. Transporte
3. Compras
4. Preparación de la comida
5. Cuidado de la casa
6. Responsabilidad respecto a su medicación
7. Capacidad para manejar asuntos económicos

Otra de las escalas ampliamente utilizadas es el *cuestionario de actividades funcionales de Pffefer (PFAQ)*. Se trata de un test muy simple, diseñado para estudios en la comunidad en individuos normales o con alteraciones funcionales leves. Administrado a un informante, mide capacidad funcional para desempeñarse en actividades instrumentales de la vida diaria. Además, tiene una alta correlación con el deterioro cognitivo.

El test se orienta más a las funciones sociales —como el manejo de las propias finanzas y la lectura— que a las capacidades físicas. Su aplicación arroja diferencias entre sujetos normales,

deprimidos y dementes. Su validación ha demostrado también que tiene alta correlación ( $r=0,72$ ) con la escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody (1969). La escala es de 0 a 33 puntos y un desempeño perfecto arroja un puntaje 0. El test PFAQ fue validado en Chile, y el punto de corte determinado fue 5/6 (normal: 5 o menos puntos).

Como se ha señalado anteriormente, el PFAQ se usa a menudo en conjunto con el MMSE como un test de tamizaje cognitivo, aunque su formato es el de un instrumento para actividades de la vida diaria (véase Anexo 3).

## Anexo 7

### Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria<sup>36</sup>

#### 1. CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELÉFONO

1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
2	Capaz de marcar bien algunos números familiares	1
3	Capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
4	No utiliza el teléfono en absoluto	0

#### 2. COMPRAS

1	Realiza todas las compras necesarias independientemente No lo hace pero podría hacerlo	1 1
2	Realiza independientemente pequeñas compras	0
3	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
4	Es totalmente incapaz de comprar	0

#### 3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA

1	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo, adecuadamente No lo hace pero podría hacerlo	1 1
2	Prepara adecuadamente comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
3	Prepara, calienta y sirve comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
4	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0

#### 4. CUIDADO DE LA CASA

1	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (ej. ayuda doméstica para el trabajo pesado) No lo hace pero podría hacerlo	1 1
2	Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos, hacer la cama .. No lo hace pero podría hacerlo	1 1
3	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un nivel aceptable de limpieza No lo hace pero podría hacerlo	1 1
4	Necesita ayuda en todas las labores de la casa No lo hace pero podría hacerlo	1 1
5	No participa en ninguna labor de la casa	0

#### 5. LAVADO DE LA ROPA

1	Lava por sí solo toda su ropa No lo hace pero podría hacerlo	1 1
2	Lava por sí solo pequeñas prendas No lo hace pero podría hacerlo	1 1
3	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otros	0

#### 6. MEDIOS DE TRANSPORTE

1	Viaja solo en transporte público o conduce su propio auto	1
2	Es capaz de tomar un taxi, pero no utiliza otro tipo de transporte	1
3	Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	0
4	Utiliza únicamente el taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5	No viaja en absoluto	0

#### 7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN

<sup>36</sup> Lawton y Brody (1969).

1	Es capaz de tomar la medicación a la hora y dosis correctas	1
2	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
3	No es capaz de administrar su medicación	0
<b>8. CAPACIDAD PARA MANEJAR ASUNTOS ECONÓMICOS</b>		
1	Capaz de encargarse de sus asuntos económicos por si solo, extiende cheques, paga la renta, va al banco ...	1
	No lo hace pero podría hacerlo	1
2	Realiza las compras de cada día (pero necesita ayuda en el banco, grandes compras, etc.)	1
	No lo hace pero podría hacerlo	1
3	Incapaz para manejar dinero	0

El puntaje se obtiene sumando los ítems 1 al 8. El puntaje es de 1 a 8; a partir de 1 punto menos de 8 se considera que existe algún grado de pérdida de funcionalidad.

El puntaje igual a 0 significa independencia funcional.

## Anexo 8

### Instrumento DETERMINE<sup>37</sup>

El presente instrumento puede ser autoadministrado, aplicado a la persona mayor o a su cuidador más cercano. Ofrece la alternativa de instrucción inmediata o de delimitación de niveles de atención por parte de los responsables en salud.

Indicaciones: lea las frases que se presentan a continuación. Encierre en un círculo el número en la columna “Sí” para las respuestas que aplican para usted. Por cada “sí”, usted obtendrá los puntos que aparecen en la casilla. Sume todos los puntos obtenidos y obtendrá su puntaje final.

	SÍ
Tengo una enfermedad o condición que me ha hecho cambiar la calidad y cantidad de los alimentos que yo como	2
Yo como menos de dos comidas al día	3
Yo como pocas frutas, vegetales o productos lácteos	2
Tomo tres o más cervezas, licores o vinos casi todos los días	2
Tengo problemas en la boca o en los dientes que me hacen difícil comer	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar los alimentos que necesito	4
Yo como solo la mayoría de las veces	1
Tomo tres o más medicamentos prescritos por el médico u otros medicamentos	1
Sin querer, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses	2
No siempre estoy físicamente capacitado para ir de compras, cocinar o alimentarme por mí mismo	2
TOTAL	

Puntajes:

0 a 2: Aceptable

3 a 5: Moderado Riesgo Nutricional

>5: Alto Riesgo Nutricional

<sup>37</sup> American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association y National Council on the Aging (1991).

## Anexo 9

### Definiciones de instrumentos demográficos utilizados en los indicadores de calidad de vida en la vejez

*Enumeración:* el número absoluto de una población o de cualquier evento demográfico que ocurre en una zona específica en un determinado período de tiempo (por ejemplo, hubo 1.200.500 nacidos vivos en Japón en 1997). Las cifras brutas de los eventos demográficos forman la base para todos los demás análisis y estudios estadísticos.

*Tasa:* es la frecuencia de los eventos demográficos acaecidos en una población durante un determinado período de tiempo (normalmente un año) dividida entre la población “a riesgo” de sufrir el evento durante ese mismo período. Las tasas indican cuán común es que suceda algún evento (por ejemplo, en Bolivia hubo 30 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes durante el período 2000-2005). La mayoría de las tasas se expresan por 1.000 habitantes. Las tasas brutas se calculan para una población completa. Las tasas específicas se computan para un subgrupo específico, normalmente la población que más se aproxima al estado “a riesgo” de sufrir el evento (por ejemplo, la tasa global de fecundidad es el número de nacimientos por cada 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 49 años). Por lo tanto, puede haber tasas por edad, sexo, etnia, ocupación y así sucesivamente. En la práctica, es más correcto denominar algunos cálculos como razón y no tasa.

*Razón:* es la relación entre un subgrupo de población y la población total u otro subgrupo; es decir, un subgrupo dividido por otro (por ejemplo, la razón de sexo en Nicaragua en 2005 era de 97 hombres por cada 100 mujeres).

*Proporción:* es la relación entre un subgrupo de población y toda la población; es decir, un subgrupo de población dividido por toda la población (por ejemplo, la proporción de la población de México que se clasifica como urbana era del 74,7 por ciento).

*Constante:* es un número arbitrario que no cambia (por ejemplo: 100, 1.000 o 100.000), por el que pueden multiplicarse una tasa, razón o proporción para expresar estas medidas en forma más comprensible. Por ejemplo, en Cuba hubo 0,0134 nacidos vivos por persona en 1996. Si se multiplica esta tasa por una constante (1.000) se obtiene el mismo resultado estadístico por cada 1.000 personas. Ésta es una forma más clara de expresar el mismo principio: hubo 13,4 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes.

*Medidas de Cohorte:* una estadística que mide los eventos acaecidos a una cohorte (es decir, un grupo de personas que comparten una experiencia demográfica común) que se observa a través del tiempo. La cohorte utilizada más comúnmente es la de nacimientos (las personas nacidas durante el mismo año o período). Otros tipos de cohorte son la nupcialidad y la cohorte escolar.

*Medidas durante un período:* una estadística que mide los eventos acaecidos a la totalidad o parte de una población durante un determinado período de tiempo. En efecto, esta medida “toma una instantánea” de la población (por ejemplo, la tasa de mortalidad para toda la población canadiense durante 1997 fue de 7 por cada 1.000).

Fuente: Population Reference Bureau, *Guía rápida de población*, Washington, D. C., 2003, cuarta edición, [www.prb.org/español](http://www.prb.org/español).